



Ydelseskvitteringer til patienter?

En foranalyse bestilt af MedCom på vegne af:
Sundhedsministeriet, Danske Regioner, FAPS og PLO

Udarbejdet af:
Virgilerne, Løhndorf og Forberg

Fremsendt til godkendelse
pr. 4. oktober 2022

Version
1.0

Indholdsfortegnelse

Læsevejledning	3
Ledelsesresumé	3
1: Indledning	8
1.1: Baggrund og opdrag	8
1.2: Formål og målgrupper	9
1.3: Hvor mange fejlfregner?	10
1.4: Hvad er en ydelseskvittering?	10
1.5: Hvor mange ydelser og kvitteringer?	11
1.6: Fakta og nøgletal for speciallæger	11
1.7: Fakta og nøgletal for praktiserende læger	14
2: Patienterne	18
2.1: Grundlag	18
2.2: Fremgangsmåde	18
2.3: Resultater	20
2.4: Konklusion	26
3: Klinikkerne	28
3.1: Grundlag	28
3.2: Fremgangsmåde	28
3.3: Resultater	28
3.4: Konklusion	32
4: Regionerne	34
4.1: Grundlag	34
4.2: Fremgangsmåde	34
4.3: Resultater	34
4.4: Konklusioner	36
5: Systemer og data	38
5.1: Overblik	38
5.2: Workflow	39
5.3: Datagrundlag	40
5.4: Regler og algoritmer	42
5.5: Forvaltning	43
6: Løsningsmodeller	44
6.1: Introduktion	44

6.2: Løsningsmodeller i overblik.	44
6.3: Model 1 / Standardbesked	45
6.4: Model 2 / Ydelseskvittering	45
6.5: Model 3 / Journalnotat	46
7: Specifikt løsningskoncept	48
7.1: Hvilke data?	48
7.2: Brugere	49
7.3: Brugergrenseflade	49
7.4: PLSP implementering	50
7.5: Min Læge implementering	51
7.6: Min Sundhed og sundhed.dk	53
8: Implementeringsoplæg	54
8.1 Afgrænsninger	54
8.2: Overslag	54
8.3: Skitse til plan	56
9: Konklusioner og anbefaling	60
Formål 1: Åbenhed og oplysning	60
Formål 2: Forebyggelse	60
Ad 1: Tekniske muligheder og udfordringer	61
Ad 2: Kliniknære muligheder og udfordringer	61
Ad 3: Anbefalinger til it-understøttelse	61
Ad 4: Patientinvolvering og brugertest	62
Ad 5: Skitseret plan og overslag	62
Samlet anbefaling	63

Læsevejledning

Kapitel 1-5 kan læses som rammesætning og dokumentation i forhold til opdrag, patienter, klinikker og systemlandskab.

Kapitel 6-8 kan læses som et konkret implementeringsoplæg, hvor der først præsenteres tre grundlæggende løsningsmodeller, og efterfølgende gives et konkret løsningsforslag, et økonomisk overslag samt en skitseret implementeringsplan.

Kapitel 9 konkluderer kortfattet på ydelseskvitteringernes virkning ift. hhv. et åbenheds- og et forebyggelsesformål. Endvidere konkluderes på de fem punkter i foranalysens opdrag. Endelig gives en samlet anbefaling ud fra patienternes behov og forudsætninger.

Ledelsesresumé

Ledelsesresuméet opsummerer indhold og konklusioner for rapportens 9 kapitler.

Kapitel 1: Indledning

Opdragsgiverne ønsker at skabe større åbenhed og gennemsigtighed for både patient, region og klinikker. RLTN og FAPS har aftalt igangsætning af et udredningsarbejde vedr. en elektronisk løsning. Sammen med PLO har man præciseret opdraget for foranalysen. Denne skal afklare forretningsmæssige og tekniske fordele og ulemper ved implementering af digitale ydelseskvitteringer til patienter i forbindelse med kontakt med praktiserende læge eller speciallæge. Implementering skal måles op imod et åbenhedsformål (generel oplysning til borgere) og et forebyggelsesformål (undgå at speciallæger og praktiserende læger fejlfregner bevidst eller ubevidst, fordi de er opmærksomme på, at patienterne modtager oplysninger om ydelser og afregning).

Praktiserende læger afregner ca. 62-63 mio. ydelser på årsbasis, mens speciallæger afregner 11-12 mio. ydelser på årsbasis. For både praktiserende læger og speciallæger gælder det, at ca. 98,5% af regningerne godkendes af regionerne, og at ca. 1,5% altså afvises. Dog således at de fleste af de regninger, der afvises i første omgang, godkendes efter genfremsendelse, hvor lægerne har rettet fejlene. Der kører ca. 5 tilbagebetalingssager på årsbasis i regi af det såkaldte Speciallægelandssamarbejdsudvalg (SSU). FAPS understreger, at disse sager ikke nødvendigvis omhandler bevidst fejlfregning fra de involverede klinikkers side. Tilsvarende kører der ca. 10 tilbagebetalingssager pr. år for de praktiserende læger i regi af Landssamarbejdsudvalget.

En simpel gennemsnitsberegning viser, at der er tale om ca. 12,7 ydelser årligt pr. borger i Danmark. Hvis der sendes en ydelseskvittering for hver af disse, kan en borger altså gennemsnitligt få besked fra praktiserende læge og/eller speciallæge 12-13 gange årligt.

Kapitel 2: Patienterne

Patienternes vurdering af en digital ydelseskvittering baserer sig på møder med Danske Patienter og sundhed.dk, brugerstatistik af Mine Konsultationer på sundhed.dk, spørgeskemaundersøgelse med besvarelser fra 457 borgere samt interviews med 7 patienter.

Danske Patienter bakker principielt op om tiltag, som tjener patienternes mulighed for at få gennemsigtighed med adgang til egne oplysninger. Man ser dog en større værdi i adgang til notater og aftaler end i adgang til oplysninger om ydelser og honorering.

Den gennemførte spørgeskemaundersøgelse viser, at patienterne er mere interesserede i oplysninger om sundhed og behandling end i oplysninger om klinikkernes afregning. Denne tendens er blevet mere udfoldet i de kvalitative interviews. Patienterne ønsker indsigt i de konkrete forhold, som er foregået og aftalt i forbindelse med fx en konsultation. Patienterne efterspørger ikke umiddelbart indsigt i afregning, og de fleste er forbeholdne over at indgå i en kontrolrolle. En eventuel øget kontrolrolle forudsætter forståelig information om, hvad der er foregået ved kontakten og konkret handlingsanvisning ved mistanke om bevidst fejlafregning. Det er afgørende, at ydelseskvitteringen kommer inden for få dage (max en uge), og at pris ikke indgår.

Kapitel 3: Klinikkerne

Klinikkernes vurdering af en digital ydelseskvittering baserer sig på interviews med fire speciallæger og fire praktiserende læger samt et fælles møde med FAPS' og PLO's formænd samt de to foreningers sekretariatsafdelinger.

Hovedparten af de adspurgte læger ser ikke de store muligheder eller fordele i at implementere ydelseskvitteringer. Grundlæggende ser de et behov for at bevare og styrke tilliden mellem læge og patient og holde fokus på patienternes sundhed og behandling frem for at flytte fokus til afregning og betaling. De lægger vægt på den danske velfærdsmodel, hvor patienter kan gå til læge uden at "bekymre sig om regningen". De praktiserende læger og speciallæger ønsker, at man skal gøre alt, hvad man kan, for at undgå fejlafregning. De fleste læger mener dog ikke, at en digital ydelseskvittering forebygger problemet. Trods forbehold for værdien af ydelseskvitteringer anerkender flere af de adspurgte læger, at der er behov for at genskabe eller styrke tilliden mellem særligt de praktiserende læger og regionerne.

Kapitel 4: Regionerne

Regionernes vurdering af en digital ydelseskvittering baserer sig på møder med regionale kontrolfunktioner i hhv. Region Midtjylland og Region Hovedstaden, LUNA-programledelsen samt Danske Regioners Center for Økonomi, Sammenhæng og Aftaler.

Danske Regioners melding er, at man ønsker digitale ydelseskvitteringer implementeret på en måde, hvor kvitteringerne sendes til patienterne umiddelbart efter kontakten med lægen/klinikken. Dette skal understøtte åbenhedsformålet, men først og fremmest forebyggelsesformålet ved at

gøre patienterne til 'medkontrollant' af de ydelser, de har modtaget hos den praktiserende læge eller speciallæge.

De adspurgte regioners melding er tilsvarende, at en digital ydelseskvittering vil have en forebyggende effekt i forhold til bevidst og ubevidst fejlafrøgning. Regionerne udtrykker dog en mindre bekymring for at give patienter adgang til ydelsesoplysninger, der endnu ikke er behandlet/afregnet med regionen.

Kapitel 5: Systemer og data

Lægesystemerne har allerede i dag de ydelses- og afregningsdata, som er nødvendige for understøttelse af digitale ydelseskvitteringer. Den mest oplagte måde at opsamle og videreformidle disse data på er via PLSP (Primærsektorens Leverandør Service Platform). Der er allerede etableret services mellem lægesystemerne og PLSP, som i et vist omfang kan udnyttes i denne sammenhæng. Der skal etableres nye services til opsamling og udstilling af ydelses- og honorardata - for både praktiserende læger og speciallæger. Tilsvarende for opsamling og udstilling af notater, hvis dette inkluderes i en kommende løsningsmodel. PLSP kan udstille de relevante data i webservices, som kan benyttes af hhv. Min Læge app, Min Sundhed app og sundhed.dk (Mine konsultationer). Der ses et potentiale i at implementere fælles regelsæt (måske ligefrem et fælles forvaltningsforum) på tværs af regioner, LUNA, systemleverandører og PLSP.

Kapitel 6: Løsningsmodeller

Der er identificeret 3 løsningsmodeller for introduktion af digitale ydelseskvitteringer til borgere. Den første løsningsmodel (M1) indebærer, at der sendes en automatisk besked uden reelle data til patienten umiddelbart efter en konsultation eller en anden kontakt med (og ydelse fra) lægen eller klinikken. Den anden løsningsmodel (M2) indebærer, at man sender en kvittering til patienterne baseret på ydelses- og afregningsdata. Denne kvittering kan sendes ved registrering af ydelsen (M2a), ved afregning fra klinikkens side (M2b), og/eller ved godkendelse eller afvisning af regningen fra regionens side (M2c). Den tredje løsningsmodel (M3) indebærer, at man sender en kvittering til patienten baseret på lægens notat. Elementer fra de tre løsningsmodeller kan også kombineres, så man fx sender en kvittering, der både rummer ydelses- og notatoplysninger.

Kapitel 7: Specifikt løsningskoncept

Løsningsmodel 2 (kvittering baseret på ydelses- og afregningsdata) danner grundlag for overslag og skitseret implementeringsplan. Valget af denne løsningsmodel er ikke i sig selv en anbefaling om at vælge denne løsningsmodel i en evt. implementering. Den er valgt, fordi den er baseret på ydelsesdata, som er det mest dækkende datagrundlag for kvitteringerne. Endvidere var det nødvendigt at udvælge 1 af de 3 modeller som grundlag for overslag og skitseret implementeringsplan i kapitel 8.

Kapitel 8: Implementeringsoplæg

Foranalysen skal jf. opdraget give grundlag for at beslutte, om der skal introduceres digitale ydelseskvitteringer til patienterne. Det er op til opdragsgiverne at beslutte efter aflevering og godkendelse af foranalysen. Implementeringsoplægget kan komme til nytte, hvis parterne beslutter at gå videre med et implementeringsprojekt. Implementeringsoplægget består af økonomiske overslag på et smalt og et udvidet implementeringsområde samt en skitseret implementeringsplan med afsæt i den løsningsmodel, som er baseret på ydelsesdata.

Den smalle implementering inkluderer formidling af digitale ydelseskvitteringer i Min Læge app. Den brede implementering inkluderer ensartet implementering i Min Læge app og Min Sundhed app samt tilpasninger i Mine Konsultationer på sundhed.dk. Den smalle implementering estimeres til at tage ca. fem måneder, mens den brede implementering forventes at tage ca. syv måneder. Implementeringstiderne er angivet ud fra et udviklingsmæssigt synspunkt og tager ikke højde for eventuelle forretningsmæssige ændringer, herunder ændring af arbejdsprocesser i forhold til tidstro ydelsesregistrering. Et overslag på den smalle implementering ligger i et spænd på mellem kr. 4 og 7 mio., mens et overslag på den brede ligger mellem kr. 5 og 9 mio.

Kapitel 9: Konklusioner og anbefalinger

Det konkluderes, at ydelseskvitteringer kan have en direkte virkning i forhold til åbenhedsformålet, og at de formentlig kan have en indirekte virkning i forhold til forebyggelsesformålet. Hvis ydelseskvitteringer skal have en forebyggende virkning i forhold til læger der bevidst eller ubevidst fejlfregner, anser både læger og patienter, at den skal den komme hurtigt efter konsultationen. Der er dog stor varians i, hvornår ydelser registreres. Et krav om tidstro registrering vil derfor fordrer betydelige arbejdsområde ændringer i klinikker og regioner.

Tekniske muligheder og udfordringer: Den primære tekniske mulighed ligger i, at der er et dækkende og struktureret grundlag at basere ydelseskvitteringerne på. Den primære udfordring ligger i, at understøttelse af ydelsesregistrering og afregning er forskelligartet understøttet på tværs af systemer og regioner. Det kalder på fælles styring af regler og funktioner i et fælles forvaltningsforum.

Kliniknære muligheder og udfordringer: Lægerne ser ikke de store fordele i implementering af ydelseskvitteringer. De ser en risiko for, at det udfordrer tilliden mellem læger og patienter, og flytter fokus fra sundhed og behandling til "bekymring om regningen". Lægerne ønsker at man skal gøre alt hvad man kan for at undgå fejlfregning, da dette udfordrer tilliden mellem læger og regioner.

Anbefalinger til it-understøttelse: Det anbefales, at man anvender det strukturerede og dækkende datagrundlag, som allerede foreligger i lægesystemerne. Dette kan oplagt omsamles og formidles centralt via PLSP. Det anbefales endvidere, at man stiller ensartede funktionelle krav til ydelsesregistrering og regelhåndtering i lægesystemerne.

Patientinvolvering og brugertest: På baggrund af spørgeskemabesvarelser (457 respondenter) og kvalitative interviews (7 patienter) er konklusionen, at patienterne grundlæggende ønsker indsigt i, hvad der er foregået og aftalt ved enhver kontakt med klinikken. I det omfang, at ydelseskvitteringer kan give konkrete og forståelige oplysninger om dette, vil patienterne gerne modtage disse.

Skitseret plan og overslag: Implementeringsplanen fordrer, at man i udgangspunktet tager stilling til, om der skal introduceres ydelseskvitteringer, hvilken løsningsmodel man foretrækker, samt beslutter sig for enten et smalt eller udvidet implementeringsområde. Det smalle implementeringsområde inkluderer lægesystemerne, PLSP og Min Læge. Det udvidede implementeringsområde inkluderer elementerne fra det smalle område samt implementering i Min Sundhed og Mine konsultationer på sundhed.dk.

Samlet anbefaling: Hvis opdragsgiverne vil introducere digitale ydelseskvitteringer til patienterne, så gøres dette ud fra en forventning om, at patienterne direkte eller indirekte indgår i en kontrolrolle. Dette fordrer, at man giver patienterne den bedst mulige indsigt i de afregnede ydelser. Dermed bør indhold, form og "timing" af ydelseskvitteringer så vidt muligt implementeres i henhold til patienternes forventninger og behov.

1: Indledning

Virgilerne, Løhdorf og Forberg (herefter omtalt som "konsulenterne") er blevet hyret af MedCom til at udarbejde denne foranalyse. MedCom forvalter midler fra Finansloven til Programmet for Digital Almen Praksis. I denne rolle har MedCom indgået aftale med konsulenterne.

1.1: Baggrund og opdrag

I efteråret 2021 kørte en række pressesager om bevidst fejlafregning med overenskomstmæssige ydelser hos navngivne speciallæge- og praksislægeklinikker. Nogle få af disse sager medførte politianmeldelse og kliniklukning. På denne baggrund startede en politisk dialog mellem RLTN og FAPS på den ene side og RLTN og PLO på den anden. Dialogen mellem RLTN og FAPS endte med, at der i Overenskomstforhandlingsaftalen 2022 mellem RLTN og FAPS blev aftalt følgende:

6.5 Nemt og hurtigt overblik for borger over modtagne ydelser (kvitteringsfunktion)

RLTN har udtrykt ønske om at skabe større åbenhed og gennemsigtighed for både patient, region og praktiserende speciallæge om, hvilken undersøgelse og behandling der udføres i speciallægepraksis. RLTN har en tilsvarende drøftelse med PLO. Ved igangsætning af et udredningsarbejde om etablering af en elektronisk løsning, som kan give borgeren et hurtigt overblik over den modtagne behandling, er der enighed om, at FAPS indgår sammen med RLTN og PLO. Udredningsarbejdet opstartes inden udgangen af første halvår 2022. Parterne er enige om, at en elektronisk løsning, eksempelvis via MinLæge-appen, bør være fælles for almen praksis og speciallægepraksis. Løsningen skal være kompatibel, således at data også bliver vist på sundhed.dk.

Kilde: Aftale om fornyelse af overenskomst mellem RLTN og Foreningen af Speciallæger af 18.09.2021, side 62.

PLO har ikke indgået tilsvarende aftale med RLTN i deres overenskomst. Men i erkendelse af, at sådanne sager skader alle parter, har PLO og RLTN aftalt, at det skal undersøges, om og hvordan en digital ydelseskvittering til patienter kan implementeres. Dette sker afstemt med en række andre initiativer, som skal sikre bedre ydelseshåndtering og kontrol i almen praksis og i speciallægepraksis.

Med afsæt i dialogen mellem RLTN og PLO lagde parterne i december 2021 en sag i Programstyregruppen for Digital Almen Praksis. Programstyregruppen består af repræsentanter fra PLO, Sundhedsministeriet og Danske Regioner og forvaltes af MedCom på vegne af de deltagende parter. Programstyregruppen besluttede at bevilge kr. 500.000 til en foranalyse vedrørende etablering af en digital ydelseskvittering til patienter efter besøg hos praktiserende læge og speciallæge.

Præciseret opdrag

I løbet af januar 2022 blev det præciseret, at analysen ikke skulle igangsætte en konkret teknisk implementering, men i stedet afsøge fordele og ulemper ved digitale ydelseskvitteringer set ud fra forretningsmæssige og tekniske perspektiver. PLO udarbejdede en mail, hvor den nævnte præcisering indgår. Præciseringen blev fremsendt til Danske Regioner, Sundhedsministeriet og FAPS. Tilbage meldingen var, at man var enige i denne præcisering.

Foranalysen skal iflg. præciseringen levere følgende:

1. Afdækning af tekniske muligheder og udfordringer hos de aktører og systemer, som indgår i ydelsesregistreringen.
2. Afdækning af forretningsmæssige, kliniknære muligheder og udfordringer, både hos praktiserende læger og speciallæger.
3. anbefalinger til it-understøttelse af ydelseskvitteringer for borgerne, og evt. affødte tilretninger i lægesystemerne.
4. Patientinvolvering og "brugertest" af kvitteringens udseende.
5. Skitse til implementeringsplan samt økonomisk overslag for udvikling og drift af ydelseskvitteringer fra praktiserende læger og speciallæger.

Afgrænsning jf. punkt 4:

Egentlige brugertests kan først gennemføres, hvis der implementeres en digital ydelseskvittering i Min Læge app, og evt. i Min Sundhed app. I regi af foranalysen er der gennemført kvalitative interviews med patienter, som er blevet forelagt visuelle udkast til kvitteringer og har haft mulighed for at give feedback på disse.

Afgrænsning jf. punkt 5: Det økonomiske overslag forholder sig til udviklingsudgifter i den tekniske implementering. Udgifter til drift er ikke medregnet. Det kan dog bemærkes, at driften (inkl. vedligehold og support) erfaringsmæssigt kan udgøre 20-40% af udviklingsomkostningerne pr. år.

1.2: Formål og målgrupper

Baggrunden og opdraget i afsnit 1.1 giver anledning til at formulere to formål, som implementering af ydelseskvitteringer kan bidrage direkte eller indirekte til.

Formål 1: Åbenhed og oplysning

For det første udpeges et formål om åbenhed, gennemsigtighed og oplysning. Her er målgrupperne både patienter, klinikker og administrativt ansvarlige i regionerne. Dette omtales fremover som "åbenhedsformålet".

Formål 2: Forebyggelse

For det andet udpeges et præventivt og kontrolorienteret formål, som er delvist afledt af åbenhedsformålet. Dette omtales fremover som "forebyggelsesformålet". Her er målgruppen specifikt de læger og klinikker, som bevidst eller ubevidst laver fejl i ydelsesregistrering og afregning. Rationalet bag dette formål er, at sådanne læger og klinikker vil være tilbageholdende med bevidst fejlafrægning og generelt mere påpasselige med registrering af ydelser, når de ved, at patienterne får besked om de registrerede ydelser efter hver kontakt med klinikken.

1.3: Hvor mange fejlafrægner?

Det er en klar opfattelse hos opdragsgiverne, de adspurgte læger og de adspurgte patienter, at langt hovedparten af alle speciallæger og praktiserende læger afregner korrekt. Der eksisterer dog ikke et kvantitativt grundlag for med sikkerhed at fastslå omfanget af fejlagtig afregning. Afvisningerne sker systematisk på baggrund af fastlagte regler, men det må antages at der i et vist omfang sker fejl, uden at afregninger bliver afvist. Antallet af afvisninger er dermed ikke et sikkert udtryk for, hvor mange der fejlafrægner. Vi kan kvalitativt skelne mellem (1) dem der fejlafrægninger bevidst, (2) dem der fejlafrægner ubevidst (fordi de ikke har sat sig ordentligt ind i ydelser og regler, eller fordi disse regler er svært gennemskuelige), (3) "hændelige uheld", hvor en læge fx taster forkert. Endelig forekommer (4) tekniske fejl i lægesystemet eller i afsendelse/modtagelse af regninger fra klinikkerne til regionerne.

1.4: Hvad er en ydelseskvittering?

En ydelseskvittering er et bevis for en gennemført overenskomstmæssig ydelse. Altså ydelser, hvis indhold og honorar fastlægges i overenskomsterne mellem RLTN og FAPS samt mellem RLTN og PLO. Ydelser og honorarer fremgår for PLO's vedkommende i den såkaldte "honorartabel". Ydelser og honorarer fremgår for FAPS' vedkommende i såkaldte "taksttabeller" for hvert speciale. En væsentlig forskel i denne sammenhæng er, at praktiserende læger modtager et basishonorar uafhængigt af de specifikke ydelser. Dette er ikke tilfældet for speciallægenes vedkommende.

FAPS' overenskomst, ydelser og honorarer:

<https://www.laeger.dk/overenskomsten>

<https://www.laeger.dk/takstkort>

PLO's overenskomst, ydelser og honorarer:

<https://www.laeger.dk/PLO/OK22>

<https://www.laeger.dk/PLO-honorarer-og-ydelser>

1.5: Hvor mange ydelser og kvitteringer?

Praktiserende læger afregner ca. 62-63 mio. ydelser på årsbasis, mens speciallæger afregner 11-12 mio. ydelser på årsbasis. For både praktiserende læger og speciallæger gælder det, at ca. 98,5% af regningerne godkendes af regionerne, og at ca. 1,5% altså afvises. Dog således at de fleste af de regninger, der afvises i første omgang, godkendes efter genfremsendelse, hvor lægerne har rettet fejlene. FAPS oplyser, at der er kører ca. 5 tilbagebetalingssager på årsbasis i regi af det såkaldte Speciallægelandssamarbejdsudvalg (SSU). FAPS understreger, at disse sager ikke nødvendigvis omhandler bevidst fejlafrægning fra de involverede klinikkers side. Tilsvarende kører der ca. 10 tilbagebetalingssager pr. år for de praktiserende læger i regi af Landssamarbejdsudvalget.

En simpel gennemsnitsberegning viser, at der er tale om ca. 12,7 ydelser årligt pr. borger i Danmark. Hvis der sendes en ydelseskvittering for hver af disse, kan en borger altså gennemsnitligt få besked fra praktiserende læge og/eller speciallæge 12-13 gange årligt. Gennemsnittet kan ende med at være lavere, hvis der knyttes flere ydelser til den enkelte kvitteringer. Gennemsnittet kan ende med at være højere, hvis man sender opdateringer til patienterne, hver gang der er en ændring i tilknytning til en ydelse. Fx i forbindelse med, at klinikken afsender regningen, eller i forbindelse med at regionen godkender (eller potentielt afviser) regningen.

1.6: Fakta og nøgletal for speciallæger

Eksisterende tiltag

FAPS oplyser, at der i speciallægepraksis i en årrække er blevet arbejdet aktivt for at reducere risikoen for fejlafrægning. De eksisterende tiltag på området er beskrevet af FAPS-sekretariatet i de følgende 6 punkter.

1. Regionerne og FAPS har udarbejdet præcise ydelsesbeskrivelser for hver eneste ydelseskode. Det har fjernet tidligere tiders fortolkningstvivil om, hvornår det var berettiget at afregne et givent honorar.
2. Regionerne og FAPS har udarbejdet præcise valideringsregler, dvs. regler om hvilke ydelseskoder, der kan afregnes samtidig og hvor mange gange en given ydelseskode kan afregnes i et patientforløb. Valideringsreglerne har gjort det muligt for regionerne at opsætte automatiseret regningskontrol ved den månedlige afregning. Derved kan regionerne afvise regninger, som strider mod de aftalte valideringsregler, allerede før de udbetales. Dette kaldes returregninger.
3. Ud over den automatiserede regningskontrol foretager regionerne løbende kontrol og kritisk vurdering af speciallægeres regningsmateriale. Denne indsats, som eksempelvis kan bestå af stikprøvekontroller, benævnes controlling.

4. Ud over den løbende regningskontrol udarbejder regionerne 1 gang om året såkaldte kontrolstatistikker, hvor man i en opgørelse for hver enkelt praktiserende speciallæge sammenligner afregningsmønsteret med det gennemsnitlige afregningsmønster blandt de øvrige speciallæger i samme speciale. Speciallæger, der overstiger gennemsnittet med mere end 25 %, udtages til nærmere undersøgelse. Det indebærer, at speciallægen skal forklare årsagen til ydelsesmønsteret, og at speciallægens udtalelse derefter undergives en faglig vurdering. Hvis speciallægens ydelsesmønster ikke findes tilstrækkeligt begrundet, pålægges speciallægen en såkaldt højstegrænse, dvs. et loft over, hvor meget speciallægen fremadrettet kan afregne.
5. Endelig har regionerne den mulighed at rejse en tilbagebetalingssag over for en speciallæge. Det drejer sig (i modsætning til returregninger, som er afviste regninger) om regninger, som regionen har betalt til speciallægen, men hvor regionen efterfølgende er af den opfattelse, at afregningen var uberettiget. Hvis speciallægen ikke er enig i regionens vurdering, indbringes sagen for Speciallægelandssamarbejdsudvalget (SSU), som træffer afgørelse i sagen.
6. Antallet af sager om tilbagebetaling i Speciallægelandssamarbejdsudvalget (SSU) har de seneste 5 år ligget på ca. 5 om året. Dette skal ses i forhold til, at der hvert år er ca. 5,8 mio. patientkontakter med efterfølgende afregning i speciallægepraksis.
7. Som et helt nyt tiltag er alle nynedsatte praktiserende speciallæger blevet forpligtede til at deltage i et 4 dage langt administrationskursus, hvor de får en grundig indføring i overenskomstforståelse og bliver undervist i den rette brug af de enkelte ydelser i deres ydelseskatalog.

Kontrolbestemmelser i overenskomst

Kapitel XI i FAPS' overenskomst (OK22, side 47-49) handler om kontrolbestemmelser gældende for regionerne, RLTN og FAS. Der er tilknyttet et protokollat til dette kapitel. Nedenfor ses uddrag af kontrolbestemmelserne, som relaterer til oplysningerne om "eksisterende tiltag" i ovenstående afsnit.

Uddrag af § 53. Udarbejdelse af årsopgørelser

Stk. 1

Regionen har adgang til at foretage nærmere undersøgelser af speciallægers behandlings- og ydelsesmønster, herunder at indhente nødvendige oplysninger fra speciallæger med henblik på en belysning af baggrunden for et afvigende behandlings- og ydelsesmønster [...]

Stk. 4

[...] RLTN og FAS har online adgang til data vedrørende omsætningen i speciallægepraksis med henblik på udarbejdelse af landsdækkende statistik, økonomiopfølgning og analyse af udviklingen inden for de enkelte specialer.

Uddrag af § 54. Anvendelse af årsopgørelser

Stk. 2

Såfremt det ved sammenligningerne [...] viser sig, at den gennemsnitlige udgift pr. patient i en praksis i et år afviger med 25 % eller mere fra gennemsnittet i regionen eller på landsplan, skal der foretages en undersøgelse af årsagen til det afvigende behandlings- og ydelsesmønster, medmindre regionen ved, at der er nogle forhold for speciallægen, der gør det velbegrundet, at speciallægen afviger. Der kan også foretages en undersøgelse, hvor der er forhold i speciallægens behandlings- og ydelsesmønster, herunder for enkelttydelser, som virker påfaldende, dette også uden at grænsen på 25 % er nået.

Stk. 6

Resultatet af regionens undersøgelse og høring af speciallægen forelægges for samarbejdsudvalget, der skal drøfte dette, herunder om der er belæg for speciallægens behandlings- og ydelsesmønster.

Protokollat til kontrolbestemmelserne

Der indgår et protokollat til kapitel XI i FAPS' overenskomst (OK22, side 74 og 75). Dette uddyber baggrunden for kontrolbestemmelserne, og udtagelseskriterierne for kontrollen. Heraf fremgår to frekvenser, som kan afføde udtagelses til kontrol. Disse følger i uddrag nedenfor.

Frekvens 1: Ydelsen

Frekvens 1 tager udgangspunkt i "ydelsen". Der foretages således en måling baseret på, hvor mange gange en specifik ydelse er givet i en speciallægepraksis inden for kontrolåret, sammenholdt med den pågældende speciallæges samlede antal patienter. Dette sammenlignes med antallet af gange ydelsen er brugt i specialet sammenholdt med det totale antal patienter inden for specialet. Ved brug af frekvens 1-kontrol gives der således et billede af, hvor benyttet en given ydelse er hos en speciallæge, og om speciallægen generelt benytter ydelsen i et væsentligt højere omfang end lands- og regionsgennemsnittet.

Frekvens 2: Patienten

Frekvens 2 tager udgangspunkt i "patienten". Her ses på, hvor mange gange en specifik ydelse gennemsnitligt gives til samme patient. Ved brug af frekvens 2 kan det således konstateres, om der (for de patienter, der modtager en given ydelse) forefindes et højt forbrug af ydelsen sammenlignet med lands- og regionsgennemsnittet. Et udsving i kontrolstatistikken vil således vise sig, såfremt en eller få patienter modtager et meget stort antal af én og samme ydelse, hvorimod der ikke vil kunne ses et udsving, hvis et stort antal patienter modtager en ydelse, hvis ydelsen blot ikke gives adskillige gange til samme patient.

Nøgletal for godkendte og afviste ydelser

FAPS-sekretariatet har leveret nøgletal for antal afregnede og afviste ydelser i 2019, 2020 og 2021. Tallene er trukket på tværs af alle ydelser og alle specialer.

Tabel 1 – Andel afviste ydelser i årene 2019-2021

	Ydelser (alle ydelser)
Godkendte 2019	11.597.582
Afviste 2019	158.427
Andel afviste	1,4%
Godkendte 2020	11.242.854
Afviste 2020	171.085
Andel afviste	1,5%
Godkendte 2021	11.478.055
Afviste 2021	179.687
Andel afviste	1,6%

Som det fremgår, så ligger det gennemsnitlige antal af ydelser på mellem 11 og 11,6 mio. om året, og antallet af afviste regninger ligger på ca. 1,5%. I absolutte tal er det mellem 160.000 til 180.000 afviste afregnede ydelser pr. år. Oplysningen om, at ca. 5 kontrolsager årligt ender i Speciallægelandsamarbejdsudvalget (SSU) kan ikke direkte relateres til disse nøgletal, men supplerer dog det samlede billede.

1.7: Fakta og nøgletal for praktiserende læger

Eksisterende tiltag

PLO oplyser, at der er i almen praksis er vedvarende fokus på korrekt afregning i henhold til Overenskomsten om almen praksis. De eksisterende tiltag på området er beskrevet af PLO-sekretariatet i de følgende 6 punkter.

1. Overenskomstmæssige krav til afregning: Overenskomsten om almen praksis indeholder et kapitel om afregning – kapitel 8. Heraf fremgår det hvilke konkrete oplysninger, lægen skal give for at kunne afregne korrekt, hvilket format lægen skal benytte, og hvornår regninger skal indsendes til regionen. Det er udgangspunktet i almen praksis, at der ikke kan afregnes flere grundydelse samme dag på samme patient. Der er dog nogle undtagelser hertil. Det følger af kapitlet om afregning i Overenskomsten, at lægens it-system skal give et advarsel, hvis der registreres to eller flere regninger på samme person på samme dag, og at lægen aktivt skal bekræfte, at registreringen er korrekt.
2. Løbende kontrol med ydelsesmønstre: Regionerne foretager løbende kontrol med brug af udvalgte ydelser, hvor lægerne anmodes om at forklare deres ydelsesmønster, hvis det

afviger væsentligt i forhold til andre lægers ydelsesmønster for den pågældende ydelse. Regionernes kontrolindsats kan resultere i tilbagebetalingskrav overfor lægen, og såfremt lægen er uenig i kravet i sager ved de regionale Samarbejdsudvalg (SU) og Landssamarbejdsudvalget (LSU), der vurderer om Overenskomsten om almen praksis er blevet overtrådt og i så fald fastsætter et tilbagebetalingskrav. I forhold til visse konkrete ydelser kan RLTN i overenskomstperioden opsige adgangen til at lægerne kan afregne dem, fx pga. et for højt eller forkert ydelsesforbrug. Det er tilfældet i forhold til ydelse 0121 og ydelse 0204.

3. Fastsættelse af højstegrænser: Regionerne vurderer på baggrund af de praktiserende lægers årsopgørelser, om en kliniks udgift til lægehjælp i dagtiden pr. patient i et kalenderår har overskredet den gennemsnitlige udgift pr. patient inden for regionen med 25 % eller derover. Hvis en klinik har en overskridelse på 25 % eller derover, fastsætter regionen en såkaldt individuel højstegrænse på 25 % af den gennemsnitlige ydeshonorarudgift pr. patient i regionen. Højstegrænsen lægger et loft over klinikens aktivitet, så længe den er gældende. Højstegrænsen bortfalder, når den gennemsnitlige ydeshonorarudgift pr. patient har ligget under grænsen i to år. PLO og RLTN har i forhold til en enkelt ydelse (ydelsen aftalt telefonkonsultation 0204) aftalt, at læger der bruger denne ydelse 25 % mere end deres kollegaer i regionen pr. patient, kan få en højstegrænse for forbrug af ydelsen.
4. Sager om tilbagebetaling ved SU og LSU: Hvis en regions administration finder, at en praktiserende læge har afregnet i strid med Overenskomsten om almen praksis, henvender regionen sig i første omgang til lægen. Anerkender lægen et tilbagebetalingskrav foretages modregning i lægens honorarudbetalinger/indbetaler lægen det opgjort krav. Er lægen uenig i et opgjort krav, kan regionen føre sag ved det regionale SU med henblik på en indstilling om tilbagebetaling ved Landssamarbejdsudvalget (LSU). Der kører ca. 10 tilbagebetalingssager i LSU om året. LSU har medlemmer fra PLO's bestyrelse og medlemmer udpeget af Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). Hvis LSU når til enighed om, at der er sket en overtrædelse af Overenskomsten, kan en læge blive pålagt tilbagebetaling. En afgørelse om tilbagebetaling kan effektueres ved modregning i lægens tilgodehavende. LSU har en selvstændig pligt til at føre effektiv kontrol med, at udgifterne til lægehjælp ydes i henhold til Overenskomsten. LSU kan træffe foranstaltninger til nedbringelse af en læges regningskrav over for regionen.
5. Vejledning og ydelsesbeskrivelser: PLO og RLTN har udarbejdet en detaljeret Vejledning i anvendelsen af Overenskomstens ydelser. Vejledningen indeholder beskrivelse af de grundlæggende afregningsprincipper i almen praksis og konkrete ydelsesbeskrivelser af stort set alle grundydelse, tillægsydelse og laboratorieundersøgelser. Under hver ydelse er der beskrivelser af, hvorledes opgaven udføres efter hensigten og hvad der er afgørende for at kunne afregne et honorar. Vejledningen indeholder ligeledes information om

samspillet mellem ydelser og beskriver, hvornår hvilke ydelser kan tages samtidig i forbindelse med samme kontakt.

6. Løbende orientering om afregningsregler: PLO sender løbende information ud til de praktiserende læger via nyhedsbrevet PLO'orientering og på PLO's hjemmeside om nyheder i forhold til fortolkning af afregningsregler med henblik på at understøtte korrekt afregning i almen praksis.

Fremtidige tiltag

PLO-sekretariat oplyser som supplement til de seks punkter i forrige afsnit, at PLO i dialog med RLTN arbejder på nye IT-ydelsesstøtte værktøjer, som skal tydeliggøre afregningsreglerne i lægernes IT-systemer. Dette projekt tager afsæt i fælles dialog mellem PLO og RLTN, men projektet er ejet og drevet af PLO alene.

Kontrolbestemmelser i overenskomst

Kapitel IX i PLO's overenskomst indeholder kontrolbestemmelser i forhold til årsopgørelser og fastsættelse af højstegrænser for praksis' samlede indtægter ved ydeshonorarer fra regionen i dagtiden. Der er ikke tilknyttet et protokollat til kontrolbestemmelserne, og bestemmelserne er ikke lige så specifikke vedr. kontrolsager, som de er for FAPS' vedkommende. Der indgår bestemmelser, som regulerer de tilfælde, hvor en praktiserende læge evt. har påført regionen unødige lægemiddeludgifter. Disse er dog ikke refereret her, da de ikke er direkte relevante for foranalysen. Nedenfor ses uddrag af bestemmelser vedr. årsopgørelser og højstegrænser.

§ 93 Årsopgørelser og fastsættelse af højstegrænser

Stk. 1

Regionen foretager hvert år en opgørelse over det samlede antal overenskomstmæssige ydelser og de samlede udgifter til almen lægehjælp, der er præsteret i det foregående kalenderår.

Stk. 2

Årsopgørelsen afsluttes hurtigst muligt efter det samlede antal præsterede overenskomstmæssige ydelser er tilgængeligt og inden den 1. april.

Stk. 3

Årsopgørelsen vedrørende hver enkelt klinik stilles umiddelbart herefter til rådighed for lægen på praksis- og afregningsportalen på sundhed.dk.

Stk. 4

Såfremt årsopgørelsen viser, at udgiften til lægehjælp i dagtiden (basis-, og ydeshonorarudgifter) pr. patient (egne patienter) i en praksis i et kalenderår har overskredet den gennemsnitlige udgift pr. patient inden for regionen med 25% eller derover, fastsættes en

højestegrænse for praksis' samlede indtægter ved ydelseshonorarer fra regionen i dagtiden. Højestegrænsen fastsættes automatisk på +25% af den gennemsnitlige ydelseshonorarudgift pr. patient i regionen. 1) Differentieret basishonorar, kronikerhonorar (0130, 0131, 0132), profylakseydelser (jf. Profylakseaftalen) og ydelser aftalt i lokale aftaler er ikke indeholdt i opgørelsen. Højestegrænsen kan iværksættes fra et kvartals begyndelse.

Stk. 5

Pålægelse af højestegrænsen kan ikke indbringes for Samarbejds- eller Landssamarbejdsudvalg. Alene klager over formelle fejl i sagsbehandlingen, herunder i forhold til beregningen af højestegrænsen, kan indbringes for Samarbejdsudvalget med mulighed for anke til Landssamarbejdsudvalget.

Nøgletal for godkendte og afviste ydelser

PLO-sekretariatet har leveret nøgletal for antal afregnede og afviste ydelser i 2019, 2020 og 2021. Tallene er trukket på tværs af alle ydelser og ydere.

Dagtid	Grundydelse inkl. profylakse	Tillægsydelser inkl. lab, kørsel mv.	I alt
Godkendte 2019	40.102.791	17.927.337	58.030.128
Afviste 2019	360.372	370.033	730.405
Andel afviste	0,9%	2,1%	1,3%
Godkendte 2020	44.223.056	21.758.690	65.981.746
Afviste 2020	499.212	566.722	1.065.934
Andel afviste	1,1%	2,6%	1,6%
Godkendte 2021	42.856.734	20.245.280	63.102.014
Afviste 2021	569.112	545.218	1.114.330
Andel afviste	1,3%	2,7%	1,8%

Som det fremgår, skelnes der for praktiserende læger mellem grundydelse og tillægsydelser. Niveauet af afviste afregnede grundydelse ligger i et spænd fra 0,9 til 1,5% i perioden 2019-2021, mens afviste afregnede tillægsydelser ligger i et spænd fra 2,1 til 2,7% i samme periode. Gennemsnittet på tværs af alle ydelser (både grundydelse og tillægsydelser) ligger i et spænd fra 1,3 til 1,8% i samme periode. Tallene er stigende fra 2019 til 2021 for både grundydelse, tillægsydelser og det samlede gennemsnit. En nøjere vurdering af, om denne tendens er vedvarende, kræver udtræk af data fra en længere periode.

2: Patienterne

Patientinddragelsen skal afklare patienternes behov for digital adgang til oplysninger efter besøg hos praktiserende læge og speciallæge (formål om åbenhed) , samt give grundlag for at vurdere, hvorvidt patienterne meningsfuldt kan bidrage til ydelseskontrollen (formål om forebyggelse).

Kapitlet gennemgår grundlag og metode for inddragelse af patienter. Hvis patienter reelt skal bidrage til ydelseskontrollen, er det afgørende, at de rent faktisk forstår, hvad de bliver bedt om, og at de er parate til at handle på oplysningerne. Det skal afdækkes, hvilket handlingsrum det vil give mening at tilbyde patienterne, og hvad der skal til for at få dem til at reagere på bevidste eller ubevidste fejlfregninger.

2.1: Grundlag

Det empiriske grundlag for patientinddragelsen består af:

1. Dialogmøde med Vicedirektør i Danske Patienter.
2. Dialogmøder med sundhed.dk.
3. Brugerstatistik for brug af Mine konsultationer på sundhed.dk.
4. Spørgeskema udsendt gennem sundhed.dk Panelet og besvaret af 457 borgere.
5. Kvalitative interviews med 8 patienter.

2.2: Fremgangsmåde

Dialogmøder

Åbenhedsformålet og forebyggelsesformålet er indledningsvist blevet drøftet med Danske Patienter. Efterfølgende er der afholdt dialogmøder med sundhed.dk, der er blevet inviteret til at dele erfaringer med deling af afregningsoplysninger fra sygesikringsregistret med borgere i løsningen Mine konsultationer. Herunder er der også samlet brugsstatistik ind for borgernes brug af Mine Konsultationer på sundhed.dk. De indledende dialogmøder med Danske Patienter og sundhed.dk har ført til opmærksomhedspunkter, som er blevet indarbejdet i spørgeskema og spørgeramme til interviews.

Brugerstatistik

Besøgstal for løsningen Mine konsultationer på sundhed.dk er samlet ind. Tallene er trukket for perioden oktober 2021 til og med maj 2022.

Spørgeskema

Et spørgeskema er sendt bredt ud til respondenter gennem sundhed.dks brugerpanel. Alle borgere i Danmark har mulighed for at melde sig til brugerpanelet; det må dog antages, at respondenterne har en større interesse i at forholde sig til digital adgang til sundhedsinformation end gennemsnittet i den danske befolkning. I alt har 457 personer gennemført spørgeskemaundersøgelsen. Respondenterne er fordelt over alle regioner i Danmark. Lidt flere kvinder end mænd har valgt at fuldføre besvarelsen med en fordeling på 65 % kvinder og 35 % mænd. Yderligere oplysninger om respondentgruppen findes i bilag 2. Dette kan rekvireres ved henvendelse til konsulenterne.

Der er tale om et semistruktureret spørgeskema med faste afkrydsningsfelter og med mulighed for, at respondenterne kan give kommentarer i fritekstfelter på udvalgte områder. Indledningsvist er spørgsmålene åbne, så patienterne frit kan give udtryk for deres behov for at få adgang til oplysninger efter kontakt med praktiserende læge og speciallæge, og efterfølgende spørges der specifikt ind til borgernes behov for oplysninger om undersøgelse og behandling samt interesse i at få adgang til afregningsoplysninger.

Interviews

Der er gennemført 7 kvalitative interviews med patienter. Varigheden af interviews har været på omkring 45 minutter, og de fleste interviews er gennemført i patientens hjem eller alternativt som virtuelle interviews.

Patienterne er rekrutteret:

- Gennem de læger og speciallæger, som indgår i interviews
- Gennem invitation sendt til Danske Patienter og videre ud i patientforeninger.

I udvælgelsen af interviewpersonerne er der så vidt muligt søgt fordeling på køn, alder og bopæl. Fordelingen fremgår af tabellen.

ID	Navn	Alder	Bopæl
PT1	Mand	81 år	Hørsholm
PT2	Mand	72 år	København
PT3	Kvinde	30 år	Lejre
PT4	Kvinde	48 år	Herning
PT5	Kvinde	64 år	Fredericia
PT6	Kvinde	62 år	Slagelse
PT7	Mand	36 år	København

Spørgerammen er bygget op med indledende spørgsmål til patienternes brug af praktiserende læge og speciallæge samt deres praksis for at tilgå deres oplysninger ved brug af it-løsninger. Derfra er der spurgt åbent ind til borgerens behov for indsigt i

oplysninger fra praktiserende læge og speciallæge (formål om åbenhed), og efterfølgende er der spurgt specifikt ind til patienternes interesse i at få indsigt i afregningsoplysninger samt forventninger til at kunne reagere på oplysningerne (formål om forebyggelse). Endelig er patienterne blevet præsenteret for konkrete skitser af notifikationsløsninger for at afdække deres ønsker til form samt forståelse af indholdselementer som eksempelvis ydelser fra honorartabeller

og takstkort. Spørgerammen indgår i bilag 2. Dette kan rekvireres ved henvendelse til konsulenterne.

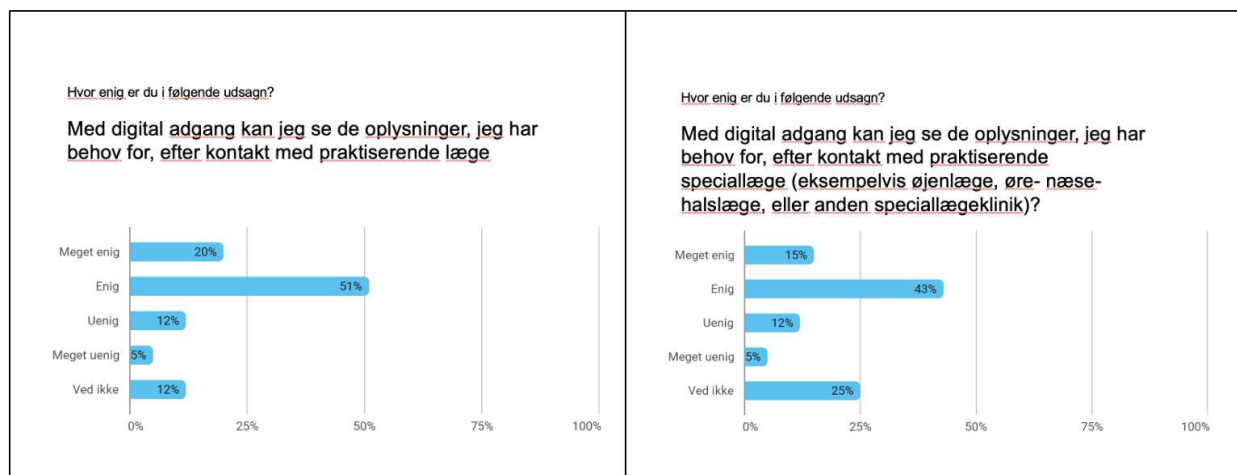
2.3: Resultater

Åbenhedsformålet

Formålet om åbenhed og gennemsigtighed i egne sundhedsoplysninger bliver fremhævet som det vigtigste af Danske Patienter. Som fortalere for patienter og pårørende ser Danske Patienter dog ikke adgang til oplysninger i ydelsesregistret som højt prioriterede, derimod er transparens over aftaler og notater fra praksis langt mere efterspurgt.

Størstedelen af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen er "enige" eller "meget enige" i, at de har de oplysninger, de har behov for, efter kontakt med praktiserende læge eller speciallæge.

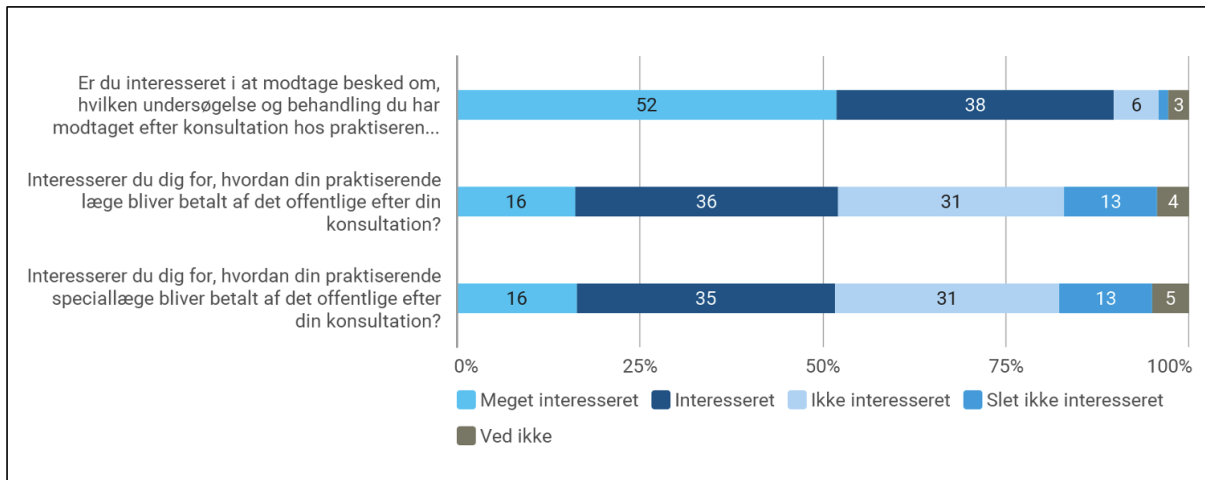
Formål om åbenhed



Spørgsmålet er fulgt op af et åbent spørgsmål om, hvilke oplysninger respondenterne mangler og med mulighed for at byde ind i et fritekstfelt. Her svarer langt størstedelen af respondenterne, at de mangler adgang til journaler eller journalnotater, og det gælder både for praktiserende læge og speciallæge.

Derefter er borgerne blevet bedt om at forholde sig til deres behov for adgang til specifikke oplysninger. På spørgsmålet om respondenternes interesse i at modtage oplysninger om "hvilken undersøgelse og behandling, du har modtaget" svarer 90 %, at de er interesserede eller meget interesserede. Interessen er mindre for "hvordan praktiserende læge eller speciallæge bliver betalt af det offentlige efter en konsultation". Her svarer lige over halvdelen af borgerne, at de er interesserede eller meget interesserede (52 % for praktiserende læger og 51 % for praktiserende speciallæger).

Interesse i specifikke oplysninger



Åbenhedsformålet er endvidere afdækket gennem de kvalitative interviews. Her svarer patienterne umiddelbart, at de har adgang til de oplysninger, de har behov for, efter besøg hos praktiserende læge eller speciallæge (6 ud af 7). Først når de bliver spurgt, hvad de mangler, peger patienterne på behov for større åbenhed, og her er det især lægens journal eller notater, der efterspørges. Eksempelvis bliver der sagt "Jeg savner faktisk at se min egen journal. Den vil jeg gerne have adgang til (PT2)" eller "Det er uhensigtsmæssigt, at jeg ikke kan se journalnotaterne. Det ville være godt, når der er noget, jeg er i tvivl om. Det ville være vildt rart med notaterne og muligheden for at kunne gå tilbage og se, hvad der er blevet snakket om (PT7)". Under temaet åbenhed nævner et par af interviewpersonerne endvidere, at de savner åbenhed på tværs af behandlere i sundhedsvæsenet, så den praktiserende læge eller speciallæge har bedre indsigt i, hvad der er sket for patienten på sygehuset (PT2 + PT4).

Når patienterne får lov at ønske, hvad de kunne tænke sig at få i en besked efter en kontakt med praktiserende læge eller speciallæge, så vil de gerne have et kort resume af samtalen samt indblik i handlingsplanen: "Det kunne være næste mødetid. Hvornår er det, vi har en aftale, og hvad har vi en aftale om. Og så måske en kort opfølgning eller et resume. Hvad var det, vi talte om. Det kunne være fedt at få (PT3)" eller "Jeg vil gerne have et resumé. Konklusion og plan. Det får jeg fra hospitalet (PT5)." En patient ønsker sig at få en kort besked, når der er lagt ny information op, og en patient nævner ønsket om at få adgang til hele lægejournalen efter besøget.

Direkte adspurgt til behovet for åbenhed omkring afregningsoplysninger svarer kun én patient ja tak. Patienterne er generelt set ikke interesseret i at vide mere om den praktiserende læges og speciallæges afregning med det offentlige, og det giver det tydeligt udtryk for med: "Afregning? Den løn de skal have af kommunen eller Nordsjælland? Nej, de får vel for pokker deres løn, det er jeg ligeglad med (PT1)" eller "Nej. Helt ærligt, nej. Det siger mig ikke noget (PT3)" eller "Nej, overhovedet ikke. Det regner jeg med, at han selv roder med. Jeg er bedøvende ligeglad med,

hvordan det foregår. Det er ikke noget, jeg savner info om (PT4)". Kun én patient er interesseret i afregningen, som følge af dårlige erfaringer "Ja, det gør jeg faktisk [...] Jeg holder meget øje med det. Jeg har haft en meget uheldig oplevelse (PT5)".

Afregningsoplysninger fra sygesikringsregistret vises i dag i Mine Konsultationer på sundhed.dk. Fra oktober 2021 til maj 2022 har der i gennemsnit været omkring 115.000 unikke besøgende i Mine Konsultationer, og de har brugt mellem halvandet og to minutter per side.

Besøgstal for Mine Konsultationer på sundhed.dk

Dato	Unikke sidevisninger	Totale sidevisninger	Gennemsnitlig tidsforbrug pr side
2021-10	64.669	150.912	00:01:55
2021-11	184.616	587.664	00:01:37
2021-12	116.779	254.777	00:02:08
2022-01	130.863	291.126	00:01:58
2022-02	106.494	240.683	00:02:01
2022-03	109.062	236.949	00:01:44
2022-04	99.947	218.810	00:01:24
2022-05	108.627	230.016	00:01:31

Forebyggelsesformålet

Indledningsvis har Danske Patienter forholdt sig til forebyggelsesformålet, og holdningen her er, at det primære formål med en ydelseskvittering til borgere må være transparens, og at kontrol med afregninger mellem praksisklinikker og regioner aldrig må blive patienternes ansvar. En ydelseskvittering kan føre til, at nogle patienter tilfældigvis vil gøre opmærksom på udfordringer, ligesom vi i dag ser det med borgernes adgang til log-løsninger. Men det må ikke være patientens ansvar, at afregning foregår korrekt, og det skal fremgå tydeligt.

Patienterne efterspørger ikke umiddelbart adgang til afregningsoplysninger. Yderligere spørgsmål er stillet i de kvalitative interviews for at afdække, hvorvidt patienterne reelt kan bidrage til kontrolfunktionen. Det er åbenlyst i de kvalitative interviews, at de færreste patienter har indblik i, hvordan afregningen foregår: "Jeg har ikke kendskab til, hvordan det foregår. De er vel lønnet af det offentlige? (PT1)" og "Jeg lukker øjnene for det. Jeg har ikke nogen ide om, hvordan det foregår (PT3)". Den manglende indsigt kan også ses i, at patienterne nævner, at de vil gå til rådhuset eller kommunen eller amtet, hvis der er noget galt med afregningen: "Men det er jo det der med amter og regioner og ditten og datten. Som almindeligt menneske er det svært at gennemskue (PT2)". Det er tydeligt, at hvis patienterne skal tage en aktiv rolle i forhold til ydelseskontrollen, så skal de have tydelig information om, hvem de skal henvende sig til.

Tillid

Patienterne har stor tillid til, at deres praktiserende læge og speciallæge afregner korrekt. Tilliden er ikke afhængig af, hvorvidt der er tale om praktiserende læge eller speciallæge, men kan variere i forhold til, om patienten har en tæt relation til behandleren, og om patienten generelt opfatter behandleren som et "ordentligt" menneske. Patienterne italesætter, at de har stor tillid, eller alternativt at de vælger at have stor tillid, hvis ikke de har grund til andet: "Fuldstændig tillid. Min læge gør det ordentligt (PT1)" og "Ja, det har jeg tillid til. Men indtil det modsatte er bevist, så tror

jeg da det bedste om mennesker (PT2)” og “Generelt føler jeg mig godt behandlet, og jeg har ikke grund til mistro (PT7)”.

Rolle i ydelseskontrollen

Patienterne forholder sig forskelligt til at bidrage til ydelseskontrollen. En patient kan slet ikke forestille sig, at han kan komme ud for en situation, hvor en ydelseskvittering ikke matcher med den kontakt, han har haft: “Det kan jeg slet ikke forestille mig. Det kan jeg ikke komme ud for. Besked fra en læge, jeg ikke har været hos? Det kan da ikke lade sig gøre, det du siger (PT1)”. En anden synes, at kontrolfunktionen er bedre placeret hos andre: “Det er nogens job at sørge for, at det der kører. Det må jeg gå ud fra, at der er styr på det. Dermed ikke sagt, at der altid er det. Men det er ikke rimeligt, at jeg skal sætte mig ind og bruge tid på det (PT7)”. En patient frabeder sig en rolle i afregningen på baggrund af tillidsforholdet til den praktiserende læge: “Jeg synes, der går lidt af læge/patientforholdet. For mig ville det være underligt (PT3)”. En anden ønsker sig ikke kontrolrollen med henvisning til byrden: “Jeg gider faktisk ikke kontrollere det. Jeg ville måske gå på barrikaderne, hvis jeg var yngre (PT6)”.

To patienter er positive over for at tage aktiv del i afregningsprocessen og bidrage til ydelseskontrollen: “Det er jo også en kontrolfunktion at kunne angive noget, der ikke er sket. Det er jo nødvendigt i dag. Så undgår man da, at der er noget fup og fidus der. Det vil ikke genere mig. Der kan blive snydt, og så vil jeg reagere på det. Sådan noget skal der ikke eksistere (PT2)” og “Jeg ser det ikke som meget som kontrol. Men det er rimeligt, at vi kan bekræfte det, der er sagt eller sket. De må acceptere, at man bekræfter. Og jeg ville ikke være negativ, hvis de først blev aflønnet efter, at ydelsen er bekræftet af mig (PT6)”.

Patienterne tilkendegiver, at de vil bidrage til kontrollen, hvis de blev bedt om det, også selvom det ikke er en rolle, de egentlig ønsker: “Ellers må der være en kontrolinstans, det skal jeg ikke ind i. Hvis det bliver et krav til alle borgere, at de skal kontrollere deres læger, så ville jeg gøre det (PT4)” og “Rollen som kontrollant, det burde jo være unødvendigt. Men sådan er det jo bare ikke, det er jo bare nødvendigt, at vi forholder os til det. Der sker fejl (PT5)” og “Hvis jeg skulle blive bedt om at tjekke kvitteringen, ville jeg nok bare gøre det (PT7)”.

Kontrolhandlingen

Når patienterne bliver præsenteret for en handlingsknap på en skitse, så forventer de fleste umiddelbart, at de kan klikke på knappen og få yderligere information om indholdet i en ydelse. De forbinder handlingsknappen med deres ønskescenarie, som er, at de kan få yderligere information med resume af en kontakt og indsigt i handlingsplanen. Enkelte patienter forbinder knappen med muligheden for at kunne be- eller afkræfte en ydelse: “Jeg tænker, at jeg sikkert skulle ind og bekræfte, at jeg har været der (PT4)”.

De fleste patienter forventer, at en besked om fejlagtig ydelse skal gå til lægeklinikken. Patienternes umiddelbare tanke er, at der vil være tale om en ubevidst fejlregistrering, og de vil henvende sig til lægesekretæren. Først ved gentagne fejl, vil de forvente at skulle gå videre til

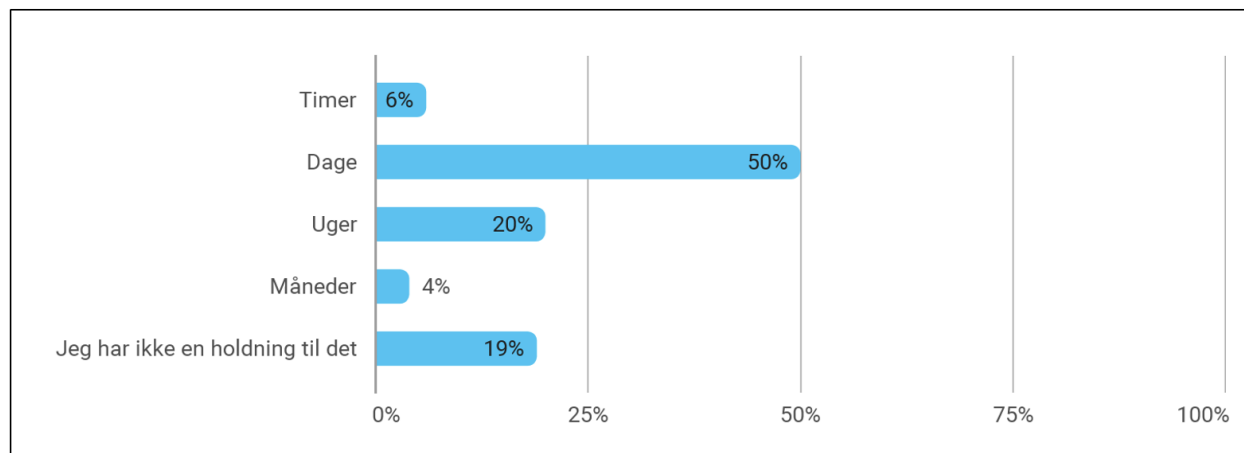
relevante parter på området: "Jeg ville altid først gå til egen læge og følge op på det, og så kan man jo gå på rådhuset eller til regionerne (PT2)" og "Jeg ville ikke kontakte andre end min egen læge, hvis det bare skete en enkelt gang. Men hvis det gentog sig, blev ved, så ville jeg gå til nogle andre (PT4)" og "Første gang eller to, noget var forkert, ville jeg bare hive fat i sekretæren. Jeg ville gå ud fra, at noget var tastet forkert. Hvis det var mere systematisk, ville jeg gerne reagere på det, men jeg ville ikke vide, hvor jeg skulle gå hen (PT7)". Her bliver det igen åbenlyst, at patienterne vil have behov for konkret kontakt for henvendelser, hvis de reelt skal bidrage til ydelseskontrollen.

Tidsperspektiv

Størstedelen af respondenterne på spørgeskemaet svarer, at der kun bør gå "dage", fra man har haft en kontakt og til man modtager en besked om afregning. Det er vigtigt at nævne, at respondenterne her ikke er sat i en rolle, hvor de aktivt skal tage stilling til afregningen eller bidrage til ydelseskontrollen.

Tidsperspektivet

Hvor lang tid bør der gå, fra du har været hos læge, til du får besked om lægens afregning med det offentlige?



I de kvalitative interviews er der stor konsistens i borgernes holdning til, hvor lang tid der må gå, fra de har haft kontakt med praktiserende læge eller speciallæge og til de får en kvittering, som de skal forholde sig til. Alle forventer, at beskeden kommer samme dag eller dagen efter. De svarer samstemmende, at der højst må gå en uge efter kontakten:

Tidsforventningen er forklaret med, at det ikke kan passe, at det skal tage længere tid, og samtidig nævner et par patienter også, at kort tid er nødvendig for, at de rent faktisk kan forholde sig til indholdet og gennemskue, om oplysningerne er korrekte. Så patienternes bidrag til

ydelseskontrollen ser ud til at være afhængig af, at en ydelseskvittering kommer inden for ca. den første uge.

Form

Den foretrukne form på en ydelseskvittering er en notifikation eller en sms, mens digital post bliver opfattet som for omstændelig på grund af login med NemID eller MitID. Et par patienter nævner, at for dem er forskellen mellem sms og notifikation, at notifikationen ikke prompter for en handling, mens en sms står markeret som ulæst, indtil den er læst. En patient fremhæver det positive ved ikke at blive afkrævet en handling: "Ikke digital post. Notifikationer er meget passende. Hvis ikke jeg har brug for at læse det, så kan jeg bare lade den være. Der er ikke noget, der figurerer som ulæst, og jeg kan slå den fra, hvis jeg ikke vil have den (PT7)". En anden patient fremhæver netop sms'en, fordi han så sikrer sig, at han husker at handle: "Jeg kan godt lide sms'er. Pop upp'er ser man jo aldrig mere. Sms skal man ind og være aktiv på, ellers kommer den igen (PT1)".

Tilskud og pris

Patienterne ønsker ikke at se eller forholde sig til en specifik pris. Når de ser en skitse med teksten "tilskud: xx kroner", forbinder de ikke informationen med lægens afregning. De finder det "lidt forvirrende (PT4)" eller "misvisende (PT5)" og stiller spørgsmål ved, hvem der får tilskud til hvad. Flere gætter på, at tilskuddet handler om sygesikring og patientens afregning med Danmark.

På tværs af alle interviews er der stor enighed om, at selve beløbet for lægens afregning med det offentlige ikke vedkommer patienterne: "Jeg har overhovedet ikke brug for det, det er jo ikke noget, jeg skal betale (PT1)" og "Men jeg kan ikke se, hvorfor jeg som patient skulle vide det. Det er ikke relevant for mig. Bare lægen ved det (PT3)" og "Det er ikke relevant. Kvitteringer er fint, men prisen kan jeg ikke se, jeg skal blande mig i (PT7)".

Ydermere giver patienterne udtryk for, at prisen vil forstyrre deres kontrol med ydelsen, da de ikke kan forholde sig til selve prisen, kun til, at de har modtaget en ydelse: "Selve prisen er overflødig. Jeg er ligeglad med priserne som sådan, det skal jeg jo ikke kontrollere, det er jo hans arbejde (PT2)". For nogle patienter fører prisen til utryghed: "Jeg ville være i tvivl om, om der forsvandt penge fra mig (PT3)" og "Jeg er nærmest ked af, at der står penge direkte. Så vil jeg føle, at jeg skal kunne sige ja til, at beløbet er rigtigt. Jeg kan godkende ydelsen, det er ok. Jeg kan se ydelse og konsultation, og måske emne. Det kan jeg til nød godkende, og hvor lang tid der blev brugt. Men jeg kan ikke godkende beløbet. Det ved jeg jo ikke. Ikke bare forvirret. Jeg ville føle, jeg fik ansvar for at godkende beløbet, og det vil gøre mig utryg (PT4)".

Forståelse

Patienterne har naturligvis et ønske om at forstå de oplysninger, de bliver præsenteret for. Det er ikke en overraskelse for patienterne, at der kan være lægefalige termer i beskederne, og det bliver mødt med lidt forskellige holdninger. Nogle patienter foretrækker, at termer bliver oversat, andre

vil gerne have både den faglige "præcise" term efterfulgt af en oversættelse, mens andre igen forventer, at den praktiserende læge eller speciallæge "uddanner" patienten i de lægefaglige termer, og så er det ikke så problematisk, at det indgår. Men gennemgående er det, at patienterne vil forstå beskeden. Dem der ikke genkender en fagterm, de vil enten ringe til lægesekretæren, eller de vil google fagtermen: "Der skal jo ikke være for meget af det der lægelatin, for så er det jo lige meget. Men der står jo også "undersøgelse for grøn stær", og det er jo ok (PT2)" og "Glaukomundersøgelse. Det er fint, jeg googler, hvis jeg ikke forstår det (PT5)" og "Glaukomundersøgelse, det er fint nok med latinske betegnelser, så det er præcist, men fint at det også står på dansk bagefter, så det er brugervenligt (PT7)".

Patienterne er blevet præsenteret for skitser, der har haft en ydelseskode i parentes. Umiddelbart forvirrer det en anelse, men de kan alle godt gennemskue, at informationen nok er henvendt til andre sundhedspersoner, og de kan godt abstrahere fra informationen: "Som patient ville det nok være mere klart, hvis koderne var skjult. Men jeg ville nok tænke, at der var nogle andre, der skulle bruge det (PT4)".

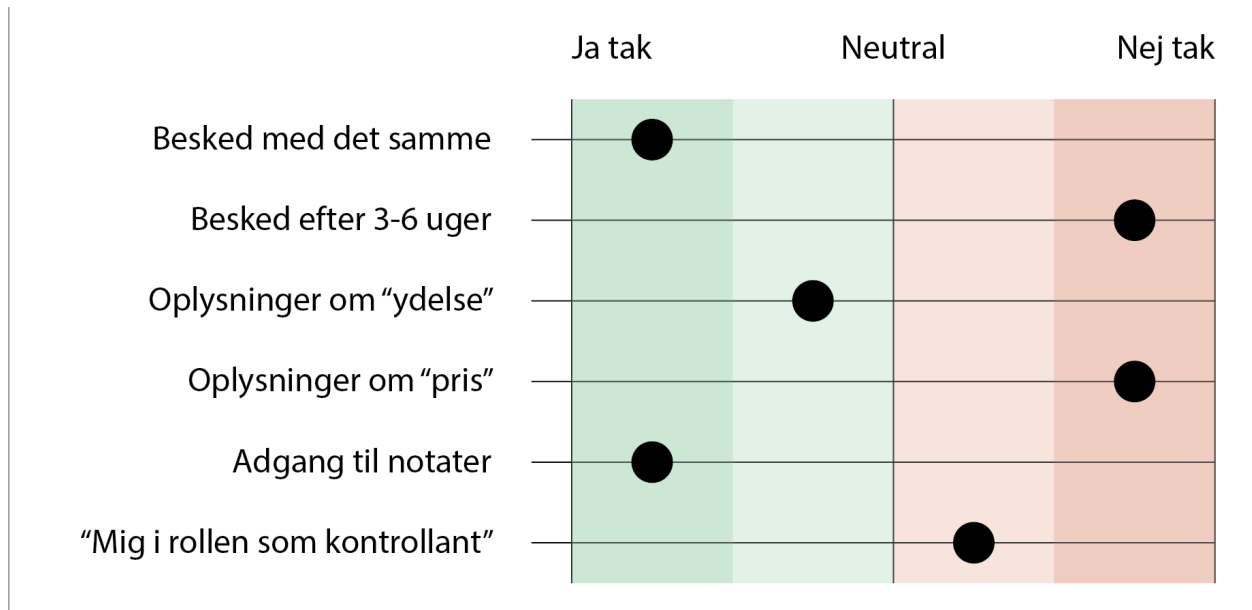
2.4: Konklusion

Patienterne ønsker større åbenhed i oplysninger efter kontakt med praktiserende læge og speciallæge. Mest efterspurgt er adgang til oplysninger om, hvad der er foregået ved besøg hos praktiserende læge og speciallæge, herunder konklusioner samt hvilke aftaler, patienten har indgået med lægen. Alle interviewpersoner er interesserede i åbenhed om indholdet i konsultationer, og 90 % af respondenterne på spørgeskemaet svarer positivt på at få adgang til information om undersøgelse og behandling. Derimod er interessen for at få indblik i afregningsoplysninger mindre. Ingen efterspørger åbenhed på afregningsområdet uopfordret. Direkte adspurgt, svarer halvdelen af respondenterne på spørgeskemaet, at de er interesserede i oplysningerne, og kun én ud af de syv interviewpersoner ønsker større åbenhed omkring afregning.

Kun et fåtal af patienterne efterspørger at få lov til at bidrage til ydelseskontrollen, men hvis der kommer et krav om det, så vil de alligevel gøre det. Patienterne har høj tillid til, at deres praktiserende læge og speciallæge afregner korrekt, og hvis patienterne får en kvittering på en ydelse, de ikke genkender, vil de umiddelbart forvente, at der er sket en ubevidst fejl, og de vil henvende sig til lægeklinikken. Det fremgår tydeligt af patientinddragelsen, at patienterne mangler viden om, hvor de skal henvende sig ved gentagne fejlafregninger og mistanke om, at fejlafregninger foregår bevidst. Hvis patienterne reelt skal bidrage til ydelseskontrollen i forbindelse med bevidste fejlafregninger, skal de have adgang til konkret oplysning om, hvor de henvender sig. Det er afgørende for patienternes mulighed for at forholde sig til ydelseskvitteringen, at den kommer kort tid efter en kontakt, gerne inden for få dage, og der må højst gå en uge. Patienterne ønsker ikke, at ydelseskvitteringen indeholder en pris, da prisen fører til forvirring og utryghed for patienten. Patienterne kan forholde sig til, om de har modtaget en ydelse, ikke til hvad den koster, og de ønsker ikke at bekræfte og stå til indtægt for en pris. Endelig

er det en forudsætning for patienternes bidrag, at de forstår indholdet i ydelseskvitteringerne. Patienterne er til en vis grad indforståede med, at lægefaglige termer kan indgå, men flere efterspørger at de bliver suppleret med en oversættelse, mens andre blot vil undersøge termen ved at kontakte lægeklinikken ellers søge på internettet.

Patienternes synspunkter på væsentlige forhold vedrørende ydelseskvitteringen kan opsummeres visuelt i følgende model:



3: Klinikkerne

Hensigten med klinikinddragelsen er at afdække lægernes synspunkter til en digital ydelseskvittering, herunder om den vil virke efter hensigten i forhold til formål om åbenhed og forebyggelse.

3.1: Grundlag

Klinikperspektivet er dækket af kvalitative og individuelle interviews med en række af foreningerne udpegede læger. Det har været væsentligt for begge foreninger, at de interviewede læger allerede havde en viden om digital ydelseskvittering til patienter, herunder om den overenskomstmæssige baggrund for nærværende analyse. Således er alle interviewede læger medlemmer af hhv. FAPS' eller PLO's bestyrelser.

Der er interviewet fire speciallæger og fire praktiserende læger. De interviewede læger har haft en vis geografisk spredning, dog med en hovedvægt inden for hovedstadsområdet. Alle interviews er gennemført i løbet af april-maj 2022. De individuelle interviewpersoner er oplyst om, at interviews er til baggrund, og at de ikke vil blive citeret med navns nævnelse.

De otte interviews er suppleret med et fælles møde med FAPS' og PLO's formænd samt de to foreningers sekretariatsafdelinger. Således vurderer konsulenterne, at de to foreningers synspunkter til en eventuel digital ydelseskvittering til patienter er solidt afspejlet i nærværende analyse.

3.2: Fremgangsmåde

De otte interviews er gennemført som semistrukturerede interviews med udgangspunkt i en spørgeguide, der er tilsendt forinden. Spørgerammen til interviews af de otte læger er vedlagt som bilag 3. Dette kan rekvireres ved henvendelse til konsulenterne.

3.3: Resultater

Synspunkter fra PLO's og FAPS' formænd

PLO's og FAPS' formænd anser, at en digital ydelseskvittering skal etableres ensartet for praktiserende læger og for speciallæger. Med andre ord at patienterne oplever, at:

- det er den samme type information, som man har i en digital ydelseskvittering, uanset om man har været hos den praktiserende læge eller hos speciallægen,
- tidsperspektivet for udsendelse af en eventuel ydelseskvittering er det samme, uagtet at man har været hos den praktiserende læge eller hos speciallægen.

Synspunkter fra praktiserende læger

Åbenhedsformålet

Tillid

Blandt de fire interviewede praktiserende læger er der en spredning i holdningen til åbenhed og gennemsigtighed: To af de praktiserende læger anser, at en digital ydelseskvittering er et nødvendigt tiltag for at genoprette tilliden fra regionerne til de praktiserende læger. De andre to praktiserende læger mener, at det hhv. slår et hak i tilliden mellem praktiserende læger og regioner, og at der er tale om en løsning, der allerede findes på sundhed.dk med "Mine konsultationer".

For de praktiserende læger, der ser den digitale ydelseskvittering som en nødvendighed, udtaler de bl.a. følgende: "Vi skal anerkende, at der er et problem med det tillidsbaserede system. Sygehusene står klar til at aflevere opgaver til os, men vi kan ikke ekspandere, hvis der ikke er tillid til os. Hvis vi skal tænke på dette i et langsigtet perspektiv - herunder tænke i at vokse - skal vi gå ind i denne problematik. Regionerne har en forpligtelse til at kontrollere udbetaling af offentlige midler, og det skal vi som PLO anerkende."

Med andre ord: En digital ydelseskvittering er en adgangsbillet til at ekspandere og en nødvendighed for, at regionerne kan løfte deres opgave.

Forholdet med patienten

Hvad angår åbenhed overfor patienten, er der tre af de interviewede læger, der mener, at en digital ydelseskvittering primært har til formål at skabe åbenhed over for regionen; de anser ikke, at patienter efterspørger åbenhed i forhold til ydelsesafregning. Om åbenhed overfor patienten skal inkludere andre informationer, som fx notater, er der en overvejende negativ indstilling til. Den negative indstilling virker primært at stamme fra en opfattelse af, at en konsultation hos den praktiserende læge er et fortroligt rum, hvor samtalen mellem patient og læge har fokus på både sundhedsfaglige og ikke-sundhedsfaglige områder, og de ikke-sundhedsfaglige bør ikke deles med andre. En af lægerne påpeger dog, at der er forskel på at dele notater med andre sundhedspersoner og at dele notater med patienten selv:

Tilskud og pris

Hvad angår pris i en digital ydelseskvittering, er der overvejende negativ holdning til at vise prisen. Selv om det kan være fristende for de praktiserende læger at vise prisen for patienter, mener de fleste læger ikke, at der skal pris på. Dette forklares dels med, at man som meget syg patient kunne blive flov over, at man bruger for mange penge. Omvendt er der en af lægerne, der mener, at patienterne bør få viden om, hvad det koster at gå til læge; en slags "oplysning til borgere om samfundet".

Forebyggelsesformålet

Alle fire læger anerkender, at der skal sættes ind for at undgå sager om misbrug af offentlige midler. Disse sager skader alle praktiserende læger, og der skal gøres noget. Det varierer dog mellem de interviewede læger, om svaret på forebyggelse ligger i en eventuel digital ydelseskvittering.

Supplerende kontroltiltag

De læger, der ikke ser ydelseskvitteringen som svaret, nævner, at man kunne gøre andre ting: "Vi skal som organisation selv gøre noget. Vi skal selv rydde op. Fx er vi ved at lave en fælles platform, hvor vi kigger på ydelser. Kan vi forebygge her? Ja, det kan vi: Man kan se på, hvordan man afregner ift andre lignende klinikker. Der er basis for at justere i egen butik."

Den læge, som er mest positivt stemt for en digital ydelseskvittering, og som har efterspurgt den længe, mener også, at den ikke kan stå alene; der skal øvrige initiativer til for at forebygge mere komplet. Flere af lægerne mener, at en digital ydelseskvittering kan ændre adfærd hos de læger, der bevidst laver fejlafregning.

Patienten som kontrollant

At indføre en digital ydelseskvittering medfører, at patienten bliver kontrollant for lægen. Det opfattes negativt af de fleste læger, idet det kan ødelægge den ellers gode relation mellem patient og læge. En af lægerne mener dog, at det ikke er nyt, at patienten er kontrollant, idet patienten også har den funktion på andre områder, fx når patienten har været til fysioterapeuten.

For at være kontrollant for lægen anser alle lægerne, at man bliver nødt til at arbejde med en form for oversættelse, da ydelser kan være svære at forstå. I relation hertil påpeger flere, at der er behov for at forsimple ydelsestabellen, og at man muligvis skal overveje, om det alene er grundydelse og blodprøver, der vises, da tillægsydelse kan være komplicerede at forstå. Alle er enige om, at det er afgørende, at patienten får den digitale ydelseskvittering så tæt som muligt på kontakten med lægen: "Hvis der skal være en ydelseskvittering, skal den komme hurtigt efter. Jo længere tid, der går, og jo flere oplysninger, der kommer på kvitteringen, jo flere spørgsmål." og "Hvis den skal have en funktion, skal det være med det samme."

At ydelseskvitteringen skal komme så hurtigt som muligt på kontakten er ikke noget problem for flere af lægerne. De mener, at de fleste læger sætter ydelser på efter hver patientkonsultation eller under administrationstid ved arbejdsdagens afslutning: "Langt de fleste læger gør det efter sidste punktum i et notat. For ikke at glemme det."

Samtidigt anerkender de, at det kan betyde en ændring af arbejdsprocesser for nogle læger, idet nogle samler til bunke og laver administrationstid en gang ugentligt i forbindelse med afsendelse af afregningsfil til regionen. Dette kan også være tilfældet, når den praktiserende læge har

uddannelseslæger tilknyttet klinikken; her gennemgår lægen notater og ydelser med uddannelseslægerne med henblik på læring og kvalitet.

Patientens henvendelsesmuligheder

På spørgsmålet om, hvem patienten skal kontakte ved eventuelle spørgsmål til en ydelseskvittering (Call to Action), er der bekymring for, hvad man sætter i gang og hvor mange spørgsmål ydelseskvitteringer vil genere. Det er uundgåeligt, at spørgsmål til en ydelseskvittering skal rettes mod den pågældende læge, omvendt er der tilslutning til at man ikke reklamerer for meget om, hvem og hvordan man skal kontakte.

Synspunkter fra speciallæger

Åbenhedsformålet

Behovet for en eventuel digital ydelseskvittering er ifølge speciallægerne alene rejst af regionerne / RLTN, og der er ingen patienter, der efterspørger åbenhed på dette område: "Der er ikke noget behov. Der er ingen patienter, der spørger til det. Behovet er rejst fra andre." og "Jeg har aldrig fået spørgsmål. Det er ikke forbi, patienter er bange for mig og ikke tør spørge. Selv de patienter, som er sure og aggressive [...] spørger ikke ind til det."

Patientens forståelse

Lægerne mener, at åbenhed omkring ydelser alene ikke vil kunne forstås af patienterne: "Hvis man kun viser ydelseskvitteringen, forstår patienten ikke meget af det." og "Det er dog svært for patienter at få ydelser til at give mening. Det giver mere mening at offentliggøre notater." Af den grund er det nødvendigt at supplere informationer om ydelser med notater. Speciallægerne tilkendegiver, at deres notater er anderledes end notaterne fra de praktiserende læger, og man derfor ikke kan sidestille et notat fra en speciallæge og et notat fra en praktiserende læge: "De praktiserende læger har jo en livslang relation til deres patienter, mens vi har kortere forløb. Af den grund er det andre slags notater end dem, som vi skriver."

Tilskud og pris

Den overvejende holdning er, at det er etisk problematisk, hvis der kommer pris på. Det er ifølge speciallægerne de svage, de socialt udsatte, som man udstiller med en digital ydelseskvittering, særligt hvis der er pris på. Det giver en endnu større social ulighed, hvis disse patienter skal føle, at de "trækker mest på samfundet."

Forebyggelsesformålet

Speciallægerne er ganske tydelige i deres mening om, hvorvidt en eventuel digital ydelseskvittering vil være et relevant tiltag til at forebygge bevidst fejlafregning: Dels mener lægerne, at der allerede er alternativer til at identificere de læger, der bevidst fejlafregner, dels mener de, at de som organisation har iværksat flere initiativer, der har bidraget til at reducere

fejlfregning generelt. Af den grund er der ingen af de interviewede speciallæger, der ser en ydelseskvittering som et relevant tiltag for at forebygge et problem hos ganske få speciallæger.

Tillid

Ydermere mener de adspurgte speciallæger, at man ikke kan tildele patienten rollen som "kontrollant og politimand." Det kommer til at skabe mistillid mellem patient og læge, det vil give et brud på tilliden mellem patient og læge, og det vil stille spørgsmål ved 99,9% af de læger, der ikke bevidst fejlfregner. Lægerne mener, at det er så få sager, at det drejer sig om, at man løser problemet med en for omfangsrig løsning.

Tidsperspektivet

I forhold til tidsperspektivet i en digital ydelseskvittering mener speciallægerne, at patienten skal have den så tæt på som muligt ift behandlingen hos speciallægen: "De skal have ydelseskvitteringen med det samme" og "Jo længere tid, der går fra kontakten til at man modtager kvitteringen, jo mere forvirrede bliver patienterne." En af speciallægerne mener dog, at kvitteringen først kan deles med patienten, når den er valideret af regionen.

Blandt speciallæger er der en varians i, hvornår ydelser bliver registreret i forbindelse med kontakten. Det drejer sig fx om situationer, hvor ydelsen startes op af klinikpersonale én dag og afsluttes af speciallægen en anden dag: "Hos mig kan der gå op til en måned, før end ydelsen bliver registreret; det gælder særligt de tilfælde, hvor det er sygeplejersken, der giver nogle ydelser. I mit LPS-system er der forskel på at registrere notater og på at registrere ydelser." og "Det er ikke muligt at give patienten en ydelseskvittering dagen efter besøget." Der er dog flere af speciallægerne, der noterer ydelserne med det samme, eller senere samme dag.

Patientens henvendelsesmuligheder

På spørgsmålet om, hvem patienten skal kontakte ved eventuelle spørgsmål til en ydelseskvittering, er det holdningen, at patienten først må henvende sig til lægen, som kan forklare baggrunden for den enkelte ydelse. Der er dog en stor bekymring for, at sådanne henvendelser vil tage meget tid, som ellers kunne bruges til at behandle patienter.

3.4 Konklusion

Det er den overordnede holdning, at en digital ydelseskvittering skal etableres ensartet for praktiserende læger og for speciallæger: Samme information og samme tidspunkt for afsendelse, uagtet om man har været hos praktiserende læge eller speciallæge. De praktiserende læger og speciallæger har en overvejende skeptisk holdning til værdien af en digital ydelseskvittering til patienter. De fleste læger mener, at behovet for åbenhed om afregning alene kommer fra regionalt hold, og ikke et behov, som patienterne er kommet med. En af de praktiserende læger har selv efterlyst en digital ydelseskvittering, idet den er væsentlig for at genoprette tilliden mellem praktiserende læger og regioner.

I forhold til hvilke data, der skal deles, er der enighed om at dele ydelses-/honorar-tekster, dog oversat eller forsimplet, så patienterne kan forstå det. Der er overvejende enighed om at udelade pris af hensyn til etiske årsager. Der er divergerende holdning til, hvorvidt notater kan og bør deles: Speciallægerne har aftalt at dele journalnotater i Sundhedsjournalen, mens praktiserende læger ikke vil dele journalnotater, idet de praktiserende lægers notater indeholder andet end sundhedsrelaterede notater. Langt de fleste læger mener ikke, at patienten skal agere kontrollant for lægen.

Hvis den digitale ydelseskvittering skal have en funktion i forhold til forebyggelse, er lægerne enige om, at den skal komme hurtigt efter konsultationen. Der er dog stor varians i, hvornår ydelser registreres; tidstro registrering vil derfor fordrer betydelige arbejdsmæssige ændringer. Primært fordi der skulle stilles krav om hyppigere afregning med en daglig eller ugentlig frekvens. I modsætning til aktuelle arbejdsrutiner, hvor praktiserende læger typisk afregner på ugebasis og speciallæger på månedlig basis. Endvidere skulle behandlingstiden hos regionerne også nedsættes. Speciallægerne mener, at kvitteringen først kan sendes, når regionen har valideret og godkendt regningen. Samtidig anerkender man nødvendigheden af, at kvitteringerne helst skal komme kort tid efter konsultationen. Hvis begge dele skal indfries, kan det medføre, at behandlingstiden i både klinikker og hos regionerne må nedsættes. Alternativt må man leve med, at kvitteringerne kommer flere uger efter kontakten.

Holdninger fra de praktiserende læger og speciallæger til de forskellige elementer af en digital ydelseskvittering er gengivet i figuren nedenfor:

	Ja tak	Neutral	Nej tak
Besked med det samme	●		
Først besked ved godkendelse	S		P
Oplysninger om "ydelse"	●		
Oplysninger om "pris"		P	S
Deling af notater	S		P
Patienten som kontrollant			●

P = Praktiserende læger / S = Speciallæger / Sort = Begge

De praktiserende læger og speciallæger har en høj bevidsthed og ønske om, at man som læge og som forening skal gøre alt, hvad man kan, for at undgå fejlafterregning. Begge lægegrupper beskriver, hvad man allerede har sat i værk - og vil sætte i værk - for at dæmme op for problemet. De fleste læger mener dog ikke, at en digital ydelseskvittering kan forebygge problemet. De to læger, der er mere positive overfor den digitale ydelseskvittering, anser, at den kan bidrage til at undgå fejlafterregning.

4: Regionerne

Kapitlet gennemgår grundlag og metode for inddragelse af regionerne og Danske Regioner. Herefter følger en konklusion på regionernes og Danske Regioners holdninger til en digital ydelseskvittering, der understøtter åbenheds- og forebyggelsesformålet.

4.1: Grundlag

Konsulenterne har efter aftale med projektgruppen inddraget regionerne gennem afklaringsmøder med udvalgte regionale kontrolfunktioner i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, LUNA-programledelsen samt Danske Regioners Center for Økonomi, Sammenhæng og Aftaler.

4.2: Fremgangsmåde

Dialogen med regionerne og Danske Regioner er gennemført som semistrukturerede afklaringsmøder med udgangspunkt i en spørgeguide, der er tilsendt forinden. Deltagerne er bl.a. blevet spurgt om forholdene for den nuværende regionale kontrolopgave, herunder eksisterende kontrolmekanismer i forhold til korrekt ydelsesafregning, samt holdninger til om en eventuel digital ydelseskvittering til patienter vil kunne understøtte formålene om åbenhed til patienterne og forebyggelse af fejl i ydelser i almen praksis og blandt speciallæger. Regionerne og Danske Regioner er i skitseform blevet præsenteret for løsningskoncepter og -modeller bl.a. for at kunne drøfte input til data i en digital ydelseskvittering samt timing for kvitteringen.

Interviewene er suppleret med gennemgang af diverse rapporter, herunder Rigsrevisionen *'Beretning til Statsrevisorerne om aktiviteter og udgifter i praksissektoren'* fra 2012 samt BDOs rapport fra 2021: *'Udvidelse af revisionen - Gennemgang af forretningsgange for kontrol og afregninger til Almen Praksis hos Center for Sundhed'*. Disse to rapporter anvendes som baggrundsmateriale for analysen, da de beskriver udgangspunktet for nogle af de udfordringer hhv. Rigsrevisionen og BDO ser med den regionale kontrol af afregning med praksissektoren. De to rapporter beskæftiger sig ikke specifikt med digitale ydelseskvitteringer. Det skal endvidere bemærkes, at Rigsrevisionens rapport er fra 2012, og at både FAPS og PLO har iværksat/styrket deres tiltag på området siden da, jf. også afsnit 1.6 og 1.7.

4.3: Resultater

Regionernes kontrolopgave

Regionerne har en central opgave med kontrol og styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren, herunder afregninger fra de praktiserende læger og speciallæger. Kontrollen udføres på baggrund af den til enhver tid gældende overenskomst med afsæt i honorartabeller og valideringsregler. Kontrollen foretages i den enkelte region med de ydere, der har praksis/klinik i

den pågældende region. Kontrollen sker via afregningssystemet LUNA, der anvendes i alle fem regioner.

For både speciallæger og praktiserende læger håndteres eventuelle uenigheder om afregning mellem regionen og den enkelte klinik, og sagen kan løftes til Samarbejdsudvalget eller i Landssamarbejdsudvalget ved behov. For speciallægerne kan sager løftes til det regionale Samarbejdsudvalg og/eller til Speciallægelandsamarbejdsudvalget (SSU) ved behov.

Regionerne ønsker ikke fuld åbenhed om deres kontrolforanstaltninger i forhold til klinikkernes afregning, herunder de anvendte algoritmer til overvågning af ydelses- og afregningsmønstre i LUNA. De henviser her til deres myndighedsrolle. Regionerne argumenterer for, at klinikkerne og lægesystemerne har adgang til at kende og implementere reglerne for ydelsesregistrering og afregning.

Det er regionernes forventning, at en digital ydelseskvittering vil være et værktøj til patienterne til at skabe åbenhed, forebygge bevidste fejl i afregningen samt gøre patienterne i stand til at finde eventuelle ubevidste fejl i ydelsesregistreringen.

Revisionsrapporter

Den regionale styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren, herunder den regionale kontrolopgave, er bl.a. beskrevet af Rigsrevisionen og BDO. Heri beskrives rammevilkår og nogle af de styringsmæssige udfordringer for den regionale kontrolopgave:

Rigsrevisionen har vurderet aktiviteter og udgifter i praksissektoren og har i den forbindelse blandt andet konkluderet:

“Det er ... Rigsrevisionens vurdering, at de eksisterende rammer gør det vanskeligt for regionerne at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Der er således behov for ændrede rammer, der giver regionerne bedre styringsmuligheder. Bl.a. er der behov for at forbedre regionernes muligheder for at kontrollere og følge op på de ydelser, der leveres.”

Rigsrevisionen: Beretning til Statsrevisorerne om aktiviteter og udgifter i praksissektoren, august 2012, side 2.

Tilsvarende anbefaler BDO:

“Det må anbefales regionen og dennes repræsentanter ved fremtidige overenskomstfastlæggelser at arbejde for fastsættelse af et kontrolniveau både egenkontrol, ekstern kontrol regionens kontrol, som står i bedre sammenhæng med, hvad der iøvrigt ses udbetaling offentlige midler.”

BDO: Udvidelse af revisionen - Gennemgang af forretningsgange for kontrol og afregninger til Almen Praksis hos Center for Sundhed, 18.11.2021, side 3.

Regionernes ansvar

Det overordnede ansvar for regionernes forsyningspligt og økonomiansvar for praksissektoren er bestemt i Sundhedsloven (for praktiserende læger bl.a. § 60 og for speciallæger bl.a. §64), og de specifikke rammer og krav til styringen fastsættes i aftaler mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og hhv. PLO og FAPS. Danske Regioner spiller således som forhandlende part en central rolle i analysen og indgår derfor også i analysens projektgruppe.

4.4: Konklusioner

Overordnet konklusion

Regionerne og Danske Regioner ser positivt på en ydelseskvittering til borgere efter behandling hos egen praktiserende læge og speciallæge. Det er aftalt at gennemføre et udredningsarbejde vedr. ydelseskvitteringer i overenskomsten med FAPS og tidligere blevet foreslået ifm. overenskomstforhandlinger med PLO. En ydelseskvittering vil ifølge regionerne være redskab til borgerne til at skabe transparens og øge oplysningsniveauet efter besøg hos egen læge eller speciallæge, men primært ser regionerne, at ydelseskvitteringen kan fungere som en præventiv foranstaltning ifm. lægernes ydelsesregistrering og afregning med regionen. Regionerne mener, at man eventuelt bør lade sig inspirere af de kvitteringer, der gives til borgerne efter endt behandling hos tandlæger og fysioterapeuter, hvor borgerne umiddelbart efter endt behandling modtager information om, hvilke ydelser lægen/behandleren har registreret.

Den digitale ydelseskvittering bør ifølge Danske Regioner og regionerne vises til patienten så hurtigt som muligt efter konsultationen og registreringen af ydelserne, og kvitteringen kan eventuelt blive opdateret, når regionen har valideret afregningen. Tid er en afgørende faktor, hvis patienter skal opdage og være i stand til at huske eventuelle fejl i ydelsesregistreringen. Der udtrykkes dog en mindre bekymring for at give patienter adgang til ydelsesoplysninger, der endnu ikke er behandlet/afregnet med regionen, da ændringer i ydelserne efter den regionale kontrol vil kunne afstedkomme ændringer i den digitale ydelseskvittering og medvirke til forvirring blandt nogle patienter. Oplysninger om ydelser er det primære, mens honoraroplysninger (pris) kan indgå i den digitale ydelseskvittering, hvis det ønskes. En ydelseskvittering bør også suppleres med et samlet ydelsesoversigt, så borgere kan få overblik over alle ydelserne hos almen praksis og speciallæge. En ydelsesoversigt er også et godt supplement til selve kvitteringen, da den umiddelbare kvittering fra lægesystemet ikke nødvendigvis svarer til den endelige honorering.

Åbenhedsformålet

En ydelseskvittering vil sikre transparens og give borgerne mulighed for at fungere som en indledende kontrolforanstaltning. Det vil give borgerne mulighed for at reagere på ydelser, de ikke mener, de har modtaget. Det skal afklares, hvorvidt og hvordan borgeren skal kunne godkende den enkelte ydelseskvittering. Dog vurderer regionerne og Danske Regioner, at det er en naturlig opgave for den enkelte læge at forklare den enkelte patient, hvilke ydelser han/hun har modtaget.

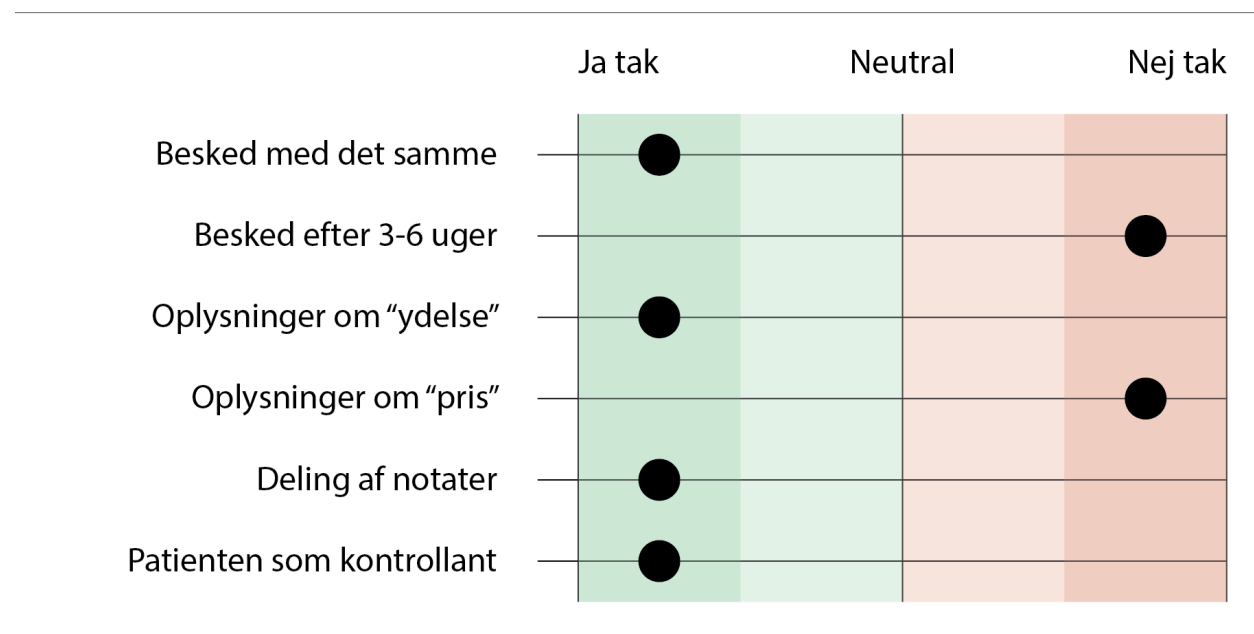
For at sikre den nødvendige åbenhed bør en digital ydelseskvittering indeholde en borgernær forklaring af, hvad den enkelte ydelse dækker over. Ydelseskvitteringen bør ifølge regionerne gives til borgeren umiddelbart efter konsultationen. Den skal således ikke afvente regionens endelige kontrol af afregningen. Det vigtigste er information til borgerne om selve ydelserne – ikke prisen, mens nogle mener, at en pris vil kunne give borgeren en indikation af, om de ydelser, lægen af registeret, er store eller små.

Forebyggelsesformålet

Der er udfordringer med det nuværende kontrolsystem, hvilket også Rigsrevisionen tidligere har påpeget. Regionen kan ved kontrol af afregning validere for sandsynligheder og afvigelser, men har meget begrænset indblik i, hvilke ydelser patienterne reelt har fået - dette afhænger delvist af, om der er tale om almen praksis eller speciallæger.

I det nuværende tillidsbaserede system vurderes der ikke at være tilstrækkelige redskaber til at finde fejl i afregningen. Her vil en digital ydelseskvittering kunne hjælpe præventivt i og med, at lægerne ved, at borgerne har nem og hurtig adgang til de ydelser, lægen har registreret. Dette anses som det primære formål med den digitale ydelseskvittering - det gælder både i forhold til bevidste og ubevidste afregningsfejl. Ydelseskvitteringen skal således ses som et supplement til andre initiativer, der skal forbedre afregningen med almen praksis og speciallæger, fx. yderligere forbedringer i lægesystemerne, bedre kommunikation og uddannelse til læger i forhold til korrekt ydelsesregistrering ifm. indgåelse af overenskomst.

Danske Regioners og regionernes synspunkter er visuelt opsummeret i nedenstående figur. I de tilfælde, hvor der har været nuanceforskelle i synspunkter fra hhv. Danske Regioner og de adspurgte regioner, er Danske Regioners udmelding vægtet højest.

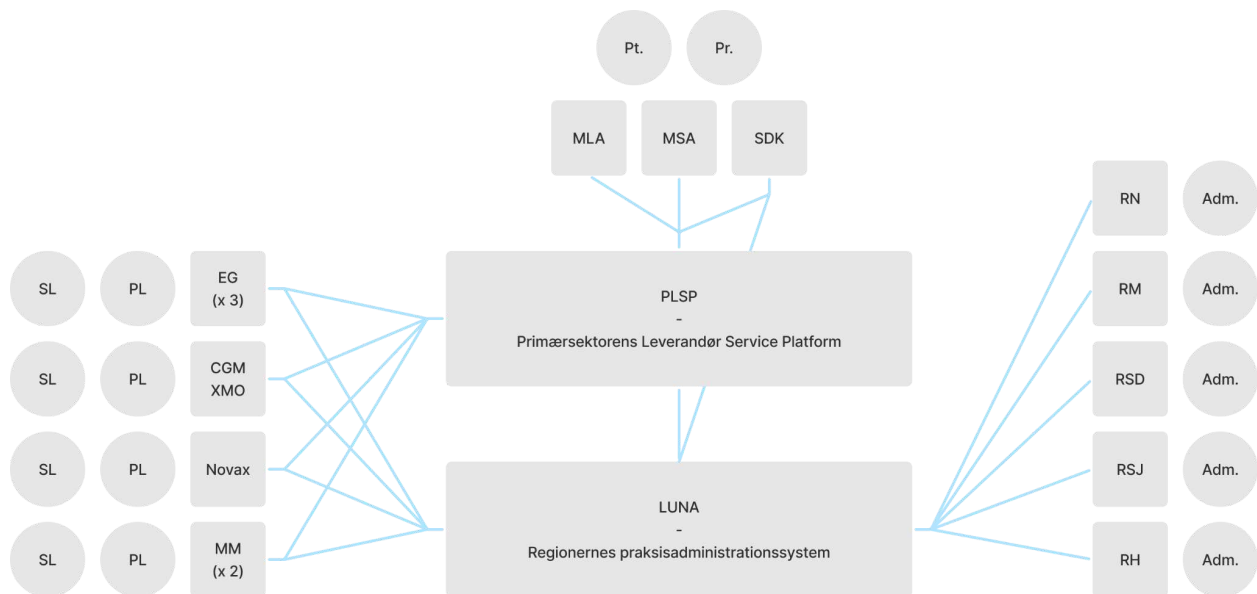


5: Systemer og data

I dette afsnit gives en beskrivelse af de systemer og data, som er i spil, hvis man beslutter at implementere digitale ydelseskvitteringer til patienter. Beskrivelsen holdes på konceptuelt niveau i denne foranalyse. De specifikke tekniske detaljer for de respektive systemer, datakilder og integrationer skal specificeres nærmere i et evt. kommende implementeringsprojekt.

5.1: Overblik

Der er en række systemer og brugergrænseflader i spil, når det handler om digital ydelsesregistrering og afregning i udvekslingen mellem patienter, læger, klinikker og regioner. Disse fremgår på konceptuelt niveau i denne figur:



I toppen af figuren ses en cirkel for patienter (Pt) og pårørende (Pr). Som brugere betragtet har patienter (mindst) tre brugergrænseflader at forholde sig til i denne sammenhæng: Min Læge app (MLA), Min Sundhed app (MSA) og sundhed.dk (SDK). Når der er tale om at modtage notifikationer, er det primært de to app's, der er i spil.

I venstre side af figuren ses cirkler for speciallæger (SL) og praktiserende læger (PL). Som brugere betragtet har lægerne (både speciallæger og praktiserende læger) først og fremmest deres lægesystem at forholde sig til. Det er her, bookinger, ydelser, notater og regninger registreres og administreres. PLSP er serviceplatform på tværs af lægesystemerne og udstiller i nogle tilfælde også web-visninger (fx af aftaledata), som lægerne kan tilgå via single sign-on fra deres lægesystem. De firkantede kasser i venstre side af tegningen repræsenterer de leverandører og lægesystemer, som aktuelt er i spil. Der er tale om fire leverandører og syv systemer. EG ejer

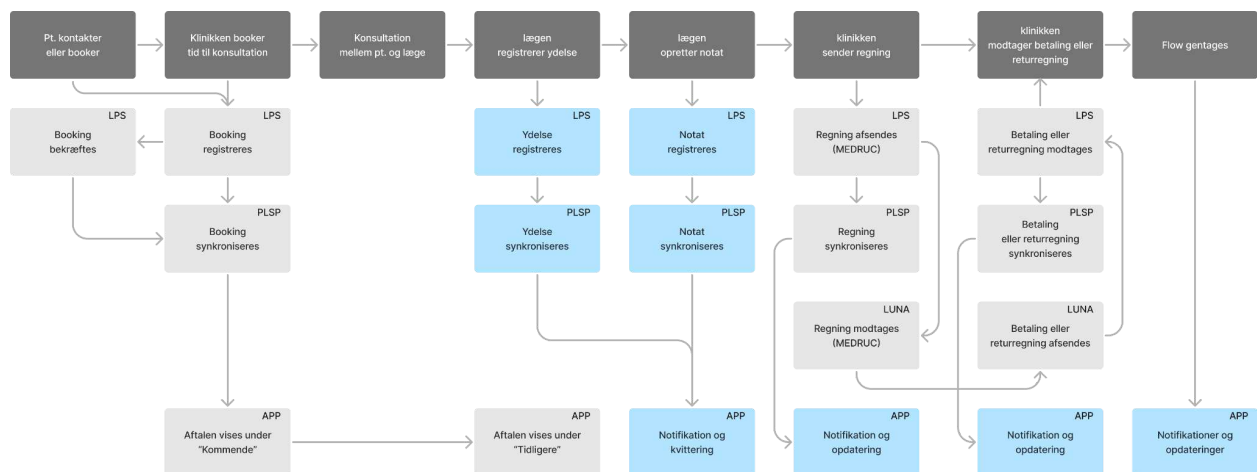
aktuelt tre systemer, hvoraf det ene er ved at blive udfaset. MultiMED (MM i figuren ovenfor) ejer to systemer.

I højre side af figuren ses cirkler for de administrativt ansvarlige i hver af de fem regioner. Som brugere betragtet har de hver deres adgang til LUNA (regionernes fælles praksisadministrationssystem), og det er via LUNA, at de administrerer (godkender, kontrollerer og afviser) regninger (for overenskomstmæssige ydelser) fra klinikkerne.

De blå streger i figuren repræsenterer snitflader mellem de enkelte systemer. For lægesystemernes vedkommende er der aktuelt etableret webservices til PLSP, som håndterer den dataudveksling, som er nødvendig i forhold til Min Læge app. En stor del af den infrastruktur, som er nødvendig ved en kommende implementering af ydelseskvitteringer er således allerede etableret, hvad angår lægesystemer, PLSP og Min Læge app. Hele notifikationslogikken er også etableret. Hvis ydelseskvitteringer også skal vises i Min Sundhed app, skal der etableres snitflader mellem PLSP og sundhed.dk for at understøtte dette.

5.2: Workflow

Det samlede workflow for en potentiel digital ydelseskvittering (inkl. både brugerhandlinger og systemhandlinger) ser således ud på konceptuelt niveau:

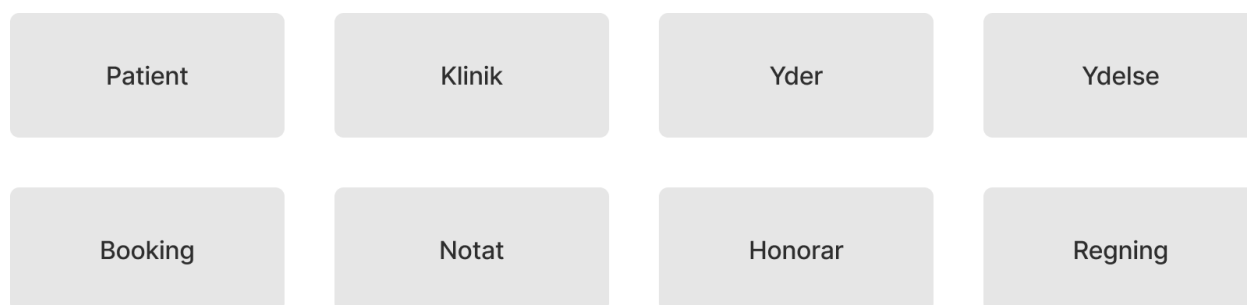


De lyseblå kasser i figuren viser de elementer, som kan blive en realitet ved introduktion af ydelseskvitteringer afhængigt af, hvilken løsningsmodel man måtte vælge. Den øverste række i figuren viser brugerhandlingerne (patientens, klinikens og lægens). Række 2 i figuren viser systemhandlingerne i lægesystemet for hver brugerhandling. Række 3 i figuren viser systemhandlingerne på PLSP, svarende til systemhandlingerne i lægesystemet. Række 4 i figuren viser udvekslingerne mellem lægesystemet og LUNA (primært forankret i udvekslinger af regninger i [MEDRUC-format](#)). Den nederste række i figuren viser de oplysninger, notifikationer og opdateringer som fremgår for patienter (og pårørende) i Min Læge app.

Når parterne beslutter, hvorvidt digitale ydelseskvitteringer skal implementeres, skal man tage stilling til, om patienterne skal modtage notifikation og opdatering, hver gang der sker noget nyt i forhold til en ydelse. Hvis man vælger en løsningsmodel (se kapitel 6), hvor kvittering sendes allerede ved registrering af ydelsen, så er der potentielt en række trin herefter, hvor man kan vælge at sende notifikationer og opdateringer til patienten; ved afregning, ved godkendelse (eller afvisning) og ved evt. fremsendelse af ny regning på en ydelse, hvor tidligere regning er blevet afvist af regionen. Herfra vil flowet omkring godkendelse og afvisning gentages.

5.3: Datagrundlag

Der er en række logiske grundelementer i det datagrundlag, som kan understøtte ydelseskvitteringer i forhold til patienterne. Disse fremgår af denne figur:



Alle de nævnte elementer indgår i den samlede datamodel for en patients journal, kombineret med de mere administrative moduler i lægesystemerne. Hovedparten af elementerne er også repræsenteret på PLSP, dvs. lægesystemernes samlede serviceplatform. At elementerne også er repræsenteret på PLSP har været nødvendigt i forbindelse etableringen af Min Læge app, og en række andre udviklingstiltag på tværs af lægesystemerne. De elementer, som specifikt vedrører ydelser (ydelse, honorar, regning), har ikke tidligere været delt mellem lægesystemerne og PLSP. Dette er dog ved at ske for praktiserende lægers vedkommende. Det er forventningen, at PLSP i løbet af Q3 2022 kan stille en webløsning til rådighed for praktiserende læger, hvor de kan få adgang til aggregerede visninger af deres ydelsesdata og afregninger.

Konsulenterne har ikke detailkendskab til denne webløsning, men den vurderes at kunne danne datamæssigt grundlag for digitale ydelseskvitteringer i relation til almen praksis. Det skal i et implementeringsprojekt afklares nærmere, om datagrundlaget er dækkende, og det skal afklares, om man vil gennemføre en tilsvarende dataopsamling for speciallægenes vedkommende. Særligt krav til etablering af en digital ydelseskvittering umiddelbart efter lægens registrering af ydelsen vil stille krav til datagrundlag og opsamling af ydelsesoplysninger i lægesystemerne, der ikke alene genereres ud fra afregningsfiler.

I tabellen nedenfor gives en kort beskrivelse af hver af de logiske dataelementer.

Patient	Patienten identificeres med CPR-nummer, navn, adresse mm. Unikke ID'er (GUIDs) for patienten findes i både lægesystemet og PLSP, sådan at patienter kan identificeres uden unødvendig udveksling af CPR-nummer. Både lægesystemerne og PLSP har adgang til at foretage opslag i CPR-registeret.
Klinik	Klinikken identificeres med unikke ID'er (GUIDs), som gør det muligt med entydig klinik-identifikation mellem lægesystemet og PLSP. Der er knyttet en række medarbejdere op til klinikken (disse er også identificeret med unikke ID'er).
Yder	Enhver registreret ydelse er knyttet til en yder (en person med ydernummer, her en praktiserende læge eller speciallæge). Denne yder er registreret i yderregisteret, som indeholder oplysninger om alle ydere, der udøver virksomhed iht. Lov om Offentlig Sygesikring. Lægesystemerne knytter ydernumre til unikke medarbejder-ID'er i klinikken. Denne kobling er også tilgængelig for PLSP (for praktiserende lægers vedkommende). Både lægesystemerne og PLSP har adgang til at foretage opslag i yderregisteret.
Ydelse	Alle ydelser har unikke ID'er og beskrivelser. For praktiserende lægers vedkommende skelnes mellem grundydelse og tillægsydelse. Lægesystemerne har implementeret disse som grundlag for ydelsesregistrering og afregningsfunktionalitet til deres kunder. Praktiserende lægers ydelser er formentlig implementeret i PLSP jf. tidligere nævnte udviklingsprojekt. Noget tilsvarende skal gøres for speciallægers ydelser. Pr. speciale.
Honorar	Alle ydelser har honoraroplysninger tilknyttet. Praktiserende lægers honorarer pr. ydelse er formentlig implementeret i PLSP jf. tidligere nævnte udviklingsprojekt. Noget tilsvarende skal gøres for speciallægers honorarer. Pr. speciale.
Regning	Regninger registreres med 1 til flere ydelser (fx også grundydelse og tillægsydelse) i lægesystemet og afsendes til LUNA med anvendelse af MEDRUC-standarden. Disse meddelelser (eller metadata vedr. disse) kan synkroniseres med PLSP. Der kan evt. også etableres snitflader mellem lægesystemerne og PLSP, som ikke er baseret på MEDRUC, men fx RESTFUL API'er .
Booking	Hvis man vælger en løsningsmodel, som ikke direkte er baseret på ydelsesdata, kan booking af aftaler være et relevant dataelement. Evt. koblet med "P-registrering" (fremmøde og registrering af sundhedskort). Der skal være en "trigger", hvis der skal sende automatisk besked til patienten, og her kan booking være en mulighed.
Notat	Som det ses af afsnit 5.2, så kan man vælge at koble notaterne til ydelseskvitteringen, hvis det ønskes. I nogle tilfælde vil ydelse og notat blive registreret samtidigt af lægen, i andre tilfælde vil de blive registreret på forskellige tidspunkter. Der kan også være tilfælde, hvor der er registreret en ydelse, men ikke et notat.

Se kapitel 7 for en uddybning af nogle af disse elementer, specifikt for løsningsmodel 2.

5.4: Regler og algoritmer

Aftalte regler

Der er en række aftalte regler for, hvordan og hvornår lægerne må anvende og afregne hvilke ydelser. Disse aftales og revideres løbende for hver overenskomst mellem RLTN og hhv. PLO og FAPS. Disse regelsæt er omfattende og i nogle tilfælde komplekse, hvilket medfører, at lægerne og lægesystemerne ikke altid kender eller forstår disse til fulde. Når ydelser og regler ændres fra den ene overenskomst til den anden, tager det tid at implementere disse i klinikkerne og i lægesystemerne, hvilket kan medføre, at der registreres ydelser og afregnes efter forældede ydelsesdefinitioner og regler.

Lægesystemer

Lægesystemerne implementerer et udvalg af de nævnte regler som hhv. "bløde" og "hårde" advarsler til deres kunder. De "bløde" advarsler gør lægen opmærksom på, at vedkommende måske er i gang med registreringer i strid med regler eller vejledninger, men lader lægen gennemføre registreringen, hvis vedkommende ønsker det. De "hårde" advarsler gør opmærksom på, at registreringen er i strid med reglerne, og at den derfor ikke kan gennemføres. Disse advarsler og beslutningsstøtte er ikke altid implementeret ensartet i de enkelte lægesystemer, hvilket medfører risiko for, at klinikkerne ydelsesregistrerer og afregner forskelligt afhængigt af hvilket lægesystem, de anvender. Endvidere rapporterer leverandørerne af lægesystemer også, at deres kunder typisk ikke ønsker de "hårde" advarsler implementeret, men gerne "blød" beslutningsstøtte til fx. at koble grundydelse med tillægsydelse(r) eller laboratorieværdier med ydelser ifm. ydelsesregistrering. Det skal bemærkes, at lægesystemerne gerne vil bidrage til fælles regler og implementering, for at understøtte korrekt afregning for deres kunder, og korrekt forvaltning af gældende overenskomst. Det gør det også nemmere for leverandørerne at supportere klinikkerne, da de enkelte lægesystemer jo anvendes på tværs af regionerne.

PLSP

Hvis man vil sikre en ensartet fortolkning og implementering af de grundlæggende regler for ydelsesregistrering og afregning, er det oplagt at udstille disse som services på PLSP. Det kan fx være regler for, hvilke tillægsydelser, der kan/må kobles til hvilke grundydelse. Det kan også være regler for fordeling mellem fx telefonkonsultationer og videokonsultationer. De enkelte lægesystemer kan så abonnere på disse services, og man kan på den måde sikre, at reglerne overholdes og implementeres ensartet på tværs af lægesystemerne. Der pågår aktuelt et arbejde med at identificere de mest gængse regler for praktiserende lægers vedkommende. Noget tilsvarende kan iværksættes for speciallægers vedkommende.

LUNA

I LUNA-sammenhæng kan man konceptuelt skelne mellem "fartgrænser" og "fartkontrol". "Fartgrænser" skal forstås sådan, at der er tale om officielle regler, som skal være kendte og

forståelige for dem, der skal overholde dem. Dvs. lægerne og dermed også lægesystemerne, som skal understøtte lægernes korrekte ydelsesregistrering og afregning. "Fartkontrollen" kan forstås som interne kontrolmekanismer i LUNA, som ikke skal være kendte af lægerne og lægesystemerne. Dette svarer til en kameravogn, som er opstillet et sted, som bilisterne ikke kender på forhånd. Regionerne lægger i denne sammenhæng vægt på deres myndighedsrolle og kontrolopgave, og de har derfor brug for mekanismer, som ikke deles med andre. Det kan være forskellige analyser af afregningsdata, som automatisk sætter "et flag", hvis en klinik afviger markant fra det typiske afregningsmønster for tilsvarende klinikker. Det kan også være ifm. fokus på specifikke områder i Overenskomsten, fx. kronikeropfølgning.

5.5: Forvaltning

PLO, FAPS og systemleverandørerne efterlyser fælles regelsæt og måske ligefrem fælles forvaltning af ydelses- og afregningsregler på tværs af lægesystemer, PLSP og LUNA. Argumentet er, at de nuværende "lokale implementeringer" af overenskomster, ydelseskataloger og regler pr. lægesystem og pr. region medfører en u hensigtsmæssig mangfoldighed af fortolkninger og dermed fejlkilder. Regionerne er umiddelbart tilbageholdende med at gå ind i sådan et samarbejde, fordi de ser en risiko for, at "åbne bøger" på dette område vil udfordre deres myndighedsrolle og kontrolopgave samt vil kunne medføre u hensigtsmæssig 'ydelsesoptimering'.

Et muligt kompromis mellem disse synspunkter kan ligge i den ovenstående skelnen mellem "fartgrænser" og "fartkontrol". Når det handler om "fartgrænser" er det i alles interesse, at disse er kendte og implementeret ensartet af alle involverede aktører. Dette vil reducere fejl, misforståelser og udfordringer med forskelligartet registrerings- og kontrolpraksis på tværs af lægesystemer og regioner. Her vil en fælles kommunikationsindsats mellem PLO/FAPS og Danske Regioner/regionerne over for lægerne, fx. ifm. indgåelse af ny Overenskomst, kunne medvirke til en mere ensartet forståelse for de (regler for) ydelser, der aftales i Overenskomsten. Når det handler om "fartkontrol" er det oplagt, at regionernes ønske om at køre med "lukkede bøger" må respekteres. Man kunne iværksætte en fælles aktivitet i samarbejde mellem PLO, FAPS, leverandører og regioner, hvor man blev enige om, hvilke regler og algoritmer, der skal kategoriseres som "fartgrænser". Herefter kunne man etablere en fælles forvaltningsgruppe med ansvar for at implementere og løbende opdatere disse regler i lægesystemer, PLSP og LUNA.

6: Løsningsmodeller

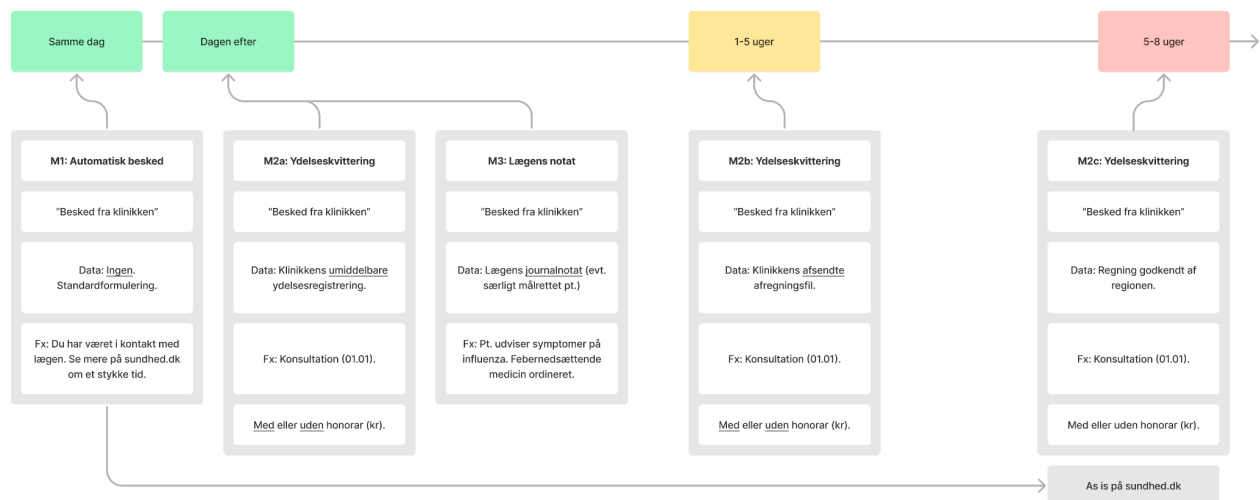
I dette kapitel beskrives de forskellige løsningsmodeller, som er identificeret i foranalysen. Disse løsningsmodeller adskiller sig fra hinanden ud fra deres datagrundlag. Model 1 indebærer ingen reelle data. Model 2 er baseret på ydelsesdata. Model 3 er baseret på journalnotater.

6.1: Introduktion

På baggrund af interviews, spørgeskemaer og dialog med hhv. FAPS, PLO og Danske Regioner, er der identificeret tre potentielle løsningsmodeller. Disse modeller er forskellige, hvad angår de oplysninger, som formidles til patienterne. Når man kobler de forskellige typer af indhold med tidspunktet for afsendelse af kvitteringerne (afhængigt af de krav man stiller til validiteten af oplysningerne), opstår der nogle variationer. Dette udfoldes i de følgende afsnit.

6.2: Løsningsmodeller i overblik.

De tre løsningsmodeller er tegnet ind i en tidslinje i figuren nedenfor. Figuren viser tre forskellige variationer af model 2, som er baseret på ydelsesdata. Disse er tegnet ind som 2a, 2b og 2c i tidslinjen.



Det er først og fremmest kravet til validering/godkendelse af oplysningerne i ydelseskvitteringen, som medfører et tidsspænd på op til 8 uger i de 3 løsningsmodeller. Hvis man stiller krav om, at afregningen af ydelser skal være godkendt af regionen, før en ydelseskvittering kan sendes, så kan behandlingstiden i visse tilfælde være 8 uger efter selve kontakten med klinikken, særligt for speciallægers vedkommende. Dette er tilfældet for den nuværende løsning, "Mine Konsultationer" på sundhed.dk. Hvis en ydelse fra en speciallæge fx udføres medio april, vil den typisk først blive afregnet ultimo maj. Hertil skal lægges den tid, som regionen bruger på kontrol og godkendelse af

regningen samt eventuel efterfølgende behandling af afregning i klinikken. I sådanne tilfælde kan behandlingstiden være ca. 8 uger.

6.3: Model 1 / Standardbesked

Denne løsningsmodel indebærer, at patienten modtager en notifikation umiddelbart efter kontakten med klinikken. Det kan være samme dag eller dagen efter. Beskeden rummer ingen reelle data, men giver bare brugeren en besked à la denne: 'Du har været i kontakt med lægen/klinikken (ordlyden kan varieres for hhv. praktiserende læge og speciallæge). Du kan se flere oplysninger om dette på sundhed.dk i løbet af ca. 45 dage.'

Oplysninger	Beskeden rummer ingen reelle data. Der er tale om generelle formuleringer, som kan anvendes uafhængigt af specifikke ydelser. Modellen er ret tæt på "status quo", da beskeden henviser til oplysninger, som allerede idag er tilgængelige på sundhed.dk i 'Mine Konsultationer'.
Tidsperspektiv	Den primære fordel ved denne model ligger i, at den kan sendes automatisk til brugeren i umiddelbar tilknytning til kontakten med klinikken.
Implementering	Modellen er simpel at implementere i både Min Læge app og Min Sundhed app. Den kan baseres på den notifikationslogik, som allerede er tilgængelig i de to app's. Der kan dog være udfordringer med ydelser, som ikke er knyttet op på en aftale/booking eller fremmøde i klinikken, fordi der i disse tilfælde kan mangle en "trigger", som afsendelse af beskeden kan knyttes op på. En nærmere vurdering af, hvor stor en del af de relevante kontakter, man reelt kan dække med denne model, ville kræve en fokuseret afdækning af datagrundlaget i samarbejde med lægesystemerne og PLSP. Eller en beslutning om at "nøjes" med fx fremmøde-registreringer og bookinger, og lave en pilotafprøvning på dette grundlag.
Åbenhedsformål	Åbenhedsformålet imødekommes i en vis grad, da patienterne huskes på deres kontakt med klinikken, og gøres opmærksom på de oplysninger, som bliver tilgængelige på sundhed.dk.
Forebyggelsesformål	Forebyggelsesformålet imødekommes kun i lav grad, fordi der henvises til oplysninger, som først er tilgængelige flere uger efter patientens kontakt med klinikken. Læger, som kunne finde på bevidst at fejlregistrere ydelser og afregning vil formentlig ikke føle behov for at ændre adfærd pga. dette.

6.4: Model 2 / Ydelseskvittering

Denne model er baseret på de ydelsesdata, som registreres af lægen for hver overenskomst-mæssig ydelse til patienter i klinikken. Disse ydelsesdata rummer oplysninger om "emne" og om "honorar", altså regionens betaling til klinikken for den respektive ydelse. Modellen kan inkludere eller ekskludere oplysninger om honoraret.

Se nøjere beskrivelse i tabel på næste side.

Oplysninger	Denne model baseres på ydelsesdata registreret i klinikkens lægesystem. Grundlaget for disse ydelsesdata findes i PLO's honorartabel og i FAPS' taksttabeller pr. speciale. Man kan anvende betegnelserne heri "as is", eller udarbejde "patientforståelige oversættelser" for hver ydelse.
Tidsperspektiv	Som det fremgår af figuren ovenfor, er der tre varianter af denne løsningsmodel i spil, afhængigt af de krav der stilles til validitet og godkendelse af de registrerede ydelsesdata. Kvittering kan sendes til patienten umiddelbart efter <u>registreringen</u> i lægesystemet (model 2a). Her er tidsperspektivet 1-7 dage efter patientens kontakt med klinikken. Alternativt kan kvittering sendes til patienten, når klinikken har sendt <u>regning</u> til regionen (model 2b). Her er tidsperspektivet 1-5 uger efter patientens kontakt med klinikken. Endelig kan kvittering sendes til patienten, når regionen har <u>godkendt</u> (eller afvist) klinikkens regning for den givne ydelse. Her er tidsperspektivet 5-8 uger efter patientens kontakt med klinikken.
Implementering	Fordelen ved denne model er, at der er tale om strukturerede data, som allerede registreres i lægesystemerne. Der vil dog være brug for centraliseret opsamling af disse data, hvis man skal bruge dem som grundlag for ydelseskvitteringer til patienterne. Dette er under opstart for de praktiserende lægers vedkommende i form af opsamling af afregningsdata på PLSP. En tilsvarende opsamling bliver nødvendig for speciallægenes vedkommende. Opsamlingen kan initieres umiddelbart efter registrering (i klinikken), og der kan sendes opdateringer for de respektive ydelser, når disse afregnes (af klinikken) og godkendes (af regionen). Der kan knyttes "flag" eller metadata til den enkelte ydelse svarende til disse tre opdateringstilstande. En tidlig dataopsamling med stor frekvens (løbende dataopsamling) kræver et større implementeringsarbejde sammenlignet med et datagrundlag, der udelukkende er baseret på valideret afregningsdata.
Åbenhedsformål	Model 2 understøtter åbenhedsformålet i højere grad her end model 1, da patienterne her får specifikke oplysninger om den ydelse, de har modtaget. Hvis man vælger 2a eller 2b, får patienterne også disse oplysninger nogenlunde tæt på det tidspunkt, hvor de modtog ydelsen. Hvis patienterne får besked både ved registrering, afregning og godkendelse (eller afvisning), øges opmærksomheden på de modtagne ydelser, og dermed kvalificeres grundlaget for at tage stilling til, om ydelsen er modtaget.
Forebyggelsesformål	Model 2 understøtter forebyggelsesformålet i højere grad end model 1 i kraft af de specifikke oplysninger, som nævnes i rubrikken ovenfor. Hvis de nævnte opdateringer ved afregning og godkendelse/afvisning inkluderes, må det forventes, at forebyggelsesformålet understøttes yderligere, da viden om dette formentlig vil have forebyggende effekt hos læger og klinikker, som kunne finde på bevidst at registrere og afregne forkert.

6.5: Model 3 / Journalnotat

Denne model er ikke baseret på ydelsesdata, men derimod på lægens notat i tilknytning til en given kontakt eller ydelse. Hvis notatets indhold skal være forståeligt og relevant for patienten, kan det stille krav til lægen/klinikken om at skrive notatet på en "patientvenlig" måde, eller evt.

skelne mellem hhv. interne og patientrettede notater. Notater er ikke nævnt i foranalysens opdrag, men da de efterspørges af Danske Patienter og de adspurgte respondenter (spørgeskema og interviews), fremføres denne løsningsmodel. Den kan kombineres med model 1 eller 2, hvis man ønsker det.

Oplysninger	Datagrundlaget er lægens/klinikkens journalnotater. Der er altså tale om ikke-strukturerede data i fritekst. Disse kan potentielt være meget relevante for patienternes forståelse af deres sundhed, sygdom og behandling. Men der er ingen garanti for, at notaterne er tilgængelige eller forståelige for patienterne, så denne model medfører potentielt ændrede arbejdsgange i klinikken mht. journalføring. For speciallægers vedkommende er der allerede indgået aftale om at dele notater med patienterne via Sundhedsjournalen. For praktiserende lægers vedkommende er der ingen planer om en sådan deling eller anden opsamling af notater.
Tidsperspektiv	Mange læger opretter notatet under eller lige efter en konsultation (eller anden ydelse) med patienten. I disse tilfælde er notatet principielt tilgængeligt for opsamling og deling. Der kan dog også være tilfælde, hvor der slet ikke oprettes et notat, eller hvor dette ikke kan knyttes entydigt til en specifik kontakt eller ydelse. Der kan være andre tilfælde, hvor notatets indhold er uforståeligt, eller slet ikke ønskes delt med patienten.
Implementering	Som nævnt er der allerede indgået aftale om opsamling og deling af speciallægers notater i forhold til Sundhedsjournalen. Dette er ikke tilfældet for praktiserende lægers notater. Hvis man på et tidspunkt blev enige om det, kunne man lave en fælles opsamling af notater på PLSP, og disse kunne så deles med Min Læge app, Min Sundhed app og Sundhedsjournalen på sundhed.dk.
Åbenhedsformål	Model 3 vurderes at understøtte åbenhedsformålet i nogenlunde samme grad som model 2, og i højere grad end model 1. Der er tale om specifikke oplysninger om patienternes sundhed, sygdom og behandling, som i nogle tilfælde vil være mere oplysende og forståelige end ydelsesdata, og i andre tilfælde vil være mindre oplysende eller forståelige. Hvis man skal sikre en konsistent høj grad af relevans og forståelighed, skal der iværksættes en fælles indsats for "patientvenlig formidling" af notater. Kombineres løsningsmodel 2 og 3, herunder patienters adgang til 'forståelige' journalnotater, vurderes åbenhedsformålet at blive yderligere understøttet.
Forebyggelsesformål	Model 3 kan understøtte forebyggelsesformålet i de tilfælde, hvor der kan konstateres en 1:1-kobling mellem specifikke ydelser og notatet. I de tilfælde, hvor denne kobling ikke kan konstateres, vurderes notaterne ikke at have helt samme forebyggende effekt som model 2, simpelthen fordi patienterne ikke kan være sikre på, hvilken ydelse notatet sigter til og dermed ikke kan udfordre klinikken på dette. Hvis man vælger at kombinere model 2 og 3, og dermed inkluderer både ydelse og notat i den digitale kvittering, vurderes det at understøtte forebyggelsesformålet i højest mulige grad.

7: Specifikt løsningskoncept

Dette afsnit tager afsæt i løsningsmodel 2 (ydelseskvitteringen), og forudsætter, at ydelses- og afregningsdata opsamles og formidles via PLSP for både speciallægers og praktiserende lægers vedkommende. Valget af løsningsmodel 2 er ikke i sig selv en anbefaling om at vælge denne løsningsmodel i en evt. implementering. Den er valgt, fordi den er baseret på ydelsesdata, som er det mest dækkende datagrundlag for kvitteringerne. Endvidere var det nødvendigt at udvælge 1 af de 3 modeller som grundlag for overslag og skitseret implementeringsplan i kapitel 8.

7.1: Hvilke data?

De anførte dataelementer i nedenstående tabel forventes at indgå i en ydelseskvittering. Der skal træffes beslutning vedr. særligt honorelementerne.

ID'er	Der vil være flere ID'er knyttet til kvitteringen. Patient ID, Klinik ID, Yder ID, Ydelse ID'er m.fl.
Timestamps	Der vil være flere timestamps (åååå mm dd hh mm) knyttet til en ydelseskvittering. Fx timestamps knyttet til de forskellige stati, som en ydelseskvittering kan have.
Ydelsesemne	Disse dikteres af PLO's honorartabel og FAPS' takstkort (pr. speciale).
Ydeshonorar	Disse dikteres af PLO's honorartabel og FAPS' takstkort (pr. speciale).
Ydelsestype	Der er brug for at skelne mellem basishonorar, grundydelse, tillægsydelse og evt. flere.
Ydelsesrelationer	Der er brug for at knytte relationer mellem ydelsestyper og ID'er. Fx kobling mellem en grundydelse og relevante tillægsydelse.
Ydelsesansvarlig	Typisk den læge eller anden medarbejder i klinikken, som har udført ydelsen. Der kan være brug for at skelne mellem den, der har udført ydelsen, og den der har registreret, afregnet og evt. rettet ydelsen.
Ydelsesstatus	En ydelse kan være registreret, afregnet, godkendt, afvist.
Henvendelse	Mulighed for henvendelse til hhv. klinik og ansvarlig region. Om dette skal indgå specifikt pr. kvittering, eller mere generelt i fx Min Læge-app og Min Sundhed-app, skal afklares. Men det kan være "rettidig omhu" at knytte et specifikt henvendelseselement til kvitteringen.
Patientens indsigt	Er kvitteringen hhv. sendt til og læst af patienten? Har patienten henvendt sig med spørgsmål eller indvendinger?

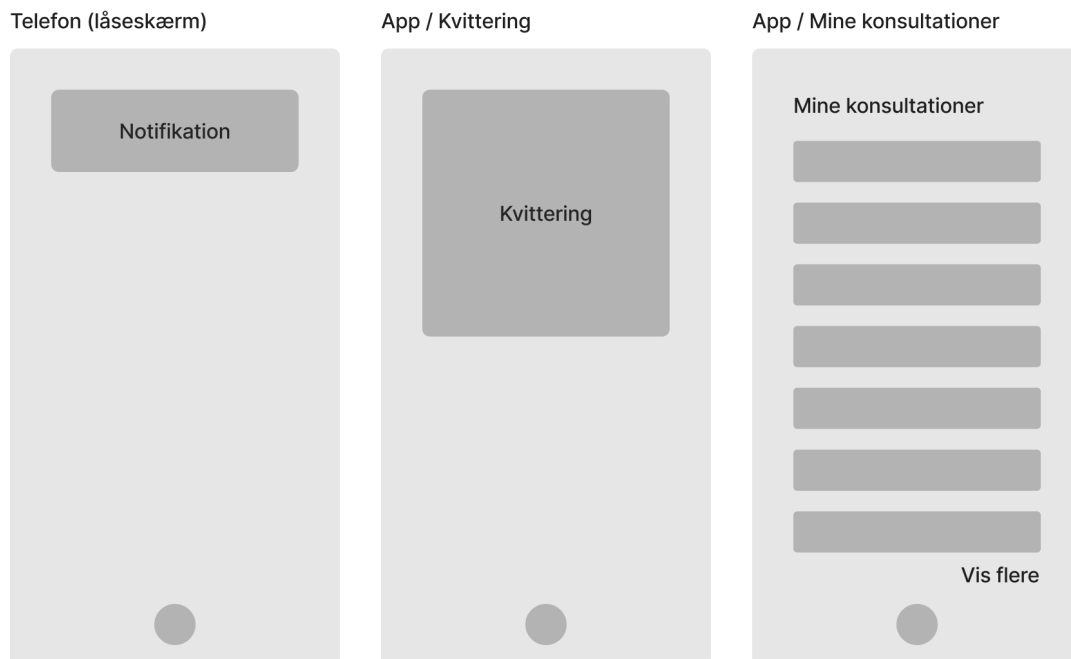
7.2: Brugere

Der er tre typer af brugere: For det første lægerne, som registrerer ydelser og afregner disse i deres lægepraksissystem. For det andet er der patienter og pårørende, som vil modtage notifikationer og ydelseskvitteringer i en eller flere apps. Og for det tredje er der de regionale medarbejdere, som har ansvar for at godkende og udbetale, eller afvise regningerne fra klinikkerne.

7.3: Brugergænseflade

Udgangspunktet er, at patienterne får adgang til ydelseskvitteringerne i Min Læge app. Det er muligt med en tilsvarende implementering i Min Sundhed app. Implementeringen i Min Læge og Min Sundhed kan også medføre behov for "konsekvensrettelser" i "Mine konsultationer" på sundhed.dk.

Ydelseskvitteringen indebærer tre funktionelle elementer, som skal implementeres i den eller de app's, som udvælges af parterne bag analysen:



Bemærk: Der er udarbejdet konkrete forslag til skærbilleder, som er anvendt i interviews med patienter. Disse fremgår af Bilag 1: Figurer og tabeller.

Notifikation

Notifikationen indeholder ingen specifikke eller personfølsomme oplysninger. Dette er ikke muligt af GDPR-hensyn. Den kan fx have en ordlyd som denne: "Der er nyt i Min Læge". Den kan evt. være en smule mere specifik, fx: "Der er nyt fra din læge", eller "Der er nyt fra speciallægen".

Kvittering

Når brugeren klikker på notifikationen, sendes vedkommende videre til app'en. Hvis brugeren allerede er logget ind, vises selve kvitteringen umiddelbart efter klik på notifikationen, men altså nu i kontekst af app'en. Alternativt logger brugeren ind i app'en, før kvitteringen vises. Med afsæt i løsningsmodel 2 (ydelseskvittering), så vil kvitteringen indeholde navnet på den givne ydelse. Dette trækkes fra PLO's honorartabel, hvis der er tale om praktiserende læge, og fra relevant FAPS takstkort, hvis der er tale om en speciallæge. Afhængigt af parternes beslutning om visning af pris/honorar, kan denne oplysning også vises. Afhængigt af parternes beslutning om visning af lægens notat, kan dette også vises.

Mine konsultationer

De enkelte kvitteringer vises i en oversigt/listevisning, som sorteres fra nyeste til ældre. Der kan være brug for forskellige filtre eller for forskellige lister for hhv. praktiserende læger og speciallæger (specialer). Det specifikke design af dette fastlægges i en agil udviklingsproces, når/hvis parterne beslutter at ydelseskvitteringer faktisk skal implementeres.

Navngivning

Brugerne af Min Læge, Min Sundhed og sundhed.dk kan ikke forventes at forstå, hvad betegnelsen "ydelse" dækker over. De fleste patienter kender betegnelsen "konsultation", hvorfor sundhed.dk også har valgt at kalde den nuværende visning for "Mine Konsultationer", selvom denne visning også dækker over ydelser, som ikke er konsultationer i mere præcis forstand. Det foreslås at anvende én af disse to betegnelser: 1) Konsultationer; hvis man vil lægge vægt på at genkendelighed i forhold til sundhed.dk, eller 2) Kvitteringer; fordi dette er et dagligdags ord, som brugerne forstår, og fordi det kan dække alle typer af ydelser, herunder konsultationer. Et forbehold i forhold til betegnelsen "kvittering" er, at den giver forventning om prisoplysninger. Hvis man vælger løsningsmodel 2 uden honorar-oplysninger, kan det evt. give anledning til henvendelser fra brugerne vedr. prisen.

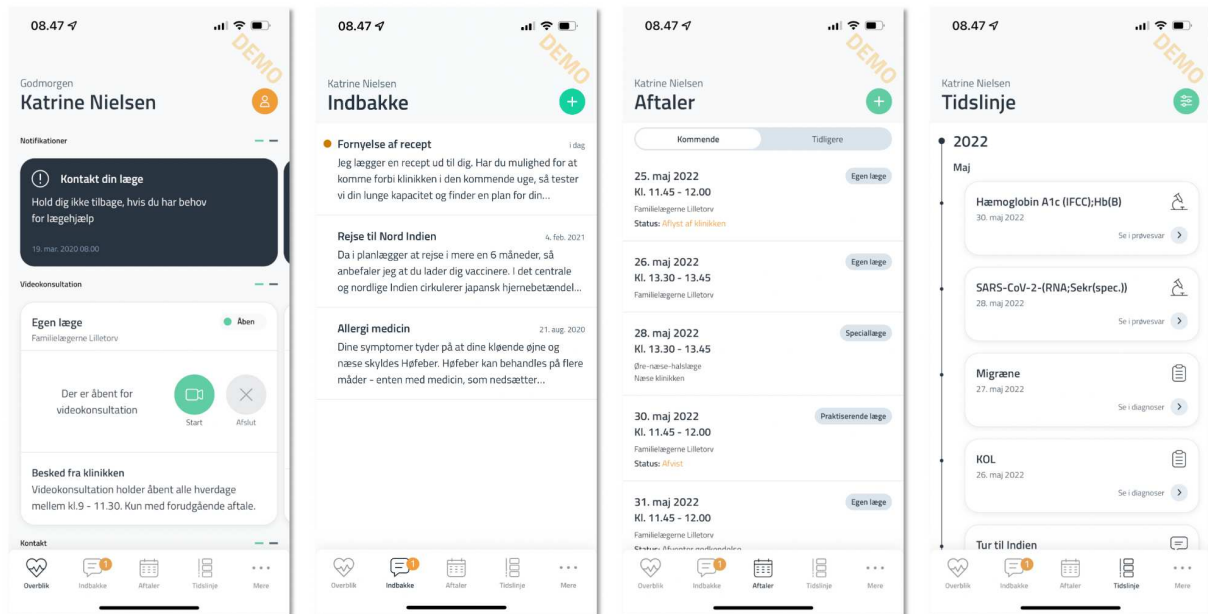
7.4: PLSP implementering

De mere tekniske aspekter af PLSP's rolle i forhold til ydelseskvitteringer er beskrevet i kapitel 5. I denne sammenhæng skal det bare konstateres, at PLSP forudsættes at agere platform for opsamling af ydelsesdata fra både praktiserende læger og speciallæger. De ydelsesdata, som allerede registreres i hvert lægesystem (pr. klinik, ydernummer og patient) kan opsamles via snitflader mellem lægesystemerne og PLSP. For praktiserende lægers vedkommende er sådanne

snitflader og relevant dataopsamling allerede under etablering. PLSP kan så udstille de data, som er nødvendige for visning (og løbende opdatering) af ydelseskvitteringer via webservices, som både Min Læge app, Min Sundhed app og potentielt sundhed.dk kan anvende.

7.5: Min Læge implementering

Min Læge formidler en række oplysninger til brugerne i forskellige typer af oversigter og lister, som relaterer til ydelseskvitteringer på forskellig vis. Mest relevant er forsiden, "Indbakken", "Aftaler" og "Tidslinje", hvor ydelser formentlig skal vises på den ene eller den anden måde. Hermed eksempler på de nævnte sider i Min Læge app:



Forsiden

Den grå rubrik på forsiden kan anvendes som en særlig "reklame" for vigtige beskeder fra klinikken, eller fra ejerne af app'en. Den er fx tidligere anvendt til beskeder vedr. Corona. Det er ikke altid, at denne skal anvendes i relation til ydelseskvitteringer. Den kunne fx anvendes, hvis der tidligere har været fremsendt kvittering for en ydelse (før afregning), og regionen så afviser betaling af denne ydelse. I "almindelige tilfælde" sendes patienten fra en notifikation på app'ens låseskærm direkte til indbakken, hvor selve kvitteringen vises.

Indbakken

Som nævnt vil indbakken være et oplagt sted at vise ydelseskvitteringerne. Aktuelt anvendes indbakken udelukkende til e-konsultationer, men der er planer om at udvide med andre typer af beskeder fra klinikken (det kunne fx være anmodning om udfyldelse af et spørgeskema). Hvis der kommer mange nye typer af beskeder i indbakken, kan man tilføje filtre på denne, sådan at

brugerne kan sortere på fx e-konsultationer, kvitteringer, spørgeskemaer m.fl. Man kan også vælge at lave et filter, så brugerne kan skelne mellem kvitteringer fra praktiserende læger og fra speciallæger. Det er også en mulighed at introducere et dedikeret område til kvitteringer, uafhængigt af indbakken. Dette kan fastlægges endeligt som led i den agile udviklingsproces (hvis man beslutter at gå videre med implementering).

Aftaler

Der vil være knyttet en aftale (booking) til en væsentlig del af ydelserne ikke mindst dem, der kræver fysisk fremmøde i klinikken. Hvis det er muligt at knytte specifikke bookinger og ydelser sammen, ville man kunne referere fra indbakken til specifikke aftaler. Vi kan ikke umiddelbart konkludere på, om sådanne referencer kan etableres med afsæt i det eksisterende datagrundlag. Det er nødvendigt at knytte id'er for specifikke ydelser med id'er for specifikke aftaler (bookinger). Dette er formentlig ikke umiddelbart muligt i dag. Se i øvrigt afsnit 5.3 om datagrundlaget for ydelseskvitteringer.

Tidslinje

Alle oplysninger med et tidsstempel (timestamp) kan vises i Tidslinjen. Sammen med listevisningen i indbakken kan tidslinjen give brugerne et kronologisk overblik over modtagne ydelser. Hvis man knytter "flag" eller "mærker" på kvitteringerne, kan man også vise, om en ydelse er registreret, afregnet og godkendt/afvist. Dette vil så optræde som tre punkter i tidslinjen for en given ydelse. Der ligger en formidlingsmæssig overvejelse i, om man skal vise disse ændringer for brugerne eller ej. Det kan potentielt medføre forvirring og misforståelser. Nogle brugere vil måske opfatte det sådan, at den samme ydelse er registreret eller afregnet flere gange.

Slå notifikationer til og fra

Praktiserende læger og speciallæger ønsker, at brugerne skal have mulighed for at slå notifikationer om ydelseskvitteringer til og fra. Dette ønsker patienterne også selv. Dette kan understøttes på forskellig vis. For det første kan enhver bruger i sin smartphone kontrollere notifikationer for hver enkelt installeret app. Men dette vil slå notifikationer til og fra generelt, ikke specifikt for ydelseskvitteringer. Mere målrettet kan man implementere en "toggle"-knap for ydelseskvitteringer under brugerens profil i selve app'en. Her skal man så beslutte, om det bare er notifikationen om ydelseskvitteringen, der slås til og fra, eller om det er selve ydelseskvitteringerne.

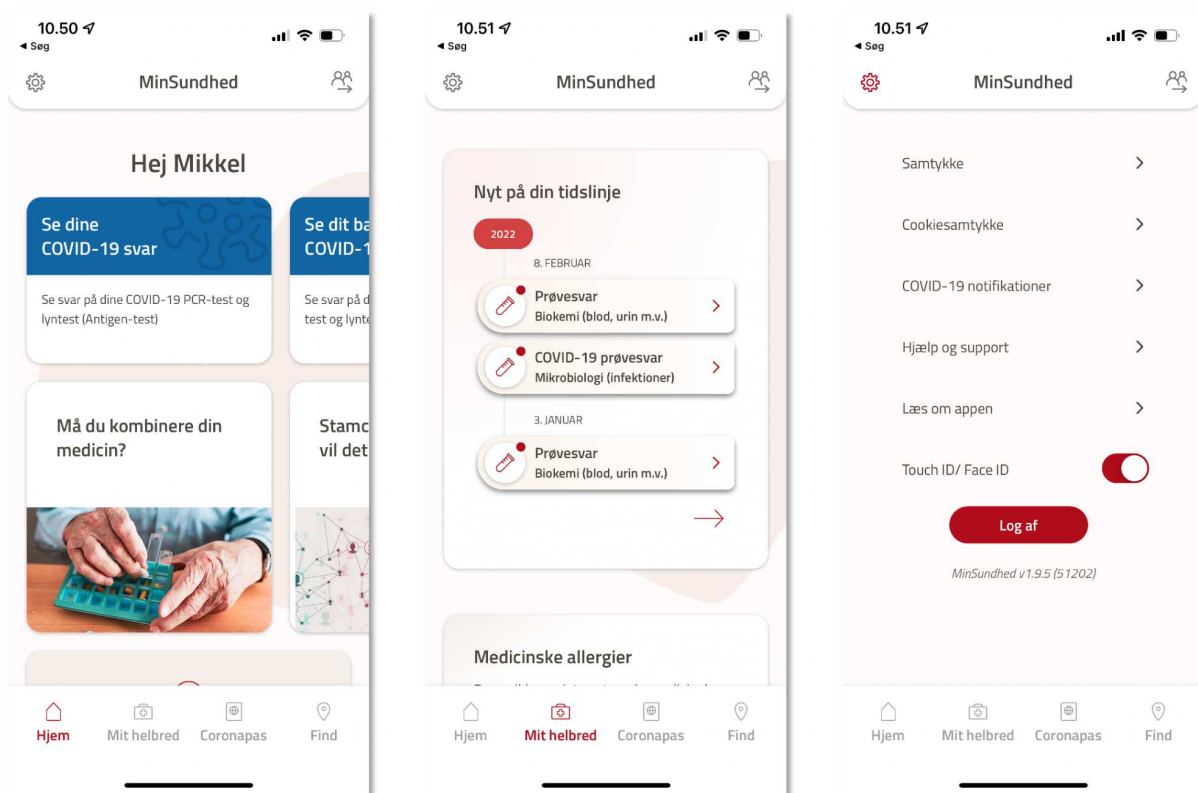
Handlemuligheder

Hvis brugerne ikke forstår indholdet af en kvittering (eller er uenige heri), så vil de have en naturlig forventning om at kunne rette henvendelse til klinikken. Dette kan understøttes på forskellige måder. Man kan lave en dedikeret knap i direkte tilknytning til kvitteringen, eller man kan oplyse brugerne om, at de kan rette henvendelse til klinikken telefonisk, pr. mail eller evt. via indbakken (hvor brugerne kan starte en e-konsultation). Flere af de adspurgte klinikker ser en risiko i, at

introduktion af ydelseskvitteringer vil medføre en stigning i antallet af henvendelser til klinikken. Baseret på erfaringer med introduktion af andre nye funktioner og oplysninger i Min Læge, så vil der formentlig være en stigning i antallet af henvendelser i en kort periode efter release af ydelseskvitteringerne. Herefter vil denne "nyhedens interesse" formentlig fortage sig, og antallet af henvendelser vender tilbage til et normalt leje. I nogle tilfælde vil patienten have brug for at kontakte den relevante instans i regionen. Der bør formidles kontaktinformationer i tilknytning til kvitteringen (enkeltvis eller i oversigten).

7.6: Min Sundhed og sundhed.dk

Hermed eksempler på relevante sider i Min Sundhed:



Man kan vælge at lave en implementering i Min Sundhed app svarende til den beskrevne i Min Læge app. Min Sundhed har ikke en indbakke som sådan, men notifikationer kan eksempelvis indgå på forsiden og i tidslinjen, afhængigt af hvad de produktansvarlige vurderer giver mening for funktionaliteten i Min Sundhed. Hvis man vælger navngivningen "Kvitteringer" frem for "Konsultationer", bør dette ændres den eksisterende visning på sundhed.dk. Dette bør indgå i beslutningen om scope for et kommende implementeringsprojekt, hvis parterne går videre med dette.

8: Implementeringsoplæg

Jævnfør opdraget gives i dette kapitel en skitse til implementeringsplan samt økonomisk overslag for udvikling af digitale ydelseskvitteringer fra praktiserende læger og speciallæger. Implementeringsplanen har et hhv. smalt og et bredt implementeringsscope.

8.1 Afgrænsninger

Overslaget forholder sig til udviklingsudgifter i den tekniske implementering. Udgifter til drift er ikke medregnet. Det kan dog bemærkes, at driften (inkl. vedligehold og support) erfaringsmæssigt kan udgøre 20-40% af udviklingsomkostningerne pr. år. Den nødvendige organisatoriske implementering er ikke behandlet i analysen her, og indgår derfor heller ikke i overslaget. Hvis man ønsker at implementere en ydelseskvittering og opnå den optimale forebyggende effekt med løsningen, så skal den organisatoriske implementering løftes af Danske Regioner, PLO, FAPS og Systemleverandører i fællesskab.

Det skal endvidere bemærkes, at der er tale om overslag foretaget af konsulenterne på baggrund af erfaringer med andre udviklingsprojekter i regi af PLO, FAPS og sundhed.dk. Hvis man beslutter at gå videre med implementering, skal den nævnte specifikations- og tilbudsproces gennemgås med leverandørerne. Her kan de endelige estimater og tilbud se væsentligt anderledes ud end konsulenternes overslag.

8.2: Overslag

Overslaget afhænger af, om man vælger en smal eller en udvidet implementering. Den smalle implementering inkluderer formidling af digitale ydelseskvitteringer i Min Læge app. Den udvidede implementering inkluderer ensartet implementering i Min Læge app og Min Sundhed app samt tilpasninger i Mine konsultationer på sundhed.dk.

Overslag på smal implementering

Nedenstående er et første overslag på en smal implementering, hvor der er givet to time-”gæstimer” pr. aktivitet.

ID	Emne	Estimat 1	Estimat 2
00	Basis		
00.01	Projektledelse og overhead	100	200
00.02	Specifikation og tilbudsproces	100	200
00.03	Pilotafprøvning	100	200
00.04	Brugertest og evaluering	100	200

01		Smalt scope	
PLSP		Aktiviteter	
01.01	PLO database	400	800
01.02	FAPS database	300	600
01.03	PLO applikation	200	400
01.04	FAPS applikation	100	300
01.05	Services til lægesystemer	200	400
01.06	Services til anvendere	200	400
01.07	Test og release	100	200
Min Læge		Aktiviteter	
01.08	UX og interaktionsdesign	100	200
01.09	Frontend implementering	200	400
01.10	Backend implementering	200	400
01.11	Test og release	100	200
LPS'er		Aktiviteter	
01.12	Lægesystem 01	200	400
01.13	Lægesystem 02	200	400
01.14	Lægesystem 03	200	400
01.15	Lægesystem 04	200	400
01.16	Lægesystem 05	200	400
01.17	Lægesystem 06	200	400
01.18	Lægesystem 07	200	400

Hvis time-”gæstimerne” omsættes til kr. ud fra en nøgle på 1000 kr. pr. time, så nås et samlet overslag for den smalle implementering på kr. 4-8 mio. kr. rundet op til hele mio. kr.

Overslag på udvidet implementering

Nedenstående er et første overslag på en udvidet implementering, hvor der er givet to time-”gæstimer” pr. aktivitet.

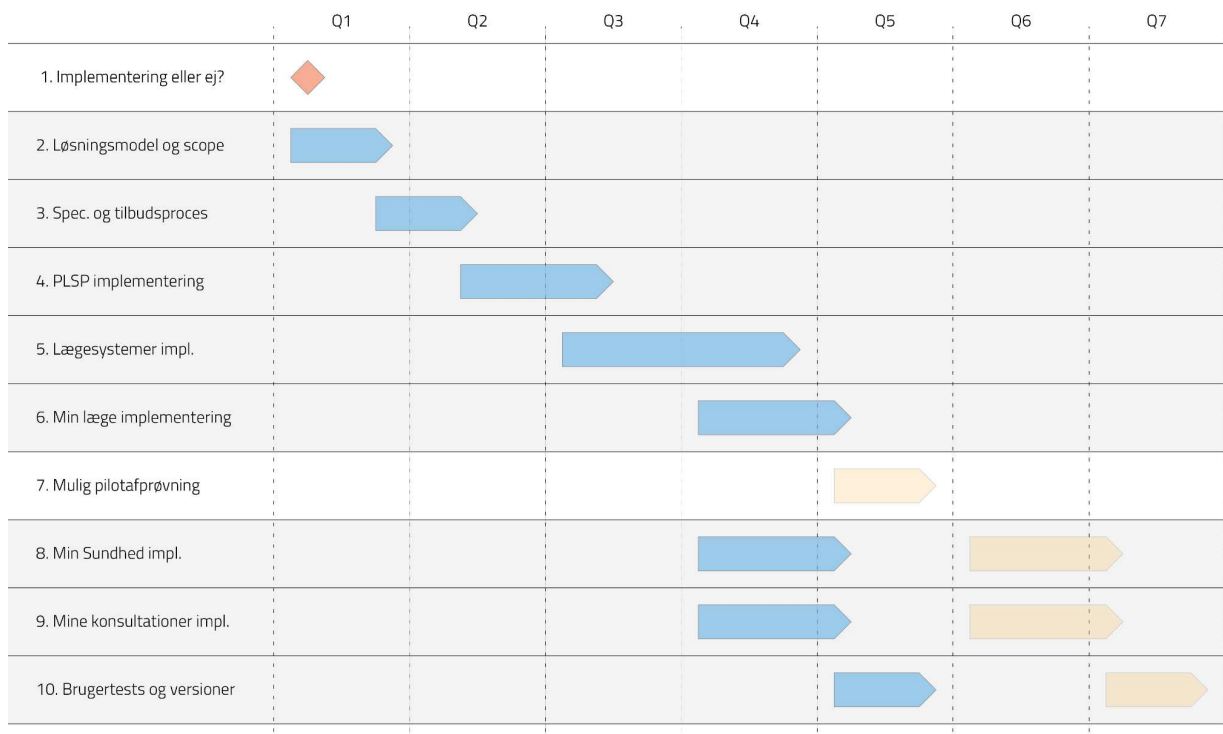
02		Udvidet scope	
Min Sundhed		Aktiviteter	
02.01	UX og interaktionsdesign	100	200

02.02	Frontend implementering	200	400
02.03	Backend implementering	200	400
02.04	Test og release	100	200
Mine konsultationer			
Aktiviteter			
02.05	UX og interaktionsdesign	50	100
02.06	Frontend implementering	200	300
02.07	Backend implementering	200	300
02.08	Test og release	50	100

Hvis time-”gæstimerne” for både smalt og udvidet scope omsættes til kr. ud fra en nøgle på 1000 kr. pr. time, så nås et samlet overslag for smal og udvidet implementering på kr. 5-10 mio. kr. Rundet op til hele mio. kr.

8.3: Skitse til plan

De enkelte aktiviteter i den skitserede plan fremgår af nedenstående roadmap. Roadmap indikerer alene antal måneder; de præcise start- og sluttidspunkter afhænger af beslutningstidspunkt for implementering af en digital ydelseskvittering.



Rammesætning

1: Implementering eller ej?

Opdragsgiverne skal på baggrund af foranalysen beslutte, om man vil gå videre med implementering af digitale ydelseskvitteringer til patienter. Hvis man beslutter dette, skal et implementeringsprojekt rammesættes og godkendes.

2: Løsningsmodel og implementeringsscope

Som led i rammesætningen af et implementeringsprojekt, skal man vælge en løsningsmodel og et implementeringsscope:

Løsningsmodel: Skal den digitale ydelseskvittering inkludere pris for ydelser? Hvor lang tid må der maksimalt gå fra at ydelsen leveres, til en kvittering afsendes til patienten? Hvordan skal patienternes feedback muligheder understøttes, og skal den digitale ydelseskvittering suppleres med journalnotater?

Implementeringsscope: Skal den digitale ydelseskvittering implementeres i Min Læge eller i både Min Læge og sundhed.dk/Min Sundhed?

Bemærk: Planen inkluderer ikke en evt. udbudsproces. Det forudsættes, at PLO og/eller FAPS kan bestille de nødvendige leverancer hos kendte leverandører. Denne forudsætning gælder formentlig ikke i forhold til Min Sundhed og sundhed.dk, men det er ikke en del af foranalysens opdrag at gå nærmere ind i en udbudsafklaring.

3: Specifikations- og tilbudsproces

Når løsningsmodel og implementeringsscope er valgt, skal implementeringsprojektet iværksættes. Første trin bliver en nøjere specifikation af den valgte løsningsmodel, som leverandørerne kan bruge som grundlag for deres løsningsforslag og tilbud.

Smal implementering

Hvis man vælger det smalle implementeringsscope, så indebærer det nedenstående hovedaktiviteter:

4: PLSP-implementering

Da PLSP er "opsamlings- og formidlingspunkt" mellem lægesystemer og Min Læge-app, er det oplagt at starte med PLSP-implementeringen. Der skal etableres databaser til ydelsesdata fra hhv. almene praksisklinikker og speciallægeklinikker. Der skal etableres et applikationslag med regler og logik i forhold til håndtering af disse ydelsesdata, primært mhp. at styre udstilling og opdatering af data. Der skal etableres dedikerede webservices til lægesystemerne og til Min Læge app (ved udvidet implementering også de øvrige anvendelsesystemer). Udarbejdelse af

datamodeller og snitfladespecifikationer danner grundlag for, at lægesystemerne og Trifork (Min Læge -leverandør) kan specificere og estimere deres løsningselementer.

5: Lægesystemer-implementering

Hvert lægesystem skal gennemføre front-end- og back-end-tilpasninger i et vist omfang. De skal integrere med de ydelsesservices, som stilles til rådighed af PLSP, og de skal teste og etablere dataleverancer og løbende opdateringer af disse (push-baseret), sådan at udsendelse og opdateringer af ydelseskvitteringerne automatisk tilgår brugerne. I andre udviklingsprojekter har man aftalt en model, hvor MedCom giver hvert lægesystem et fast beløb for at gennemføre deres del af et udviklingsprojekt. Dette beløb dækker ikke nødvendigvis alle de udgifter, den enkelte leverandør måtte have i forbindelse med udviklingsopgaven. Det skal afklares, om en tilsvarende model kan anvendes her. Det skal også understreges, at lægesystemernes implementeringsindsats skal ske jf. det aftalte udviklingsårshjul i regi af Primærsektorens Leverandørforum (PL-forum), som forvaltes af MedCom.

6: Min Læge-implementering

Når de relevante specifikationer er tilgængelige fra PLSP (ikke mindst specifikationer af datamodel og ydelsesservices), så kan leverandøren af Min Læge-app, Trifork, gå i gang med deres definition af User Experience og Interaktionsdesign. Herefter gennemfører udviklerne hhv. de nødvendige frontend- og backend implementeringer. Frontend-opgaverne skal gennemføres på to "native" platforme: iOS og Android.

7: Mulig pilotafprøvning

Det kan være relevant at afprøve ydelseskvitteringerne på en mindre skare brugere (både patienter, praktiserende læger og speciallæger), inden man åbner op for fuld udrulning til alle brugere. Det kan håndteres med en release til produktion, hvor kun specifikke cpr-numre har adgang til at modtage ydelseskvitteringer. Når man har afprøvet kvitteringerne på disse brugere (som forslagsvist rekrutteres af klinikkerne, sådan at der er styr på samtykke), kan man åbne for generel adgang til digitale ydelseskvitteringer.

Udvidet implementering

Hvis man vælger det udvidede implementeringsscope, så udvides planen med nedenstående hovedaktiviteter.

8: Min Sundhed implementering

Der er brug for nogenlunde de samme aktiviteter her som for Min Læge: Definition af user experience og interaktionsdesign, frontend-udvikling og backend-udvikling. Hvis man vælger at formidle digitale ydelseskvitteringer i to app's (Min Sundhed og Min Læge) introducerer det nogle udfordringer i forhold til potentiel dublering af antallet af kvitteringer og notifikationer. Der vil derfor være brug for, at ejere og udviklere af de to app's afstemmer implementeringerne i forhold til hinanden.

9: Mine konsultationer-implementering

Det må forventes at implementeringerne i de to app's kan medføre funktionelle og navngivningsmæssige ændringer i den "Mine konsultationer" på sundhed.dk. Den nævnte risiko for et øget antal notifikationer gælder kun de to app's, men hvis borgerne potentielt kan tilgå nogenlunde de samme oplysninger tre forskellige steder, er der væsentlig en risiko for, at noget misforstås, og der kan opstå ekstra borgerhenvendelser af den grund. Det er værd at bemærke, at de fleste adspurgte i de kvalitative interviews opfordrede til, at ejerne af de forskellige løsninger sørger for at samle oplysningerne i få eller én fælles kanal. Denne pointe gjaldt ikke specifikt ydelseskvitteringer, men adgangen til sundhedsoplysninger generelt set.

10: Brugertests og kommende versioner

Det anbefales, at man gennemfører brugertests af ydelseskvitteringerne, og at man opsamler erfaringer med brugernes anvendelse og reaktioner (herunder henvendelser til klinikkerne og regionerne). Dette kan danne grundlag for opdragsgivernes stillingtagen til videreudvikling af ydelseskvitteringerne. Fx sådan at disse udvikles i retning af "konsultationskvitteringer", og inkluderer mere konkrete oplysninger om det, der er gjort og aftalt mellem lægen og patienten i forbindelse med en konsultation eller andre typer af kontakter.

9: Konklusioner og anbefaling

I de nedenstående afsnit gives overordnede konklusioner for åbenhedsformålet og forebyggelsesformålet. Herefter konkluderes mere konkret for hvert af de fem punkter i foranalysens opdrag. Kapitlet afsluttes med en anbefaling fra konsulenternes side, som baserer sig på patienternes synspunkter, da disse er den primære målgruppe for ydelseskvitteringerne.

Formål 1: Åbenhed og oplysning

Introduktion af ydelseskvitteringer kan have en direkte virkning i forhold til åbenhedsformålet. Dette underbygges af dialog med opdragsgiverne, interviews med klinikkerne samt spørgeskemaundersøgelse og interviews med patienterne. Hvis kvitteringerne skal have bedst mulig virkning i forhold til åbenhed og oplysning, så skal disse rumme konkrete og forståelige oplysninger om det, der er foregået (og ikke mindst det, der er aftalt) i en konsultation eller en anden ydelse mellem læge og patient.

Formål 2: Forebyggelse

Introduktion af ydelseskvittering kan formentlig have en indirekte forebyggende virkning for læger, der fejlafrægner bevidst eller ubevidst. Hvis der skal være en sådan forebyggende virkning, så gælder det samme kvalitetskrav som anført under åbenhedsformålet. Hvis ydelseskvitteringer skal have en forebyggende virkning, anser både læger og patienter, at den skal den komme hurtigt efter konsultationen. Der er dog stor varians i, hvornår ydelser registreres. Et krav om tidstro registrering vil derfor fordrer betydelige arbejdsmæssige ændringer i klinikker og regioner. Primært fordi der skulle stilles krav om hyppigere afregning med en daglig eller ugentlig frekvens. Behandlingstiden hos regionerne skulle også nedsættes.

Foranalysen skal ifølge opdraget levere følgende:

1. Afdækning af tekniske muligheder og udfordringer hos de aktører, og systemer, som indgår i ydelsesregistreringen.
2. Afdækning af forretningsmæssige, klinisknære muligheder og udfordringer, både hos praktiserende læger og speciallæger.
3. Anbefalinger til it-understøttelse af ydelseskvitteringer for borgerne, og evt. affødte tilretninger i lægesystemerne.
4. Patientinvolvering og "brugertest" af kvitteringens udseende.
5. Skitse til implementeringsplan samt økonomisk overslag for udvikling og drift af ydelseskvitteringer fra praktiserende læger og speciallæger.

Ad 1: Tekniske muligheder og udfordringer

Den primære tekniske mulighed (eller fordel) ligger i, at alle klinikker og lægesystemer har et struktureret og tilgængeligt datagrundlag, som ydelseskvitteringer kan baseres på. Der er altså et godt grundlag for dataopsamling og service-implementering mellem lægesystemer, PLSP og Min Læge og potentielt Min Sundhed og sundhed.dk.

Den primære tekniske udfordring ligger i, at regler for ydelsesregistrering og afregning er implementeret på forskellig vis og i forskellig grad i lægesystemerne og regionerne. Det medfører misforståelser, fejl og "træghed", når nye ydelser og regler skal implementeres på tværs af alle regioner og lægesystemer, fx i forbindelse med nye overenskomster eller "force majeure"-situationer som Corona-epidemien. Derfor anbefales det, at man nedsætter et fælles forvaltningsforum for ydelsesregistrering og afregning på tværs af lægesystemer og regioner, som kan arbejde for ensartethed og smidig fælles implementering af regelsæt.

Ad 2: Kliniknære muligheder og udfordringer

Hovedparten af de adspurgte læger ser ikke de store muligheder eller fordele i at implementere ydelseskvitteringer. Grundlæggende ser de et behov for at bevare og styrke tilliden mellem læge og patient og holde fokus på patienternes sundhed og behandling, frem for at flytte fokus til afregning og betaling. De lægger vægt på velfærdsmodellen, hvor patienter kan gå til læge uden at "bekymre sig om regningen".

Både de praktiserende læger og speciallæger ønsker, at man skal gøre alt, hvad man kan, for at undgå fejlafregning. De fleste læger mener dog ikke, at en digital ydelseskvittering forebygger problemet. Trods forbehold for værdien af ydelseskvitteringer anerkender flere af de adspurgte læger, at der kan være behov for at genskabe eller styrke tilliden mellem særligt de praktiserende læger og regionerne.

Hvis den digitale ydelseskvittering skal have en funktion i forhold til forebyggelse, er lægerne enige om, at den skal komme hurtigt efter konsultationen. Der er imidlertid stor varians i, hvornår ydelser registreres og afregnes. Et princip om tidstro registrering ville derfor fordrer betydelige arbejdsmæssige ændringer i klinikker og regioner. Primært fordi der skulle stilles krav om hyppigere afregning med en daglig eller ugentlig frekvens. Behandlingstiden hos regionerne skulle også nedsættes.

Ad 3: Anbefalinger til it-understøttelse

Det anbefales, at man anvender det strukturerede og dækkende datagrundlag, som allerede foreligger i lægesystemerne. Dette kan oplagt opsamles og formidles centralt via PLSP. Det anbefales endvidere, at man stiller ensartede funktionelle krav til ydelsesregistrering og regelhåndtering i lægesystemerne. Dette kan gøres via mere aktivt bestiller samarbejde mellem

FAPS og PLO. Endvidere anbefales det, at man sikrer ensartet regelunderstøttelse og ændringshåndtering (udfasning og introduktion af ydelser og regler) i et fælles forvaltningsforum mellem FAPS, PLO, LUNA, lægesystemer og PLSP. Hvis man skal leve op til kvalitetskravet om konkrete og forståelige oplysninger til borgerne, skal ydelseskataloger og taksttabeller løbende gennemgås og vurderes for "patientforståelighed". Endvidere kan man afsøge mulighederne for, at lægenotater (eller lignende oplysninger) på sigt kan knyttes til ydelseskvitteringerne. Og så skal man måske overveje at kalde disse "konsultationskvitteringer" i stedet.

Ad 4: Patientinvolvering og brugertest

På baggrund af spørgeskemabesvarelser (457 respondenter) og kvalitative interviews (7 patienter) er konklusionen, at patienterne grundlæggende ønsker indsigt i, hvad der er foregået og aftalt ved enhver kontakt med klinikken. I det omfang, at ydelsesoplysninger kan give konkrete og forståelige oplysninger om dette, vil patienterne gerne modtage ydelseskvitteringer.

Som led i de kvalitative interviews er patienterne blevet introduceret for "mock-ups" (visuelle skitser), som viser hvordan ydelseskvitteringer kan formidles i Min Læge app. De er umiddelbart positive overfor at modtage notifikationer via Min Læge app (eller anden app), men forventer umiddelbart mere konkrete oplysninger end dem, der kan vises på baggrund af ydelsesdata. De har en forventning om, at sådanne oplysninger formentlig indgår i lægens notat fra den givne konsultation eller kontakt. Egentlige brugertests kan først foretages, når der udvikles konkrete løsninger til Min Læge app, og evt. Min Sundhed og Mine konsultationer.

Hvis man introducerer ydelseskvitteringer, forventer patienterne at modtage besked umiddelbart efter kontakten med klinikken. De er klart afvisende overfor at vente 3-6 uger på sådanne beskeder. Patienterne ønsker ikke oplysninger om pris, fordi de er usikre på, hvad prisen dækker over, og om de får ansvar for at godkende den. De er forbeholdne over at indgå i en kontrolrolle, om end de kan se en nødvendighed i det. De vil bidrage, hvis de bliver bedt om det, og hvis de får forståelig information at handle ud fra. Patienterne har endvidere behov for meget konkret anvisninger om, hvor de skal henvende sig ved mistanke om bevidste fejlafregninger.

Ad 5: Skitseret plan og overslag

Implementeringsplanen fordrer, at man i udgangspunktet tager stilling til, om der skal introduceres ydelseskvitteringer, hvilken løsningsmodel man foretrækker, samt beslutter sig for enten et smalt eller udvidet implementeringsområde. Det smalle implementeringsområde inkluderer lægesystemerne, PLSP og Min Læge. Det udvidede implementeringsområde inkluderer elementerne fra det smalle område samt implementering i Min Sundhed og Mine konsultationer på sundhed.dk.

Der er givet et overslag på det smalle implementeringsområde på 4-7 mio. kr. og et overslag på det udvidede implementeringsområde på 5-10 mio. kr. Disse overslag vedrører kun

udviklingsomkostninger og forholder sig altså ikke til driftsmæssige omkostninger. Det kan dog bemærkes, at driften (inkl. vedligehold og support) erfaringsmæssigt kan udgøre 20-40% af udviklingsomkostningerne pr. år.

Overslagene skal tages med et meget stort forbehold. Der er tale om konsulenternes vurderinger, overvejende baseret på erfaringer med andre implementeringsprojekter i samarbejde med systemleverandører, PLSP og Min Læge-leverandøren. Ingen af disse leverandører kan tages til indtægt for de økonomiske overslag. Et egentligt budget for et implementeringsprojekt kan først lægges, når ovennævnte beslutninger er taget, og når der er gennemført en grundig specifikations- og tilbudsproces med de involverede leverandører.

Samlet anbefaling

Hvis opdragsgiverne beslutter at introducere digitale ydelseskvitteringer til patienterne, så gøres dette ud fra en forventning om, at patienterne indirekte eller direkte kan fungere som kontrollanter i forhold til ydelser fra speciallæger og praktiserende læger. Dette fordrer, at man giver patienterne den bedst mulige indsigt i de afregnede ydelser. Dermed bør indhold, form og "timing" af ydelseskvitteringer så vidt muligt implementeres i henhold til patienternes forventninger og behov. Det betyder konkret, at ydelseskvitteringerne bør sendes til patienterne hurtigst muligt efter kontakten med klinikken, og at kvitteringerne skal indeholde konkrete og forståelige oplysninger om det, der er foregået og aftalt mellem lægen og patienten i forbindelse med den eller de relevante ydelser. Endvidere skal patienterne have oplysning om, hvor og hvordan de henvender sig med spørgsmål eller indsigelser.

Endelig bør en eventuel implementering af digitale ydelseskvitteringer koordineres med de øvrige tiltag, der er iværksættes for at sikre en mere korrekt ydelsesregistrering og -afregning.