

Protokol

Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen - en videnskabelig undersøgelse af konsekvenser i en dansk kontekst

Projektgruppe

Formand for projektgruppen

Forskningsleder, lektor, cand.scient.pol., ph.d. Camilla Palmhøj Nielsen, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Projektleder

Programleder, cand.pharm. et art., ph.d. Ulla Væggemose, MTV og Sundhedstjenesteforskning, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Øvrig projektgruppe

Seniorprojektleder, cand.scient.anth., ph.d. Kåre Jansbøl, KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning

Programleder, professor, cand.scient., MSc (health econ.) Jakob Kjellberg, KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning

Forskningsassistent, cand.scient.san. Jesper Bie Larsen, MTV og Sundhedstjenesteforskning, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Programleder, lektor, sundhedsøkonom, ph.d. Rikke Søgaard, Sundhedsøkonomi, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

Projektleder for det samlede projekt
Ulla Væggemose
E-mail: Ulla.Vaeggemose@stab.rm.dk

Projektleder for KORA
Jakob Kjellberg
Email: JaKj@kora.dk

CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

KORA - Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning
Købmagergade 22
1150 København K



midt
regionmidtjylland



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

Baggrund

Patienters udeblivelse fra aftaler i sundhedsvæsenet opleves som et stigende problem i det danske sundhedsvæsen. Udeblivelse vanskeliggør optimal planlægning, og dermed også effektiv resourceudnyttelse, men det kan ligeledes påvirke sundhedspersonalets og borgernes oplevelse af driften.

Omfanget af udeblivelser såvel som årsager hertil har haft interesse i både dansk og international sammenhæng, om end mængden af litteratur er yderst sparsom. Man har forsøgt sig med forskellige strategier for at nedbringe udeblivelser i sundhedsvæsenet, og i en dansk kontekst har man således fundet, at Børneafdelingen, Regionshospitalet Viborg nedsatte antallet af udeblivelser ved at sende en påmindelses-sms en uge før patientens aftale. I interventionsgruppen var udeblivelsesraten 5,9 % i studieperioden mod 10 % for kontrolgruppen som ingen påmindelse fik (Kruse et al. 2009).

På Pædiatrisk Afdeling, Kolding Sygehus viste et forsøg med påmindelsesbrev udsendt 14 dage før patientens aftale at nedbringe antallet af udeblivelser til 5,7 % i interventionsgruppen mod 14,2 % i kontrolgruppen (Kofoed et al. 2009a). Samme afdeling valgte derefter at indføre påmindelsesbreve som standard og lavede et opfølgingsstudie på dette. Indsatsen fik antallet af udeblivelser til at falde fra ca. 7,5 % i årene 2003-2006, hvor der ikke var noget påmindelsesbrev, til ca. 4,5 % i årene 2006-2008 hvor patienterne modtog et påmindelsesbrev (Kofoed et al. 2009b). Der er således påvist en effekt ved at indføre remindere, enten som sms eller brev, men studierne viser, at der stadig resterer et u hensigtsmæssigt højt antal af udeblivelser.

KORA undersøgte i et litteraturstudie, hvilke faktorer der influerer på patienternes udeblivelser. Man konkluderede på baggrund af internationale studier, at bestemte karakteristika går igen hos de patienter, som hyppigst udebliver fra deres aftaler. Patienterne, som udeblev, var yngre (17-40 år), kom fra lav social gruppering, havde høj hyppighed af arbejdsløshed, var ufaglærte, boede i mindre bemidlede boligområder og havde lang transporttid til sygehuset. De væsentligste årsager til udeblivelser var at patienten havde glemt tiden, at telefonen var optaget på hospitalet, så man ikke kunne melde afbud, administrative fejl på sygehuset såsom manglende registrering af aflyst tid, eller at patienten havde fået en forkert tid (KORA 2013). Det er uvist, om de skitserede forhold også gælder i en dansk kontekst.

I forbindelse med litteraturstudiet omtalte KORA desuden to internationale studier af effekten af indførelse af gebyr på udeblivelse fra ambulante aftaler. Et finsk studie (Mantjarvi M. 1994) registrerede et moderat fald i antal udeblivelser fra 6,4 % før indførelse af gebyr til 5,5 % efter indførelse af gebyr. Tilsvarende fandt et schweizisk studie (Chariatte et al. 2007) et marginalt fald i antallet af udeblivelser fra 11,9 % til 11,6 % efter indførelse af gebyr. Begge studier var baseret på en før- og eftermåling uden en kontrolgruppe og det kan derfor ikke udelukkes, at faldene i udeblivelser skyldes andre forhold end introduktion af gebyr.

Indførelse af gebyr ved udeblivelse i det offentlige danske sygehusvæsen vil være et omfattende initiativ, hvis konsekvenser kan være i konflikt med den nuværende kultur i sundhedsvæsenet. Det er således væsentligt, at en eventuel fordel i form af færre udeblivelser og dermed mere effektiv

ressourceudnyttelse vil opveje eventuelle negative konsekvenser. I lyset af den sparsomme eksisterende litteratur kræver det ny viden.

Formål

Formålet med dette studium er at undersøge effekt og eventuelle negative konsekvenser af indførelse af gebyr ved udeblivelse i forbindelse med elektive, ambulante besøg i det offentlige sygehusvæsen i Danmark.

Forskningsspørgsmål

De primære forskningsspørgsmål er følgende (spørgsmålene er listet i den rækkefølge de kan informeres i forhold til iværksættelse og gennemførelse af et klinisk forsøg):

Forskningsspørgsmål 1: Hvad er omfanget af udeblivelse og hvad gøres for at dæmme op for det? – en litteraturbaseret kortlægning

Forskningsspørgsmål 2: Hvad er omfanget af udeblivelse, og hvad gøres for at dæmme op for det på de afdelinger, der deltager i det randomiserede, kontrollerede forsøg? – baseline-undersøgelse

Forskningsspørgsmål 3: Hvad er patienternes oplevelser af indførelse af gebyr ved udeblivelse?

Forskningsspørgsmål 4: Hvilke konsekvenser har indførelse af gebyr ved udeblivelse for de fagprofessionelle?

Forskningsspørgsmål 5: Hvilke konsekvenser har indførelse af gebyr ved udeblivelse for organisationen?

Forskningsspørgsmål 6: Hvad er effekten af gebyr ved udeblivelse på omfanget af udeblivelser?

Forskningsspørgsmål 7: Hvad er effekten af gebyr ved udeblivelse på lighed i adgang?

Syntese

Som en syntese af resultaterne af de ovennævnte forskningsspørgsmål redegøres der for de samlede samfundsmæssige konsekvenser af introduktion af gebyr i det offentlige danske sygehusvæsen.

Materiale og metode

Der gennemføres et randomiseret, kontrolleret forsøg (RCT) på udvalgte afdelinger i Region Midtjylland. Forsøgsperioden forventes at være et år, løbende fra februar 2015 til februar 2016. Denne tidsplan medfører, at relevante forskningsspørgsmål kan belyses observationelt før RCT'en iværksættes, under dennes gennemførelse, og endeligt kan nogle analytiske hovedspørgsmål analyseres efter gennemført RCT. I det følgende opridses kort, hvilke design de opstillede forskningsspørgsmål baseres på, hvorefter den omtalte RCT specificeres. Efter godkendelse af protokollen udarbejdes der udførlige protokoller for forskningsspørgsmålene samt en detaljeret tidsplan.

Studier forud for RCT (forskningsspørgsmål 1-2, dele af forskningsspørgsmål 3-5)

Observationelt studium baseret på interview- og dokumentstudie samt registreringer (i det omfang sådanne er tilgængelige) af omfang af og årsager til udeblivelse på de afdelinger, der sidenhen skal indgå i RCT'en. Data kobles med nationale registre for at opnå så megen information som muligt.

Med udgangspunkt i det foreliggende litteraturstudie af, hvilke faktorer der influerer på patienters udeblivelser, gennemføres en opdateret systematisk litteratursøgning, -vurdering og syntetisering.

Studium baseret på spørgeskema og kvalitative interviews af patienter med henblik på at undersøge årsager til udeblivelse. Studiet gennemføres på begge afdelinger (gentages under gennemførelse af RCT). Udvælgelsen baseres på CPR- nummerudtræk på patienterne i de deltagende afdelinger.

Studium baseret på kvalitative interviews og eventuelt spørgeskema med henblik på at undersøge, hvad der gøres for at dæmme op for/håndtere udeblivelser. Studiet gennemføres blandt personalet, der er involveret i administration af ambulante patienter på de afdelinger, der sidenhen skal indgå i RCT'en.

Studier under gennemførelse af RCT (dele af forskningsspørgsmål 3-5)

Studium baseret på spørgeskema til og kvalitative interviews af patienter med henblik på at undersøge patienternes oplevelser af indførelsen af gebyr. Patienterne udvælges, så der er en overvægt af udeblevne patienter, og så der er patienter, som har været underlagt såvel intet gebyr som gebyr. Udvælgelsen baseres på CPR- nummerudtræk på patienterne i de deltagende afdelinger.

Kvalitativt studium baseret på interviews og dokumentanalyse med henblik på at beskrive erfaringer med organiseringen af og setuppet knyttet til introduktion/opkrævning af gebyr.

Kvalitativt studium baseret på interviews med henblik på at undersøge personalets oplevelse af introduktion af og en dagligdag med gebyr.

Kvalitativt studium baseret på interviews med henblik på at undersøge afdelingledelsens/hospitalsledelsens overvejelser i forhold til samt oplevelse af konsekvenser i forhold til fænomenet "udeblivelse".

Studier efter RCT (forskningsspørgsmål 6-7)

Effekt på udeblivelse, ulighed og teknisk efficiens baseres på såvel individniveau- som afdelingsniveauanalyser af indsamlede RCT-baserede data. Disse data kobles endvidere med nationale registre for at få så megen som mulig information om relevante kovariate, der især skal anvendes til at analysere på eventuelle konsekvenser for lighed i adgang.

Specifikation af RCT

Forsøgsafdelinger

Der er udvalgt to afdelinger med henblik på repræsentativitet og praktisk gennemførlighed: Afdelingerne er: Radiologisk Afsnit, Regionshospitalet Silkeborg og Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg, begge Hospitalsenhed Midt, Region Midtjylland.

Alle ambulante patientaftaler inkluderes. Forsøget kommer ikke til at omhandle stationære patienter, da udeblivelsesfrekvensen skønnes at være for lav.

Konteksten på de enkelte afdelinger skal beskrives i forhold til fx eksisterende remindersystem, mulighed for at komme i kontakt med afdelingen, indkaldelse via digital post m.m. Det skal sikres, at afdelingerne i den samlede forsøgsperiode ikke indfører andre forandringer, som vil kunne have en indvirkning på udeblivelser.

Randomisering

Randomiseringen sker på individniveau hvor patienterne i forsøgsperioden fordeles tilfældigt i forbindelse med bookningen

- o til enten at modtage et gebyr i tilfælde af at den pågældende patient udebliver uden forud at have meldt afbud
- eller
- o til ikke at modtage et gebyr i tilfælde af at den pågældende patient udebliver uden forud at have meldt afbud.

Randomiseringen sker så vidt det er muligt elektronisk.

Primært effektparameter

Samtlige udeblivelser fra elektive ambulante besøg registreres. Udeblivelser, som skyldes patienten eller hospitalet (administrative fejl hos udbyder) samt årsag hertil, registreres ligeledes. Desuden registreres de tilfælde, samt årsag hertil, hvor afdelingen aflyser et besøg. Udeblivelser, aflysninger og sene afbud registreres i BookPlan (en del af MidtEPJ), hvorfra data kan trækkes (se i øvrigt Bilag 1).

I studiet defineres udeblivelser som:

- 1) Patienten udebliver fra sin aftale uden forud at have meldt afbud
- 2) Hospitalsafdelingen aflyser patientens aftale
- 3) Hospitalsafdelingen har fejlbooket patienten.

Etik

Overordnet kan indeværende forskningsprojekt betragtes som et kvalitetsforbedrende projekt, da sigtet er at undersøge om gebyr ved udeblivelse giver større effektivitet.

I studiet foretages ingen ændringer af behandlingsforløbet, og gebyr har ingen indflydelse på patientens videre forløb i sundhedsvæsenet. Derfor vurderes det, at der ikke er videnskabsetiske betænkeligheder ved at gennemføre undersøgelsen. Der er ingen risici for patienten ved deltagelse i undersøgelsen.

Studiet skal godkendes af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, hvorfor der ikke sendes en forespørgsel til Videnskabetisk Komite med henblik på vurdering af anmeldelsespligt af studiet.

Håndtering og arkivering af data

Undersøgelsens data overføres til database, samtidig laves en nøglefil med cpr-nummer og løbenummer. Data samles, bearbejdes og suppleres med registerdata på CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling/KORA. Databearbejdelsen foregår på person-ikke-identificerbare filer.

Undersøgelsens tidshorisont er ca. 2½ år, og når undersøgelsen er færdig vil personidentificerbare data blive destrueret. Undersøgelsen anmeldes til Datatilsynet og vil derefter følge Datatilsynets regler for håndtering og arkivering af data.

Organisering

Projektledelsen varetages af CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Projektet gennemføres af CFK i samarbejde med KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. Endvidere er Koncernøkonomi, Region Midtjylland og forsøgsafdelingerne tætte samarbejdspartnere i projektet, med henblik på at sikre den nødvendige sammenhæng med den praktiske implementering af gebyr ved udeblivelse.

Projektets følgegruppe består af projektets opdragsgivere Danske Regioner i form af Den Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Følgegruppens opgave bliver at kommentere på projektbeskrivelsen med tilhørende protokoller, projektets tidsplan og fremdrift samt rapporten i en relativt færdig udgave. Følgegruppen kommenterer på aktuelle dokumenter, men gruppen har ingen beslutningskompetence i forhold til projektets videnskabelige resultater.

Der etableres efter behov en faglig referencegruppe med henblik på at sikre det nødvendige videnskabelige og praktiske input til projektgruppen.

Der udarbejdes en samarbejdsaftale mellem CFK og KORA. Samarbejdsaftalen præciserer opgave- og ansvarsfordeling i projektet.

Publikations- og formidlingsstrategi

Resultaterne for undersøgelsen publiceres i videnskabelige artikler samt kongresoplæg/-abstracts og en dansksproget rapport til projektets opdragsgivere. Den videnskabelige publicering er uafhængig af, om resultaterne er positive, inkonklusive eller negative. Der indgås aftaler vedr. medforfatterskab, ligesom der udarbejdes en formidlingsplan i forbindelse med samarbejdsaftalen mellem CFK og KORA. En samlet lancering af resultaterne i en dansk sammenhæng med udgangspunkt i rapporten aftales med projektets opdragsgivere.

Referencer

Kruse LV, Hansen LG, Olesen C. Udeblivelse fra aftale i børneambulatoriet – SMS-påmindelse hjælper. *Ugeskr læger* 2009;171:1372-5.

(A) Kofoed PE, Hansen LM, Ammentorp J. Udeblivelser fra et børneambulatorium reduceres ved hjælp af påmindelsesbreve. *Ugeskr læger* 2009;171:1368-71.

(B) Kofoed PE, Hansen LM, Ammentorp J. Påmindelsesbreve reducerer udeblivelser i et børneambulatorium – et opfølgingsstudie. *Ugeskr læger* 2009;171:1375-9.

Eriksen M, Kjellberg J. Nedbringelse af udeblivelser i sundhedsvæsenet – internationalt litteraturstudie. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, 2013.

Mäntyjärvi M. No-show patients in an ophthalmological out-patient department. *Acta Ophthalmol* 1994;72:284-9.

Chariatte V, Michaud PA, Berchtold A, Akre C, Suris JC. Missed appointments in an adolescent out-patient clinic: descriptive analyses of consultations over 8 years. *Swiss Med Wkly*. 2007;137:677-81.

FAPS - Foreningen af Praktiserende Speciallæger. Overenskomst 2011. København: Lægeforeningen, 2011.

Rapport fra arbejdsgruppen vedr. betaling ved udeblivelse fra aftaler med det offentlige. København: Finansministeriet, Justitsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Socialministeriet, Integrationsministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004.

Bilag 1

Rammer for det randomiserede kontrollerede forsøg med gebyr ved udeblivelse fra elektive ambulante besøg i det offentlige sygehusvæsen

1 Indkaldelser, påmindelser og afbud

1.1 Indkaldelser

I de tilfælde, hvor det er muligt, udsendes indkaldelsesbrevet med digital post til patienternes e-boks. Hvis ikke det er muligt, udsendes indkaldelsen som almindelig brevpost. De patienter, som randomiseres til at indgå i interventionsgruppen, vil sammen med indkaldelsesbrevet modtage et bilag med information om, at de vil blive pålagt et gebyr, hvis de udebliver fra aftalen. Det skal pointeres i bilaget, hvor beslutningen om forsøgsmæssigt at indføre gebyr ved udeblivelser kommer fra, således at afdelingerne og sygehuspersonalet ikke fremstår som dem, der har truffet beslutningen om at indføre gebyr ved udeblivelse.

1.2 Påmindelser

I de tilfælde, hvor det er muligt, vil der umiddelbart inden aftalen blive udsendt sms-påmindelser til de indkaldte patienter. Begge forsøgsafdelinger sender så vidt muligt sms-påmindelser og vil øge indsatsen for at indhente mobilnumre på patienterne.

1.3 Afbud

I indkaldelsesbrevet vil der være fastsat en frist for rettidigt afbud, som sikrer, at afdelingerne kan udnytte den ledige tid. Afbud modtages dog helt op til det aftalte besøg. Det betyder, at det først er i det øjeblik, at patienterne udebliver, at de vil blive pålagt et gebyr.

Det er vigtigt, at patienterne har den fornødne mulighed for at kunne komme i kontakt med afdelingerne, såfremt de ønsker at melde afbud. Muligheden for at melde afbud telefonisk eller på e-mail skal derfor sikres, så der ikke opleves situationer, hvor patienterne ikke har haft mulighed for at give afbud.

2 Registrering af udeblivelser

Begge forsøgsafdelinger registrerer i forvejen udeblivelser i enten BookPlan eller RIS. Med henblik på fortsat at sikre datakvaliteten af dette, skal personalet på afdelingerne informeres om forsøget og vigtigheden af korrekt registrering af udeblivelser.

3 Gebyr og klagesagsbehandling

3.1 Gebyrstørrelse

Gebyrstørrelsen foreslås at følge Lægeforeningens overenskomst for praktiserende speciallæger, 2011:

”§ 25. Overholdelse af tidsaftaler

Stk. 1

Patienter, der har en tidsaftale, er forpligtede til at overholde denne aftale eller afmelde den. Patienterne må acceptere de ventetider, der kan opstå, bl.a. som følge af speciallægens forpligtelse til at varetage den akutte sygebehandling.

Stk. 2

Såfremt en patient uden rimelig grund undlader at melde afbud fra en aftalt tid senest dagen før, er patienten pligtig at betale speciallægen et gebyr pr. udeblivelse. Gebyret er 250 kr. for udeblivelse fra en konsultation og 500 kr. for udeblivelse fra en operation eller lignende. Gebyret kan alene opkræves ved udeblivelse fra aftaler vedrørende somatiske lidelser.

----- Anmærkning til § 25, stk. 2:

Det er en forudsætning, at patienter forudgående og senest ved tidsbestillingen er blevet gjort udtrykkelig opmærksom på, at ikke-undskyldelig udeblivelse kan medføre gebyr. Oplysningen skal tillige fremgå af speciallægens praksisdeklaration.” (FAPS, 2011, § 25).

Med en gebyrstørrelse på kr. 250 antages gebyret at være adfærdsregulerende og ikke finansierende.

3.2 Udstedelse af gebyr

Der udstedes gebyr til alle udeblevne patienter, og der er således ingen gyldige udeblivelsesgrunde. Det tilstræbes, at der udstedes og afsendes gebyropkrævning til udeblevne patienter mindst en gang ugentligt, således at udeblivelsen og modtagelsen af gebyropkrævningen falder tæt sammen.

3.3 Inddrivelse

Der fremsendes to rykkere for betaling af gebyr til den udeblevne patient. Såfremt gebyret ikke er betalt derefter, sendes kravet til inddrivelse via SKAT. Udgifter til inddrivelse pålægges den udeblevne patient.

3.4 Klagesagsbehandling

Sagsbehandling af eventuelle klager over gebyr ved udeblivelse forventes foretaget centralt i regionen, således at hverken sygehusadministrationen eller forsøgsafdelingerne involveres i den del. Dette for at sikre, at indførslen af gebyr ved udeblivelser har så lille en indflydelse på relationen mellem patient og sygehuspersonale som muligt.

4 Aflysninger fra sygehusenes side

Der udbetales ikke compensation til patienter, når der er tale om aflysninger fra sygehusets side. Arbejdsgruppen vedr. betaling ved udeblivelse fra aftaler med det offentlige vurderede i 2004 at ”princippet om noget for noget allerede i tilstrækkelig grad finder anvendelse i forhold til sygehusene” (Rapport fra arbejdsgruppen vedr. betaling ved udeblivelse fra aftaler med det offentlige. Finansministeriet, 2004, side 8), idet der via takststyring er tilstrækkelige incitamenter for sygehusene til at undgå aflysninger.

Desuden skal det pointeres, at der ikke eksisterer lovhjemmel til, at sygehuse kompenserer patienter ved aflysninger.