

Rigsrevisionen

Bemærkninger til Rigsrevisionen vedr. beretningsudkastet i forbindelse med DRG-undersøgelsen

Region midtjylland har modtaget fire dokumenter (inkl. indledning) fra Rigsrevisionen vedr. revisionsrapporten i forbindelse med DRG-undersøgelsen. De fire notater omhandler:

- Notat 1: Indledning
- Notat 2: DRG-systemets opbygning og anvendelse
- Notat 3: Registrering af oplysninger om patienternes sygdom og behandling
- Notat 4: Fordeling af udgifterne I fordelingsregnskaberne

Generelle bemærkninger:

Overordnet set er det vores opfattelse, at notaterne giver et meget godt overblik over anvendelse og opbygning af DRG-systemet, men det kan til tider være lidt svært at skelne mellem hvornår notaterne beskriver DRG-systemet som værktøj og hvornår der tales om effekten af anvendelsen af værktøjet. Særligt kan det være svært at se en skelnen mellem DRG-systemet og takst/aktivitetsstyring i teksten.

Ligeledes kunne det være en fordel at holde DRG ude af diskussionen om registreringskvalitet i notat 3 og nøjes med at lave koblingen i notat 1.

Det er vores opfattelse, at Indenrigs- og Sundhedsministeriets rolle i forbindelse med udarbejdelse af fordelingsregnskaberne (f.eks. fordeling af omkostninger vedr. anæstesi, radiologi, laboratoriedelser mm.), ikke er tilstrækkeligt beskrevet i notaterne.

Det kunne være ønskeligt med en følsomhedsanalyse af taksterne ift. ændringer i fordelingsregnskaberne. Hvilke ændringer i fordelingsregnskaberne medfører store udsving i taksterne? Hvor store ændringer skal der til i fordelingsregnskaberne for at taksten ændre sig med 1.000 kr.?

Rigsrevisionsnotat nr. 2:

Notatet giver et udmærket overordnet overblik over de store linjer i hhv. selve DRG-systemet samt dets nuværende anvendelse. Vi er enige i hovedlinjerne i notatets konklusioner, men har et par bemærkninger til selve gennemgangsteksten.

Ad pkt 1: Revisionen skriver: " *Regionerne har ansvaret for, at oplysningerne til udregning af taksterne er rigtige og fuldstændige, mens Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ansvaret for udregningerne i DRG-systemet og udmelding af taksterne*".

Regionerne har ansvaret for at økonomioplysningerne til udregning af taksterne er rigtige og fuldstændige, men da Indenrigs- og Sundhedsministeriet selv trækker øvrige oplysninger (bl.a. aktivitetsdata til viderefordeling af nogle af de for regionen endelige omkostningssteder) kan Regionerne ikke være eneansvarlige for korrektheden og fuldstændigheden af disse oplysninger.

Ad pkt 3:

Det skal pointeres, at der her er tale om de tilrettede udgifter der er direkte konteret på de omtalte afdelinger såvel som henførte udgifter fra relevante omkostningssteder på hospitalet og i regionen. Dette er udgifter henført fra f.eks. andre kliniske afdelinger, fælles puljer, serviceafdelinger, administration, kantine, linnedvaskeri og regionens centrale administration.

I notatet skriver revisionen " *3. Taksterne udregnes ved at koble oplysninger om behandlingen, og de ydelser patienterne har modtaget som led i behandlingen sammen med regionens og sygehusets udgifter. Herved bliver det muligt at værdisætte ydelserne og behandlingen i form af takster.*" Her kan det med fordel pointeres, at det bliver muligt at prisfastsætte ydelser og behandlinger, gruppere dem efter en given grupperingslogik, finde landsgennemsnit af et trimmet beregningsgrundlag og derved beregne de landsgennemsnitlige DRG-takster.

Ad 3.

Fordelingsregnskaber:

Der er tale om en til formålet tilrettet version af regionens udgifter forbundet med.

Ad 7. Der foretages en kvalitetsgennemgang af data inden gennemsnittet beregnes hvor bl.a. vurderede fejl og outliers identificeres. Dvs. en andel af de grupperede records enten udelades helt fra gennemsnitsberegningen eller justeres inden gennemsnittet beregnes.

Ad 9.

Der er strengt taget et tredje hovedprincip, nemlig "Der må ikke være for mange grupper".

Ad 12.

Det oprindelige formål var at udvikle et måleinstrument der kunne måle patienttyngde, da traditionelle aktivitetsmåleenheder som udskrivninger, sengedage eller antal ambulante besøg var for unuanceret til visse formål. Efterfølgende har man valgt at anvende dette måleinstrument til en række formål så som at vurdere sammenhængen mellem sygehusenes aktivitet og økonomi.

Rigsrevisionsnotat nr. 3:

Det er vigtigt at holde korrekt klinisk registrering adskilt fra DRG-systemet i dette notat. De kliniske registreringer anvendes som triggere i grupperingslogikken og fordelingsnøgler i fordelingsregnskaberne, men at sikre registreringskvaliteten bør ikke kobles sammen med datas anvendelse i DRG-systemet. Det ville gavne notatet udelukkende at fokusere på sikring af god klinisk registreringspraksis og holde alt om DRG udenfor.

Alternativt bør notatets overskrift ændres til "om betydningen af kvaliteten af registreringen af diagnoser og procedurer for DRG-systemet"

Ad 2.

Oplysninger om patienterne omfatter andet og mere. Bl.a. indlæggelsestidspunkt, udskrivningstidspunkt, ambulandato, sengeafdeling, afsnit mm.

Ad 3.

Figur 1 er ikke fyldestgørende og giver ikke det nødvendige overblik. En væsentlig udeladelse er bl.a. de oplysninger der indgår i LPR som ikke kommer fra PAS systemerne (bl.a. RIS data, snitflade 5 og øvrige oplysninger) ligesom der overføres andet end oplysninger om patienten på kodeform fra patientjournalen til PAS systemet. Vi opfordrer Rigsrevisionen til at få en mere komplet figur fra Sundhedsstyrelsen.

Ad 12. Dette er vel ikke korrekt, da der ikke afregnes for flere ambulante besøg pr. dag. Det betyder dog ikke, at problemstillingen vedr. den manglende entydighed i definitionen ikke er aktuel.

Indførelsen af sammedagspakker vil ift. DRG-systemet, i nogen grad minimere konsekvenserne af den manglende entydige definition af et ambulant besøg men ikke eliminere dem. I selve prisfastsættelsen af sammedagspakker (i de tilfælde hvor prisen for en sammedagspakke faktisk beregnes ud fra omkostningsdatabasens oplysninger) vil der forsat være et præciseringsbehov for at få overheadomkostninger fordelt korrekt, men effekten heraf vil være begrænset.

I alle mulige andre sammenhænge er der forsat en stort behov for at få en entydig definition af ambulant besøg og DRG-systemets indretning bør ikke være afgørende for hvorvidt en sådan definition laves eller ej.

Ad 23.

Tabel 1 viser muligvis ikke det Rigsrevisionen mener den viser. For Region Midtjyllands vedkommende findes der mål for hvornår patienter skal være færdigregistreret.

Man burde dele tabellen op for hver af de to målinger. Det giver ikke mening at blande de to mål sammen.

Ad 27.

Tabel 2 kan med fordel deles op i andel med fejl uden klinisk betydning og andel af fejl med klinisk betydning.

Ad 31.

Det er korrekt at der ikke er defineret et numerisk måltal på regionsniveau for Region Midtjylland mht. registreringsfejl. Fejlregistreringsfrekvenser og betydning monitoreres dog løbende (årligt) og det er et af flere værktøjer til monitorering af registreringskvaliteten.

Rigsrevisionsnotat nr. 4:

Notatet giver et godt overblik over de udfordringer regionerne og ministeriet står overfor i forbindelse med optimering af fordelingsregnskaberne og afspejler også i nogen grad den store indsats der er gjort over de seneste 10 år for netop at sikre en god kvalitet i fordelingsregnskaberne.

På enkelte områder finder vi ikke, at revisionsrapporten helt giver regionerne og Indenrigs- og sundhedsministeriet den fortjente kredit for den indsats der gøres for at få så retvisende fordelingsregnskaber som muligt indenfor de givne rammer.

Ad 1.

Fordelingsregnskaber anvendes ikke udelukkende til beregning af DRG takster. De anvendes også til interne formål i regionerne og på hospitalerne.

Det er ikke kun sygehusenes udgifter der fordeles, men regionens udgifter forbundet med den somatiske behandling. Der er tale om tilrettede udgifter. Der er tale om at fordelingsregnskaberne skal afspejle de faktiske ressourcetræk for de endelige omkostningssteder og ikke blot på sygehusene.

Ad 2. Der er tale om tilrettede udgifter. Der sker en tilretning hvor enkelte omkostningstyper udelades eller omplaceres.

Side 5

Ad 26. Regionerne har ikke altid mulighed for at validere de indberettede data, da data trækkes og behandles af ministeriet.

Ad kap. D generelt

Det er problematisk at man anvender tal fra rating på et foreløbigt resultat, da der sker rigtig meget med fordelingsregnskaberne i perioden efter 1. maj. De foreløbige ratings kan nærmere anvendes til at vurdere hvorvidt værktøjet er anvendeligt eller ej.

Ad 39.

Tallene i tabel 4 er ikke korrekte. Der indberettes bl.a. ydelsesregistreringer på medicinforbrug på cpr niveau fra flere af hospitalerne.