

5.6

Genoptræningsområdet i Region Midtjylland 2007



Resumé

Genoptræningsområdet har i 2007 været karakteriseret af en række problemstillinger relateret til den nye lovgivning på området pr. 1. januar 2007. Problemstillingerne belyses i dette notat og opdeles i problemstillinger af generel karakter relateret til samarbejdet med kommunerne omkring varetagelse af genoptræningsopgaven og i problemstillinger relateret til de økonomiske aspekter på området. De økonomiske problemstillinger vedrører dels afregningen mellem kommuner og regionen, dels det forhold at der er indført delt finansiering på området.

17. januar 2008

Jeanette Pinnerup Jensen

Tel. +45 87284517

jeanette.pinnerup@stab.rm.dk

Side 1

De generelle problemstillinger har primært været relateret til kommunernes overtagelse af de nye opgaver og de spørgsmål, der er opstået i forhold til at sikre patienter i Region Midtjylland ensartet genoptræning i hele regionen. Væsentlige udfordringer har eksempelvis været arbejdet for regional ensretning i forhold til afgrænsningen af genoptræning fra behandling, genoptræning fra vedligeholdelsestræning samt afgrænsningen mellem almindelig og specialiseret genoptræning. Dette arbejde er varetaget i et tæt samarbejde på tværs af sektorer og geografi, og der er således i 2007 nedsat en række samarbejdsfora på regionalt såvel som lokalt niveau.

Arbejdet i forhold til de økonomiske aspekter af genoptræningsområdet har primært været relateret til vanskeligheder ved implementeringen af helt nye procedurer for registrering og afregning. Disse vanskeligheder har medført fejl og mangler i registreringen, hvilket er af direkte betydning for Region Midtjyllands indtægter fra den kommunale finansiering og medfinansiering på området. Der forventes mindreindtægter på genoptræningsområdet i 2007 på 90 mio. kr. Der foretages i januar 2008 en gennemgang af registreringerne på hospitalerne i Region Midtjylland med henblik på at sikre korrekt afregning af genoptræningsydelserne udført i 2007. Mindreindtægterne skal udover problemerne i forhold til registrering også ses i lyset af upræcisheder i forudsætningerne for budget 2007 på området. Disse er indeholdt i skønnet på 90 mio. kroner ovenfor.

Indledning

Genoptræningsområdet i Region Midtjylland belyses i dette notat ud fra to vinkler. Dels de aspekter, som er relateret til samarbejdet med kommunerne omkring sundhedsaftaler og de problemstillinger, der opstår i forbindelse hermed. Dels de økonomiske aspekter som især er relateret til registrering og afregning af genoptræningsydelserne udført på hospitalerne.

Notatet er således opdelt i to afsnit. Afsnit 1 indeholder en redegørelse for *generelle problemstillinger*, der har karakteriseret genoptræningsområdet i 2007, mens afsnit 2 beskriver specifikke *økonomiske problemstillinger* inden for genoptræningsområdet i 2007.

1. Generelle problemstillinger på genoptræningsområdet i 2007

1.1 Problemstillinger og spørgsmål, som afklares i dialog med samarbejdspartnerne

Den nye lovgivning på genoptræningsområdet, som trådte i kraft den 1. januar 2007, har affødt en række problemstillinger og spørgsmål. Problemstillingerne er blandt andet opstået i forbindelse med kommunernes overtagelse af en del af genoptræningsopgaverne og den afgrænsning af opgaverne, som dette har påkrævet.

Nedenfor redegøres for nogle af de væsentligste af disse problemstillinger, som administrationen har været med til/er ved at afklare i tæt dialog med de kommunale samarbejdspartnere.

Kommunernes overtagelse af de almindelig ambulante genoptræningsopgaver

Regionen har indgået aftale med de privatpraktiserende fysioterapeuter om, at de varetog den almindelige ambulante genoptræning, indtil kommunerne blev klar til at overtage genoptræningsopgaverne. Dette har medført behov for afklaring af spørgsmål vedr. bl.a. betaling og SKS-registrering af ydelserne. Nogle hospitaler har endvidere hjulpet kommunerne med at varetage den almindelige ambulante genoptræning i løbet af 2007. Disse ordninger har fungeret i 2007 for at sikre, at patienterne fik den genoptræning, de havde krav på. Kommunerne har således haft mulighed for gradvis at overtage de almindelige ambulante genoptræningsopgaver, hvis de ikke kunne overtage dem pr. 1. januar 2007.

Regional ensretning af afgrænsning mellem almindelig og specialiseret ambulant genoptræning

Der arbejdes for regional ensretning af, hvorvidt den ambulante genoptræning af en bestemt patientgruppe skal udføres som almindelig eller specialiseret genoptræning. Dette med henblik på at sikre, at patienterne vurderes ens i hele regionen. Region Midtjyllands terapeutråd er ved at udarbejde et udkast til en oversigt over almindelige og specialiserede ambulante genoptræningsopgaver. Oversigten fungerer som rettesnor, idet hver patient skal vurderes særskilt. Oversigten drøftes i den temagruppe, som reviderer den generelle sundhedsaftale på træningsområdet.

Regional ensretning af vurdering af behov for ambulant genoptræning

Der ønskes regional ensretning af, hvorvidt patienter med bestemte diagnoser skal have ambulant genoptræning eller ej, dvs. om der skal udarbejdes en genoptræningsplan. Dette skal sikre, at patienterne vurderes ens i hele regionen.

Afgrænsning af genoptræning fra behandling

Der ønskes regional ensretning i forhold til at sikre, at der vurderes ensartet i hele regionen i forhold til, om en ydelse er genoptræning eller behandling. Der er et stort gråzoneområde indenfor eksempelvis lymfødembehandling, klumpfødder og børn med skæve hoveder, hvor der på landsplan ikke er enighed om, hvorvidt der er tale om genoptræning eller behandling. Problemstillingen er relevant, da definitionen er afgørende for, om kommunerne skal betale for en ydelse eller ej (kommunerne betaler for genoptræningsydelserne men ikke for behandlingsydelserne).

Afklaring af snitflade mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning

Der har været behov for afklaring af snitfladen mellem genoptræning (Sundhedsloven) og vedligeholdelsestræning (Serviceloven). Hvis en patient skal have genoptræning, skal der udarbejdes en genoptræningsplan, men hvis det vurderes, at patienten skal have vedligeholdelsestræning, skal der ikke udarbejdes en genoptræningsplan.

Opgaveglidning fra hospitaler til kommuner

Der har været drøftelser af opgaveglidning fra hospitalerne til de enkelte kommuner, dvs. hvornår en genoptræningsopgave kan lægges ud til de enkelte kommuner.

Sikring af opstart af almindeligt ambulant genoptræningsforløb umiddelbart efter udskrivning

Der har været drøftelser af, hvordan det sikres, at patienter i umiddelbar forlængelse af udskrivningen kan påbegynde et almindeligt ambulant genoptræningsforløb.

Andre fokusområder

- Afklaring af juridiske spørgsmål/fortolkning af bekendtgørelse og vejledning på træningsområdet.
- Afklaring af spørgsmål vedr. udformning og udfyldelse af genoptræningsplaner.
- Afklaring af enkeltsager, eksempelvis:
 - Et hospital ordinerer specialiseret ambulant genoptræning til en patient, mens det hospital, som skal varetage genoptræningen, vurderer, at patienten skal have almindelig ambulant genoptræning eller ikke skal have genoptræning.
 - En kommune vurderer, at en patient har et ambulant genoptræningsbehov, men hospitalet har ikke udarbejdet en genoptræningsplan til den pågældende patient.
 - En hospitalslæge har ikke tillid til, at en kommune kan levere almindelig ambulant genoptræning af god kvalitet og vælger derfor at ordinere specialiseret ambulant genoptræning, selvom der er tale om en almindelig ambulant genoptræningsopgave.

1.2 Organisering af samarbejdet på genoptræningsområdet

For at skabe grobund for dialog og samarbejde på tværs af geografi og sektorer er der nedsat en række samarbejdsfora på både regionalt og lokalt niveau. En central rolle for disse fora er afklaring af eksempelvis ovenstående problemstillinger og udveksling af erfaringer og idéer.

Samarbejdsfora hvor administrationen deltager:

- Møder med Terapeutrådets forretningsudvalg for at drøfte problemstillinger indenfor genoptræningsområdet.

- Møder med registreringsansvarlige terapeuter på hospitalerne for at drøfte problemstillinger indenfor registreringsområdet.
- Møder med praksiskonsulenter for at drøfte den nævnte samarbejdsaftale mellem de praktiserende fysioterapeuter og Region Midtjylland.
- Omkring hver hospitalsenhed er der dannet en klynge bestående af hospitalet, de omkringliggende kommuner, praksissektoren, Center for Folkesundhed og Regionalt Sundhedssamarbejde. Styregrupperne og de lokale faglige følgegrupper i klyngerne drøfter lokale problemstillinger på genoptræningsområdet.
- Der er nedsat en temagruppe om genoptræning i forbindelse med revideringen af den generelle sundhedsaftale om træning. Temagruppen består af repræsentanter fra hospitalerne, kommunerne, praksissektoren, Center for Folkesundhed og Regionalt Sundhedssamarbejde.
- Der er nedsat en temagruppe om økonomi bestående af repræsentanter fra hospitalerne, kommunerne, Sundhedsøkonomi og Regionalt Sundhedssamarbejde. En central opgave for denne temagruppe er bl.a. at drøfte økonomien på genoptræningsområdet.
- I sommeren 2007 var der nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som belyste genoptræningsområdet i Region Midtjylland. Arbejdsgruppen havde fokus på aktiviteten og økonomien indenfor genoptræning.

1.3 DSI's projekt om genoptræning i Region Midtjylland

Dansk Sundhedsinstitut, DSI, udarbejder i 2008 et projekt om genoptræningsområdet i Region Midtjylland. Formålet med projektet er at foretage en analyse af genoptræningsaktiviteten fordelt på hospitaler og kommuner. Det er forventningen, at analysen kan være med til at skabe klarhed over en række af de problemstillinger, der har været rejst i 2007 af både kommuner, hospitaler og region, men som det ikke har været muligt at lave en tilbundsgående undersøgelse af i 2007.

2. Økonomiske problemstillinger på genoptræningsområdet i 2007

De økonomiske problemstillinger på genoptræningsområdet vedrører dels afregningen mellem kommuner og regionen, dels det forhold at der er indført delt finansiering på området.

Hvad angår afregningen mellem kommuner og region, er denne direkte relateret til registreringerne af genoptræningsydelser på hospitalerne. Der har i 2007 vist sig at være betydelige usikkerheder og problemer i forhold til registreringspraksis på genoptræningsområdet. Problemerne skal ses i lyset af, at der i 2007 er implementeret en række helt nye procedurer for registrering på området. For eksempel skal der nu registreres forløbsbaseret i forhold til den ambulante genoptræning. Denne registreringspraksis er ikke tidligere anvendt, og der kan således ikke trækkes på erfaringer fra andre områder

Rent teknisk fungerer afregningen med kommunerne – dvs. regionen modtager de afregnede beløb fra kommunerne hver måned.

I det nedenstående gennemgås indledningsvist reglerne for registrering og afregning af genoptræning. Dette danner baggrund for en forståelse af de usikkerheder, der har været i relation til registreringsprocedurerne. Efterfølgende redegøres for Region Midtjyllands forventninger til indtægterne på genoptræningsområdet i 2007 samt problemer i relation hertil. En redegørelse for afvigelserne mellem det budgetterede og de faktiske indtægter i 2007 danner baggrund for en gennemgang af de problemer, der er relateret til registrering og afregning af genoptræning samt betydningen heraf for indtægterne.

2.1 Registrering af genoptræning

Registrering af genoptræningsydelser sker med fysio- og ergoterapeutiske procedurekoder. Koderne er fra administrativ side opdelt i henholdsvis koder for behandling og koder for genoptræning.

Det er kun koderne defineret som genoptræning, der er takstbærende og udløser afregning.

Fysio – og ergoterapeuterne arbejder dog ikke ud fra denne sondring, idet sondringen ikke er meningsfuld i praksis. I praksis er det kontekstafhængigt, hvorvidt en kode beskriver genoptræning eller behandling. En kode, der fra administrativ side er defineret som genoptræning, vil derfor også blive anvendt i forbindelse med et behandlingsforløb. Omvendt vil koder defineret som behandling blive anvendt i registreringen af et genoptræningsforløb.

Afgrænsningen mellem behandling og genoptræning er således ikke mulig på kodeniveau.

Ved *ambulant genoptræning* afgrænses genoptræning fra behandling ved registrering af administrative markører for start og slut af hhv. almindelig og specialiseret genoptræning. Disse start- og slutkoder skal indramme det ambulante genoptræningsforløb og er en forudsætning for, at der kan afregnes med kommunerne¹.

2.2 Afregning af genoptræning

Kommunerne medfinansierer *genoptræning under indlæggelse* med 70 %. Ved registrering af én af de koder, der er defineret som genoptræning, grupperes ydelsen i forhold til fem takstgrupper for genoptræning under indlæggelse. Der afregnes 70 % af den dyreste genoptræningstakst pr. sygehusudskrivning.

Kommunerne finansierer *ambulant genoptræning* med 100 %. Der afregnes en genoptræningstakst pr. besøg, hvor der er registreret én eller flere koder, defineret som genoptræning, og hvor besøget indgår i et forløb indrammet af start- og slutkode for hhv. almindelig og specialiseret ambulant genoptræning. En nedskrevet genoptræningsplan er en forudsætning for ambulant genoptræning, og kommunerne skal modtage en kopi af genoptræningsplanen.

2.3 Region Midtjyllands forventninger til indtægter på genoptræningsområdet

¹ Ved de løbende månedlige opgørelser afregnes, hvis der er startkode på forløbet. Ved årsopgørelsen vil en korresponderende slutkode ligeledes være et krav.

Udgangspunktet for Region Midtjyllands forventninger til indtægterne på genoptræningsområdet i 2007 har været DUT-opgørelsen på området.

Omfanget af genoptræningsopgaverne (ambulant og under indlæggelse) i Region Midtjylland er i DUT-opgørelsen opgjort til en værdi af 196,7 mio. kr. (tabel 1).

Tabel 1. Fordeling af genoptræning i DUT-opgørelsen, beløb i mio. kr., 2006 p/l.

DUT-opgørelsen	Hele landet	RM
Ambulant genoptræning	468,1	99,1
Genoptræning under indlæggelse	460,9	97,6
Samlet genoptræning	929,0	196,7

Region Midtjylland udgør 21,17 % af hele landet.

Region Midtjylland havde i 2006 oplysninger omkring fordelingen af genoptræning i ambulant og under indlæggelse, som pegede på en væsentlig anderledes fordeling end i DUT-beregningerne. Der var ikke tilsvarende oplysninger om det samlede niveau for genoptræningen. På den baggrund valgte Region Midtjylland at budgettere med et samlet omfang af genoptræning som beregnet i DUT, men med en væsentlig anderledes fordeling af genoptræningen i ambulant og under indlæggelse.

Region Midtjylland har således forudsat 70 % af 97,6 mio. kr. (jf. tabel 1), dvs. 68,3 mio. kr., i indtægter vedr. *genoptræning under indlæggelse* fra kommunerne.

Derudover er der budgetteret med 95 mio. kr. i *ekstra indtægter vedr. genoptræning*.

De forudsatte ekstra indtægter vedr. genoptræning skal ses i lyset af en opgørelse af omfanget af genoptræningsaktiviteten foretaget af hospitalerne i Region Midtjylland i forbindelse med kommunalreformen. Her blev opgjort, hvor stor en andel af genoptræningsaktiviteten som kommunerne forventedes at kunne overtage umiddelbart, og hvilken andel som hospitalerne forventedes fortsat at varetage.

I opgørelsen udgjorde de opgaver, som kommunerne umiddelbart kan overtage, 4,1 mio. kr., mens den del af den ambulante genoptræning, som hospitalerne varetager (den specialiserede ambulante genoptræning), udgjorde 13 mio. kr.

Baseret på opgørelsen af, at kommunerne ville kunne overtage opgaver svarende til 4,1 mio. kr., blev dette beløb fratrullet hospitalernes driftsbudget. Region Midtjylland forudsatte, at de "overskydende" 95 mio. kr., som kommunerne var blevet tildelt til ambulant genoptræning via DUT, ville tilgå regionen i form af ekstra indtægter vedr. genoptræning udført på hospitalerne.

Der knytter sig dog flere problemer til disse forudsætninger.

2.4 Upræcisheder i forudsætningerne for Region Midtjyllands fordeling af budgettet til genoptræning

I udgangspunktet var forudsætningerne for budgetteringen på genoptræningsområdet, at ud af de 95 mio. kr. vedrørte 13 mio. kr. *ambulant genoptræning* udført på hospitalerne (specialiseret ambulant genoptræning), mens de resterende 82 mio. kr. vedrørte *genoptræning under indlæggelse*. De ekstra indtægter vedr. genoptræning er dermed et

resultat af en forventning om en forskydning mellem ambulant genoptræning og genoptræning under indlæggelse.

De forudsatte ekstra indtægter skal dog ses i lyset af følgende forhold:

- Omfanget, af genoptræning udført hos privatpraktiserende terapeuter, indgik ikke i Region Midtjyllands opgørelse af genoptræningsaktiviteterne. Denne del af genoptræningsaktiviteten forventes overtaget af kommunerne. Området forventes at udgøre omkring 5 mio. kr. (baseret på bl.a. en opgørelse af omfanget fra det tidligere Århus Amt), og de ekstra indtægter vedr. genoptræning er således i udgangspunktet overvurderet med omkring 5 mio. kr.
- Ved forskydning af genoptræningen fra ambulant til under indlæggelse er der ikke taget højde for, at genoptræning under indlæggelse vedrører den kommunale medfinansiering og derfor ikke medfører 100 % finansiering. Kommunerne medfinansierer 70 % af genoptræning under indlæggelse. Der opstår på den baggrund en difference på 30 % mellem de forudsatte indtægter, og hvad der rent faktisk kan tilgås regionen via den kommunale medfinansiering. Denne difference kan opgøres til 23,1 mio. kr.²

De forudsatte ekstra indtægter vedr. genoptræning fordeler sig således som vist i tabel 2.

Tabel 2. Fordeling af de forudsatte ekstra indtægter vedr. genoptræning i budget 2007

	Beløb i mio kr.
Ambulant genoptræning på hospitalerne	13,0
Privatpraktiserende fysioterapeuter	5,0
Genoptræning under indlæggelse	
Kommunal medfinansieringsandel (70 %)	53,9
Difference (30 %)	23,1
Total	95,0

I tabel 3 fremgår, hvordan budgettet i forhold til de ekstra indtægter vedr. genoptræning ville være, hvis der tages højde for de ovenfor beskrevne problemer vedr. de oprindelige forudsætninger.

Tabel 3. Ekstra indtægter vedr. genoptræning når der tages højde for problemerne i forhold til oprindelige forudsætninger.

	Beløb i mio kr.
Ambulant genoptræning på hospitalerne	13,0
Genoptræning under indlæggelse	53,9
Total	66,9

Det fremgår, at ud af de forudsatte 95 mio. kr. er det reelt set kun 66,9 mio. kr., som kan forventes i indtægter. Forudsætningen for denne beregning er den fordeling af genoptræning i ambulant regi og under indlæggelse, som regionen havde i efteråret 2006. Det ser på

² Udgangspunktet er de 99,1 mio. kr., der i DUT blev fordelt til ambulant genoptræning. Heraf forudsætter Region Midtjylland, at 4,1 mio. kr. blev anvendt til ambulant genoptræning i kommunerne, 13 mio. kr. til ambulant genoptræning på hospitalerne, og 5 mio. kr. til genoptræning hos privatpraktiserende fysioterapeuter. Dermed er der 77 mio. kr. forudsat som indtægter fra genoptræning under indlæggelse. Idet kommunerne kun finansierer 70 % af dette (53,9 mio. kr.), opstår der en difference på 23,1 mio. kr. mellem det forudsatte, og hvad der rent faktisk kan forventes i indtægter fra den kommunale medfinansiering.

nuværende tidspunkt ud til at fordelingen mellem ambulant genoptræning og genoptræning under indlæggelse i 2007 er et sted imellem regionens forudsætninger og de forudsætninger, som er indarbejdet i DUT-reguleringen.

Upræcishederne kan derfor på nuværende tidspunkt ikke gøres op endeligt, men beløbet vil være i mellem 5 og 28 mio. kroner.

I det følgende ses på afvigelser mellem budgettet og den faktiske indtægt. Den økonomiske betydning af upræcishederne er indregnet i disse skøn.

2.5 Afvigelser mellem budget og indtægter

Ved fremskrivning af indtægterne fra den kommunale medfinansiering i perioden 1. januar til 31. august 2007 vurderes mindreindtægter på genoptræningsområdet på 90 mio. kr. i forhold til budgettet. Heraf vedrører 30 mio. kr. genoptræning under indlæggelse, mens 60 mio. kr. vedrører de forudsatte 95 mio. kr. i ekstra indtægter vedr. genoptræning.

Hvad angår *genoptræning under indlæggelse* peger prognosen på mindreindtægter i forhold til de budgetterede 68,3 mio. kr. på omkring 30 mio. kr. Derudover indgår der i de budgetterede ekstra indtægter på genoptræningsområdet indtægter vedr. genoptræning under indlæggelse på 53,9 mio. kr. Der er således væsentligt forskel på det faktiske niveau af genoptræning under indlæggelse og det forudsatte niveau.

Niveauet for den *ambulante genoptræning* på hospitalerne (specialiseret ambulant genoptræning) er højere end forventet. Her forventes merindtægter i forhold til budgettet på omkring 20 mio. kr.

Endelig skal afvigelsen mellem budget og indtægter på genoptræningsområdet ses i relation til de upræcisheder, der er i forhold til de underliggende forudsætninger for budgetteringen med 95 mio. kr. i ekstra indtægter. Disse upræcisheder medfører, at de forventede indtægter i udgangspunktet er overvurderet med mellem 5 og 28 mio. kr. (ca. 5 mio. kr. vedrørende privatpraktiserende fysioterapeuter og ca. 23 mio. kr. vedrører differencen ved genoptræning under indlæggelse) (jf. tabel 3). Den endelig opgørelse i forhold til upræcishederne kan først foretages, når regnskabet og aktivitetsopgørelsen for 2007 foreligger, hvilket også skal ses i lyset af de usikkerheder omkring manglende afregning, som det næste afsnit peger på.

2.6 Problemstillinger i forhold til registrering og afregning af genoptræning og betydning heraf for indtægterne vedr. genoptræning

Overordnet set, har der i 2007 vist sig to typer af problemstillinger på genoptræningsområdet, som kan have direkte betydning for indtægterne på området:

1. Manglende afregning af registrerede genoptræningsydelse.
2. Manglende registrering af genoptræningsydelse.

Manglende afregning af registrerede genoptræningsydelse

Da afregningen af *genoptræning under indlæggelse* sker på baggrund af de registrerede koder for genoptræning, vil der her altid være en direkte sammenhæng mellem, hvad der er registreret, og hvad der afregnes.

I forhold til *ambulant genoptræning* medfører det forhold, at der kun afregnes for genoptræningskoder indrammet af start- og slutkoder, at ikke alle besøg med genoptræningskode skal afregnes. Der vil i opgørelser af omfanget af den ambulante genoptræning baseret på registrerede koder for genoptræning således også indgå ydelser, hvor genoptræningskoden er anvendt som en del af et behandlingsforløb.

Et eksempel på dette er ambulante kontrolbesøg, der forekommer som opfølgning på en behandling. Der er i disse tilfælde ikke tale om genoptræningsbesøg, men ydelserne givet under disse besøg kan være registreret med genoptræningskoder. Sådanne besøg vil derfor indgå i opgørelser over omfanget af genoptræning baseret på genoptræningskoderne.

På regionsniveau er ca. 30 % af de registrerede genoptræningsydelser ikke afregnet - dette dækker over store forskelle på tværs af hospitalerne (tabel 5). Forskellene varierer fra omkring 85 % ikke-afregnede ydelser med genoptræningskoder på Århus Universitetshospital, Skejby og Regionshospitalet Silkeborg til 15 % ikke-afregnede i Hospitalsenheden Vest.

Tabel 5. Ambulante besøg med genoptræningskoder registreret på hospitalerne i Region Midtjylland, 1. januar – 30. september 2007, antal og pris.

	Alm			Spec			Ej afregnet			Total	
	Antal	Pris	Andel	Antal	Pris	Andel	Antal	Pris	Andel	Antal	Pris
RH Horsens, Brædstrup	412	264.110	6,5%	4.432	3.071.690	69,8%	1.507	1.004.900	23,7%	6.351	4.340.700
Hospitalsenheden Vest	212	136.110	1,4%	12.975	8.582.425	83,4%	2.371	1.560.275	15,2%	15.558	10.278.810
RH Silkeborg	1	640	0,1%	230	147.200	12,9%	1.556	1.072.593	87,1%	1.787	1.220.433
ÅUH, Århus Sygehus	382	245.125	6,9%	1.985	1.305.123	35,9%	3.163	2.667.023	57,2%	5.530	4.217.271
RH Randers	424	279.960	6,3%	3.932	2.677.945	58,3%	2.394	1.626.365	35,5%	6.750	4.584.270
ÅUH, Skejby		-	0,0%	262	167.895	14,9%	1.495	959.165	85,1%	1.757	1.127.060
RH Viborg	2.831	1.826.606	17,5%	10.358	6.768.410	64,0%	2.996	2.101.983	18,5%	16.185	10.696.999
Total	4.262	2.752.551	7,9%	34.174	22.720.688	63,4%	15.482	10.992.304	28,7%	53.918	36.465.543

Kilde: eSundhed, DSYS4 pr. 14. november 2007

Forskellene på tværs af hospitalerne indikerer, at der på nogle hospitaler kan være genoptræningsydelser, som fejlagtigt ikke er blevet afregnet på grund af manglende og/eller fejl i registreringer af start- og slutkoder.

Sundhedsøkonomi har i gennem hele 2007 været i dialog med fysio- og ergoterapeuter på hospitalerne omkring registrering. I denne dialog er der blevet opmærksomhed på flere fejlkilder til manglende registrering af start-/slutkoder eller fejl i registrering af disse. Fejlkilderne er bl.a. manglende registrering af startkode ved første besøg i 2007 ved patienter opstartet i 2006, for sen/tidlig registrering af hhv. start- eller slutkode (nogle besøg falder uden for start- og slutkoderne), afbrydelse af en ambulant kontakt af en indlæggelse, m.m.

I forlængelse af problemstillingen vedr. manglende start- og slutkoder er der omvendt også en problemstilling i forhold til, at der er genoptræning, som er registreret med koder defineret som behandling, og som derfor ikke afregnes. Dvs. at der er registreret forløb med start- og slutkoder for genoptræning, men hvor ydelserne imellem startkoderne er registreret med koder defineret som behandling.

Manglende registrering

Væsentlige forskelle i det relative niveau af genoptræning udført på hospitalerne kan tyde på, at der på nogle hospitaler mangler registrering af genoptræningsydelser. Dette gør sig gældende i forhold til såvel genoptræning under indlæggelse som ambulant genoptræning.

For eksempel udgjorde andelen af sygehusudskrivinger, hvor der er ydet genoptræning, 4 % på Århus Universitetshospital, Skejby, pr. 30. september 2007, mens andelen var 21 % på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup, Odder.

I forhold til den ambulante genoptræning er der ligeledes væsentlige relative forskelle i niveauet af genoptræning på tværs af hospitalerne. Eksempelvis er niveauet af specialiseret ambulant genoptræning - målt i forhold til den samlede aktivitet 2006 - cirka fem gange højere på Regionshospitalet Viborg sammenlignet med Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

Betydning af problemerne i forhold til registrering af genoptræning

Mekaniske beregninger af det mulige økonomiske omfang af problemerne med registreringen af genoptræningsydelser peger på et omfang i størrelsesordenen 40 mio. kr. Beregningerne er foretaget ud fra en antagelse om, at genoptræningen har samme omfang på alle hospitaler i regionen i forhold til udskrivinger/aktivitet. Det skal understreges, at beregningerne er vejledende i forhold til belysning af problemstillingerne vedrørende registrering og afregning af genoptræningen.

Det er på baggrund af ovenstående aftalt med hospitalerne i Region Midtjylland, at der i januar 2008 igangsættes en gennemgang af registreringerne af genoptræningsydelserne i 2007. Gennemgangen sker med henblik på at sikre korrekt afregning af den kommunale finansiering og medfinansiering af genoptræningsområdet.