



**FOLKETINGET
RIGSREVISIONEN**

Februar 2020

**Rigsrevisionens notat om
beretning om**

DRG-systemet

Opfølgning i sagen om DRG-systemet (beretning nr. 11/2010)

5. februar 2020

RN 403/20

1. Rigsrevisionen følger i dette notat op på sagen om DRG-systemet, som blev indledt med en beretning i 2011. Vi har tidligere behandlet sagen i notater til Statsrevisorerne af 20. januar 2012, 4. marts 2014 og 3. oktober 2016.



Konklusion

Sundheds- og Ældreministeriet har iværksat en række tiltag, der har sigte på at forbedre kvaliteten af de data og registreringer, som DRG-systemet anvender. Ministeriet har således sikret, at den specialespecifikke registrering også er understøttet i det nye landspatientregister (LPR3). Da der ikke længere skelnes mellem stationære og ambulante patienter, er det tidligere behov for at beskrive patientbehandlingen i ambulatorierne ikke længere relevant. Endelig har ministeriet taget initiativer til at sikre, at sygehuses fordelingsregnskaber kan blive indberettet med den rette kvalitet.

Rigsrevisionen finder de iværksatte initiativer tilfredsstillende og vurderer, at denne del af sagen kan afsluttes.

Rigsrevisionen baserer denne konklusion på følgende:

- Overgangen til LPR3 har betydet, at det ikke længere er relevant at udarbejde specialespecifikke vejledninger. Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at Sundheds- og Ældreministeriet fortsat vil sikre, at der er relevante og aktuelle SKS-koder, som regionerne kan anvende i deres registrering af sundhedsfaglige aktiviteter.
- Det tidligere behov for at kunne skelne mellem, hvilke koder der knyttede sig til de enkelte ambulante besøg, er ikke længere relevant, da der ikke længere skelnes mellem stationære og ambulante patienter.
- Sundheds- og Ældreministeriet har udarbejdet et nyt indberetningsværktøj til brug for sygehuses indberetning af fordelingsregnskaber. Ministeriet opdaterer hvert år en national retningslinje til brug for regionernes indberetning, der kan være med til sikre kvalitet og mere ensretning i regionernes indberetning.
- Der er fortsat udfordringer med at fordele udgifter til lægeløn, implantater og medicin. Sundheds- og Ældreministeriet vurderer, at yderligere arbejde i forhold hertil ikke vil stå mål med det nødvendige resurseforbrug.

Sagsforløb for en større undersøgelse



Du kan læse mere om forløbet og de enkelte step på www.rigsrevisionen.dk

SKS-koder

SKS-koder bruges i forbindelse med registrering af sundhedsfaglige ydelser i de patientadministrative systemer og efterfølgende indberetning til Landspatientregisteret. SKS-koder er dermed med til at sikre en entydig brug og fortolkning af information.

Rigsrevisionen vil fortsat følge udviklingen og orientere Statsrevisorerne om:

- Sundheds- og Ældreministeriets kvartalsvise datakvalitetsrapporter for at afdække, om datakvaliteten udvikler sig tilfredsstillende
- hvorvidt udfordringerne med datakvaliteten som følge af overgangen til LPR3 bliver løst.

I. Baggrund

2. Rigsrevisionen afgav i august 2011 en beretning til Statsrevisorerne om DRG-systemet. Beretningen handlede om DRG-systemet og det datagrundlag, som bruges til at udregne de takster, der anvendes i den økonomiske styring af de offentlige sygehuse. Taksterne er et landsgennemsnit af udgifterne til behandling og pleje af patienter på offentlige sygehuse. Datagrundlaget udgøres primært af oplysninger om patienternes sygdom og behandling og de udgifter, der er knyttet dertil. Sygehusene indberetter data til DRG-systemet bl.a. gennem Landspatientregisteret og sygehusenes fordelingsregnskaber, som er den enkelte regions og sygehusenes udgifter fordelt på de afdelinger, hvor patienterne modtager behandling. Beretningen viste, at sygehusene havde et meget omfattende brug af DRG-systemet, og at der var et betydeligt behov for at forbedre kvaliteten af de data, som systemet anvender.

3. Da Statsrevisorerne behandlede beretningen, bemærkede de, at der var behov for at forbedre kvaliteten af de data og registreringer, som DRG-systemet anvender. Statsrevisorerne fremhævede, at Sundhedsstyrelsen burde sikre fælles retningslinjer for registreringen inden for de enkelte lægevidenskabelige specialer og for definitionen af ambulante besøg. Statsrevisorerne bemærkede desuden, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Sundheds- og Ældreministeriet) sammen med regionerne burde tage initiativ til at reducere det høje fejlniveau i sygehusenes registrering af sygdomme og behandlinger. Endvidere fandt Statsrevisorerne det ikke tilfredsstillende, at ukorrekte og forsinkede data i DRG-systemet medførte, at beregningen af takster og styringen af sygehusenes økonomi mv. hvilede på et usikkert grundlag – selv efter en længere årrække med kendskab til et højt fejlniveau. I den forbindelse fandt Statsrevisorerne, at sygehusenes fordelingsregnskaber burde indberettes til tiden og i den rette kvalitet.

4. På baggrund af beretningen og Statsrevisorernes bemærkninger til beretningen og Rigsrevisionens opfølgende notat fra oktober 2016 har vi fulgt op på følgende punkter:

Opfølgningspunkt	Status
1. Sundheds- og Ældreministeriets initiativer til at understøtte den specialespecifikke registrering på sygehusene.	Behandles i dette notat .
2. Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes initiativer, som skal forbedre kvaliteten af registreringen af patienternes sygdomme og behandlinger, samt ministeriets initiativer for at sikre en bedre beskrivelse af patientbehandlingen i ambulatorierne.	Behandles i dette notat.
3. Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes initiativer og fortsatte arbejde med at få sygehusernes fordelingsregnskaber indberettet med den rette kvalitet.	Behandles i dette notat.

Et opfølgningspunkt afsluttes, når Statsrevisorerne på baggrund af indstilling fra Rigsrevisionen vurderer, at myndighedernes initiativer er tilfredsstillende.

5. Vi redegør i dette notat for resultaterne af opfølgningen på ovenstående punkter.

Hele sagen og dens dokumenter kan følges på www.rigsrevisionen.dk og på www.ft.dk/Statsrevisorerne.

II. Sundheds- og Ældreministeriets initiativer

6. Vi gennemgår i det følgende Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes initiativer i forhold til de udestående opfølgningspunkter. Gennemgangen er baseret på en skriftlig redegørelse fra Sundheds- og Ældreministeriet.

Initiativer, som understøtter den specialespecifikke registrering

7. Statsrevisorerne konstaterede, at Sundhedsstyrelsen burde sikre fælles retningslinjer for sygehusernes registrering inden for de enkelte lægefaglige specialer.

8. Det fremgik af beretningen, at Sundhedsstyrelsen af resursemæssige årsager ikke havde taget initiativ til at udarbejde fælles retningslinjer for sygehusernes registrering af patienter inden for de enkelte lægefaglige specialer (specialespecifikke retningslinjer). Retningslinjerne, der skulle understøtte sygehusernes basisregistrering af patienterne, skulle sikre en mere ensartet registrering inden for de enkelte lægefaglige specialer på tværs af regioner og sygehuse. Konsekvensen af den manglende nationale koordinering var, at regioner og sygehuse hver især var begyndt på dette arbejde, hvilket udgjorde en risiko for uensartet registrering af patienter og behandling på tværs af regionerne.

9. Sundheds- og Ældreministeriet oplyste i forbindelse med Rigsrevisionens opfølgning i 2016, at der var udarbejdet specialespecifikke vejledninger inden for 10 lægefaglige specialer, som understøtter retningslinjerne for basisregistreringen af patienternes sygdomme og behandling. Ministeriet har efterfølgende udarbejdet yderligere en specialevejledning.

Forskellig overgang til LPR3

I februar 2019 overgik Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark til LPR3. Region Nordjylland og Region Syddanmark overgik til LPR3 i marts 2019.

Patientadministrative systemer

Indeholder oplysninger om den enkelte patients indlæggelses- og udskrivningsdato, sygehusafdeling, diagnoser, operationer mv.

Kliniske systemer

Indeholder oplysninger om de ydelser, som sygehuset har udført.

Organisationen af lægevidenskabelige selskaber

En interesseorganisation for læger og andre sundhedsprofessionelle, der bl.a. arbejder med sundhedsforskning, kvalitetsudvikling og forbedring af behandlingerne i det danske sundhedsvæsen.

Epj

Epj står for elektronisk patientjournal. Formålet med journalen er bl.a. at øge tilgængeligheden af data og sikkerheden omkring de oplysninger, som sundhedspersonalet (læger mfl.) gemmer om hver enkelt patient.

10. Sundheds- og Ældreministeriet indførte i februar/marts 2019 et nyt landspatientregister (LPR3), som regionerne skal indberette til. LPR3 er indført som led i Sundhedsdataprogrammet, som er ministeriets nye nationale program for udvikling af en ny it-infrastruktur på sundhedsområdet og et samarbejde om brug og deling af sundhedsdata på tværs af stat, regioner og kommuner.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at implementeringen af LPR3 har betydet, at specialespecifikke retningslinjer ikke længere er aktuelle. Årsagen er, at indberetning til LPR3 så vidt muligt skal tage udgangspunkt i allerede registrerede sundhedsdata i de kliniske og patientadministrative systemer i regionerne. Ansvar for specialespecifikke vejledninger er derfor flyttet ud i den enkelte region. Sundhedsdatastyrelsen vil fortsat i dialog med de lægevidenskabelige selskaber sikre, at der er relevante og aktuelle SKS-koder til at beskrive de sundhedsfaglige aktiviteter.

11. Rigsrevisionen kan konstatere, at overgangen til LPR3 har betydet, at det ikke længere er relevant at udarbejde specialespecifikke vejledninger. Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at Sundheds- og Ældreministeriet fortsat vil sikre, at der er relevante og aktuelle SKS-koder, som regionerne kan anvende i deres registrering af sundhedsfaglige aktiviteter. Rigsrevisionen vurderer på den baggrund, at denne del af sagen kan afsluttes.

Initiativer til forbedring af kvaliteten i patientregistreringen på sygehusene

12. Statsrevisorerne bemærkede, at Sundheds- og Ældreministeriet og ledelserne i regionerne og på sygehusene burde tage initiativ til at reducere det høje fejlniveau i registreringer af sygdomme og behandlinger. Desuden bemærkede Statsrevisorerne, at ministeriet burde sikre fælles retningslinjer for definitionen af ambulante besøg.

13. Det fremgik af beretningen, at registreringen på sygehusene af patienternes sygdomme og behandlinger ikke havde en tilfredsstillende kvalitet. Den manglende kvalitet medførte bl.a., at DRG-takster blev fejlbehæftet. Desuden viste beretningen, at Sundhedsstyrelsen ikke havde foretaget en definition af ambulante besøg og kun i begrænset omfang havde indført en samlet afregning for flere sammenhængende ydelser i et ambulant forløb (sammedagspakker). Det betød, at sygehusene kunne opnå en kunstig høj afregning for de enkelte ambulante ydelser ved at indkalde patienterne flere gange i et ambulant forløb i stedet for at samle besøgene på samme dag.

Registreringen på sygehusene

14. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det har været centralt, at indberetning til LPR3 så vidt muligt skulle tage udgangspunkt i allerede registrerede sundhedsdata i de kliniske og patientadministrative systemer i regionerne. Dette skulle være med til at sikre god datakvalitet og potentielt reducere dobbeltregistreringer. Implementeringen af de kliniske epj'er og patientrettede brugersystemer er forskellig i de enkelte regioner, og ansvaret ligger derfor hos regionerne. Ministeriet har oplyst, at der stadig vil være plads til lokal fortolkning i overensstemmelse med variationerne i den lokale arbejdspraksis.

15. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet med overgangen til LPR3 løbende har fokus på datakvaliteten. Ministeriet har således foretaget en gennemgående oprydning i utidssvarende begreber. Derudover har der været fokus på at sikre, at der kun indberettes data, som bliver anvendt til monitorering og forskning m.m., og at data gerne skal kunne anvendes til flere formål. Ministeriet har desuden siden overgangen til indberetning til Landspatientregisteret efter LPR3-modellen udarbejdet 5 datakvalitetsrapporter. Ministeriet forventer, at rapporterne i 2020 vil fortsætte som kvartalsvise udgivelser.

Rapporterne indeholder resultaterne af de datakvalitetsanalyser, som Sundhedsdatastyrelsen udarbejder på LPR3. Rapporterne indeholder afsnit, hvor resultaterne fra henholdsvis private og regionale indberettere bliver gennemgået. For regionerne er resultaterne inddelt, så det er muligt at se, hvordan datakvaliteten er i forhold til henholdsvis forløbselementer og kontakter for hver enkelt region. Den seneste rapport fra september 2019 viste, at der fortsat udestår væsentlige udfordringer med datakvaliteten fra regionerne efter overgangen til LPR3. Efter Sundheds- og Ældreministeriets vurdering er det dog forventeligt. Ministeriet forventer imidlertid, at de væsentligste udfordringer er løst i 1. kvartal 2020.

Resultaterne af rapporteres til henholdsvis den midlertidige styregruppe for LPR3-implementering og de blivende fora: Udvalg for Datakvalitet og Indberetning og Referencegruppen for LPR3-uddataleverancer. Foraene har ansvaret for dels at følge op på resultaterne af de datakvalitetsanalyser, som fremgår af rapporterne, dels at sætte en udvikling og retning for det fremtidige kvalitetsarbejde. Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne deltager i disse fora og får således gennem disse viden om udviklingen i datakvaliteten.

16. Rigsrevisionen finder det positivt, at Sundheds- og Ældreministeriet udarbejder datakvalitetsrapporter, som sætter fokus på datakvaliteten i de enkelte regioner. Rigsrevisionen vil fortsat følge datakvalitetsrapporterne for at afdække, om datakvaliteten udvikler sig tilfredsstillende. Rigsrevisionen vil desuden følge op på, om udfordringerne med datakvaliteten som følge af overgangen til LPR3 bliver løst.

Registrering af ambulante besøg

17. Det fremgik af beretningen, at det tidligere landspatientregister rummede udfordringer i forhold til den måde, de ambulante patienter blev registreret på. Bl.a. kunne man ikke entydigt skelne mellem, hvilke koder der knyttede sig til de enkelte ambulante besøg, når en patient havde flere besøg samme dag.

18. Sundheds- og Ældreministeriet har ved overgangen til LPR3 udarbejdet en ny indberetningsvejledning, som erstatter vejledningen "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter". Ministeriet har i indberetningsvejledningen til LPR3 foretaget væsentlige ændringer, der afspejler muligheden for at sammenkoble patientkontakter til forløb.

19. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at alle patienters kontakt med sygehusvæsenet bliver indberettet i LPR3 som selvstændige kontakter med oplysninger om patienternes diagnoser og behandling. Det fremgår således af ”DRG2018 – en kort introduktion” fra december 2017, at udviklingen i de senere år har været, at DRG-systemet ikke har understøttet den mest hensigtsmæssige tilrettelæggelse af patientbehandlingen. Der har derfor været et generelt behov for at sikre, at systemet afspejler gældende klinisk praksis og organisering på landets sygehuse. Det har betydet, at stationære og ambulante kontakter samles, og i stedet dannes der forløb ud fra en tidsmæssig sammenhæng baseret på tidstro start- og sluttidspunkter for patientkontakter. Med samlingen er der således ikke længere et behov for at beskrive, hvilke koder der knytter sig til patientbehandlingen i ambulatorierne, så det er muligt at skelne mellem stationære og ambulante patienter.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at LPR3 fortsat er en patientkontaktmodel, men den indeholder nu også en forløbsoverbygning og tidstro data. LPR3 understøtter dermed bedre samarbejdet mellem flere parter og afspejler de faktiske sundhedsfaglige aktiviteter fra de deltagende enheder. Det er ministeriets vurdering, at kontaktdelen er blevet væsentligt forbedret i forhold til ikke at stå i vejen for den patientorienterede logistik og aktivitetsstyring, herunder fx flere besøg på samme dag.

20. Rigsrevisionen kan konstatere, at overgangen til LPR3 har betydet, at indberetningen til LPR3 så vidt muligt skal tage udgangspunkt i allerede registrerede sundhedsdata i de kliniske og patientadministrative systemer i regionerne. Rigsrevisionen kan konstatere, at der ikke længere skelnes mellem stationære og ambulante patienter, og at det tidligere behov for at kunne skelne mellem, hvilke koder der knyttede sig til de enkelte ambulante besøg, ikke længere er relevant. I stedet anvendes der tidsmæssige forløb baseret på tidstro start- og sluttidspunkter for patientkontakter. Rigsrevisionen vurderer på den baggrund, at denne del af sagen kan afsluttes.

Initiativer til at få sygehusenes fordelingsregnskaber indberettet i den rette kvalitet

21. Statsrevisorerne bemærkede, at sygehusenes fordelingsregnskaber burde indberettes til tiden og med den rette kvalitet. Statsrevisorerne fandt det således ikke tilfredsstillende, at ukorrekte og forsinkede data i DRG-systemet medførte, at beregningen af takster og styringen af sygehusenes økonomi mv. hvilede på et usikkert grundlag – selv efter en længere årrække med kendskab til et for højt fejlniveau.

22. Det fremgik af beretningen, at der var behov for, at Sundheds- og Ældreministeriet sammen med regionerne sikrede, at fordelingsregnskaberne, der indgår som grundlag for beregningen af DRG-taksterne, generelt fik en højere kvalitet. Dette ville gøre de endelige takster mere retvisende. Beretningen viste videre, at ministeriet og regionerne de seneste år i fællesskab havde arbejdet på at ensrette rammerne og kravene til fordelingsregnskaberne, men at der fortsat var en række udfordringer, hvor udgifter til fx implantater, lægeløn og medicin ikke var direkte koblet til den enkelte patient.

23. Sundheds- og Ældreministeriet oplyste i forbindelse med Rigsrevisionens notat til Statsrevisorerne fra 2016, at ministeriet arbejdede på et nyt indberetningsværktøj til indberetning af fordelingsregnskaberne, som skulle afløse de tidligere Excel-skabeloner. Derudover arbejdede ministeriet på at standardisere økonomi- og aktivitetsdata i fordelingsregnskaberne. Begge tiltag ville efter ministeriets opfattelse bidrage til, at væsentlige fejlkilder i grundlaget for beregningen af DRG-takster elimineres, og at taksterne vil blive mere retvisende.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at Sundhedsdatastyrelsen efterfølgende har implementeret det nye indberetningsværktøj i slutningen af 2016, hvilket har betydet, at fordelingsregnskaberne generelt bliver indberettet til tiden. Derudover er sygehusenes indberetninger gjort tilgængelige på en fælles indberetningsportal. Portalen og værktøjet er med til at sikre en mere standardiseret indberetningsform.

Sundhedsdatastyrelsen arbejder løbende på at sikre en ensretning af data i forhold til takstberegningen. Sundhedsdatastyrelsen har gennem flere år udarbejdet en national retningslinje, der bliver revideret hvert år, hvor nye områder bliver uddybet. Dette har bidraget til, at kvaliteten i indberetningen og ensretningen af data er blevet bedre over tid. Ministeriet har dog oplyst, at indberetning af fordelingsregnskaber er frivillig, og at Sundhedsdatastyrelsen kun kan henstille til dels, at fælles retningslinjer følges, og dels hvilket detaljeringsniveau fordelingsregnskaberne bør have.

24. Det fremgik af beretningen, at Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne de seneste år i fællesskab havde arbejdet på at ensrette rammerne og kravene til fordelingsregnskaberne, men at der fortsat var en række udfordringer, hvor udgifter til lægeløn, implantater og medicin ikke var direkte koblet til den enkelte patient.

25. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det i forhold til fordeling af lægeløn ikke er muligt på basis af data i de nuværende systemer at skabe sammenhængen fra lønudbetaling til tidsforbrug for den enkelte patient. Derfor anvendes fordelingsnøgler og gennemsnitsbetragtninger, hvor lægernes vagtplaner ligger til grund for fordelingerne på de enkelte sygehuse. Ministeriet har i den nationale retningslinje angivet, at sygehusene enten kan vælge at bruge Sundhedsdatastyrelsens anbefalede fordelingsnøgler eller egne fordelingsnøgler til de lønudgifter, som ikke i udgangspunktet er fordelt ud på de enkelte afsnit på sygehusene.

26. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det i forhold til fordeling af udgifter til implantater og medicin fortsat ikke er muligt at koble disse til den enkelte patient i DRG-systemet. For at understøtte fordelingen udarbejder Sundhedsdatastyrelsen hvert år en inspirationsliste vedrørende implantater og medicin, som sygehusene kan anvende i deres arbejde med fordelingsregnskaberne. Inspirationslisterne er også beskrevet i den nationale retningslinje. Ministeriet har derudover oplyst, at ministeriet ikke har iværksat et yderligere arbejde med at definere implantatpakker, registrering og priser inden for DRG, og at der heller ikke er iværksat et yderligere arbejde med at få ensrettet og få flere data for medicin, da det er ministeriets vurdering, at arbejdet ikke vil stå mål med det nødvendige resurseforbrug.

27. Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at Sundheds- og Ældreministeriet har udarbejdet et nyt indberetningsværktøj til sygehusenes indberetninger af fordelingsregnskaber. Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at ministeriet hvert år reviderer den nationale retningslinje, da det kan være med til at sikre kvalitet og mere ensretning i regionernes indberetning til brug for takstberegningen. Der er fortsat en række udfordringer med at fordele udgifter til lægeløn, implantater og medicin. Ministeriet har som en del af den nationale retningslinje udarbejdet inspirationslister til fordeling af implantater og medicin og har i den nationale vejledning angivet, hvordan sygehuse kan fordele lægeløn. Rigsrevisionen kan konstatere, at det er ministeriets vurdering, at yderligere arbejde i forhold hertil ikke vil stå mål med det nødvendige resurseforbrug. Rigsrevisionen vurderer på den baggrund, at denne del af sagen kan afsluttes.

Lone Strøm