



Beretning til Statsrevisorerne om DRG-systemet

August
2011

revision
revision

revision

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og konklusion	1
II.	Indledning	7
	A. Baggrund	7
	B. Formål, afgrænsning og metode.....	7
III.	DRG-systemets opbygning og anvendelse.....	10
	A. DRG-systemets opbygning	10
	B. Brug af taksterne.....	13
IV.	Registrering af oplysninger om patienternes sygdomme og behandlinger.....	16
	A. Generelt om registrering af patienternes sygdomme og behandlinger	16
	B. Retningslinjer for sygehusenes registrering.....	18
	C. Opgave- og ansvarsfordeling for registrering.....	20
	D. Mål for registrering og opfyldelse af målene	21
V.	Fordeling af udgifter i fordelingsregnskaberne.....	28
	A. Generelt om fordeling af udgifter	28
	B. Krav til fordelingsregnskaber	30
	C. Indberetning af fordelingsregnskaber	33
	D. Sygehusenes fordelingsregnskaber.....	34
	Bilag 1. Ordliste.....	37

Rigsrevisionen afgiver denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997 som ændret ved lov nr. 590 af 13. juni 2006.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Lars Løkke Rasmussen: november 2001 – november 2007

Jakob Axel Nielsen: november 2007 – februar 2010

Bertel Haarder: februar 2010 –

I. Introduktion og konklusion

1. DRG-systemet bruges til at udregne takster, som bl.a. anvendes i den økonomiske styring af de offentlige sygehuse. Taksterne er et landsgennemsnit af udgifterne til behandling og pleje af patienter på offentlige sygehuse. Taksterne udregnes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, både for indlagte patienter (stationær behandling) og for patienter, der behandles uden indlæggelse (ambulant behandling).

2. Denne beretning handler om DRG-systemet og de oplysninger, som ligger til grund for udregning af taksterne. DRG-systemet indeholder en stor mængde data om sundhedsvæsenet og de udførte aktiviteter. Datagrundlaget udgøres primært af oplysninger om patientens sygdom og behandling, og hvilke udgifter der er knyttet dertil.

3. Det danske sundhedsvæsen har brugt DRG-systemet siden 1996, hvor ministeriet offentliggjorde den første undersøgelse af sygehusenes produktivitet. Siden da er data fra systemet blevet anvendt til flere og flere formål, herunder bl.a. planlægning, statistikker, overvågning og klinisk forskning, som skal bidrage til at udvikle kvaliteten i behandlingerne.

4. Baggrunden for undersøgelsen er den omfattende anvendelse af data fra DRG-systemet. Rigsrevisionen har selv igangsat undersøgelsen i august 2010.

Formålet med beretningen er at undersøge, om ministeriet og regionerne sikrer, at data til udregning af taksterne har en tilfredsstillende kvalitet.

Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Hvordan er DRG-systemet opbygget, og hvad bruger Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne systemet til?
- Sikrer Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne, at sygehuse og afdelinger registrerer patientens sygdom og behandling med en tilfredsstillende kvalitet?
- Sikrer Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne en tilfredsstillende kvalitet af de regnskaber, der viser fordelingen af udgifter til afdelingerne, som leverer ydelser og behandling til patienterne (fordelingsregnskaberne)?

5. I undersøgelsen indgår ministeriet og regionerne, herunder sygehusene, bortset fra de psykiatriske sygehuse. Undersøgelsen bygger på data, som er registreret fra 2007 til og med 2010. Oplysningerne i beretningen har Rigsrevisionen indsamlet i perioden august 2010 – juni 2011.

DRG-systemet

DRG (Diagnose Relaterede Grupper) henviser til en opdeling af patienter i grupper, som systemet bruger. I DRG-systemet bliver oplysninger om, hvilke sygdomme patienten bliver behandlet for, og hvilke ydelser patienten modtager, koblet sammen med sygehusafdelingernes udgifter. Formålet med systemet er at udregne gennemsnitlige udgifter for behandling og pleje for grupper af patienter. Ud fra de gennemsnitlige udgifter fastsættes taksterne.

Fordelingsregnskab

Fordelingsregnskabet er et regnskab over udgifter fordelt ud på kliniske afdelinger. Med fordelingsregnskabet opgør sygehusene udgifter ved de enkelte afdelinger, som leverer ydelser og behandling til patienterne.

UNDERSØGELSENS HOVEDKONKLUSION

Sygehusområdet er et økonomisk væsentligt og meget komplekst offentligt driftsområde. Med DRG-systemet etablerede Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 1996 et system, som tilvejebringer viden om aktiviteterne og produktiviteten på sygehusene. Siden 1996 er data fra systemet blevet anvendt til flere og flere formål, herunder at planlægge, budgettere, afregne og benchmarke aktiviteter.

Med sygehusvæsenets omfattende brug af DRG-systemet vurderer Rigsrevisionen på baggrund af undersøgelsen, at der er et betydeligt behov for at forbedre kvaliteten af de data, som systemet anvender.

Der er således behov for, at ministeriet sammen med regionerne sikrer, at fordelingsregnskaberne – der fordeler regionens og sygehusenes udgifter ud på de behandlende afdelinger – generelt får en højere kvalitet og bliver afleveret til ministeriet på et tidligere tidspunkt. Dette vil gøre de endelige takster mere retvisende og give ministeriet mulighed for at melde taksterne hurtigere ud til regionerne. En bedre datakvalitet vil desuden gøre det muligt at styrke den økonomiske styring på sygehusene og forbedre grundlaget for benchmarking på tværs af sygehusene.

Rigsrevisionen vurderer, at der i særlig grad er behov for, at kvaliteten af data om patienternes sygdomme og behandlinger styrkes. Der er behov for både at forbedre rammerne for registreringen, herunder retningslinjer og mål for kvaliteten af registreringen, og kvaliteten af den konkrete registrering af data. Rigsrevisionen lægger i den forbindelse vægt på, at oplysningerne om sygdomme og behandlinger indgår i beregningen af taksterne via Landspatientregisteret. Dette register tjener mange formål, herunder klinisk forskning, sundhedsstatistik, sundhedsplanlægning, information til offentligheden, det politiske niveau mv. Det er derfor uheldigt, at der er omfattende og væsentlige fejl i datagrundlaget, herunder også fejl, som giver et forkert billede af patientens sygdom og behandling.

Rigsrevisionen anbefaler på den baggrund, at ministeriet og regionerne i fællesskab tager initiativer til at hæve datakvaliteten og forbedre registreringen af data om patienten. Det kan bl.a. ske ved at sætte mål for acceptable fejlratere i registreringen, og ved at der udarbejdes fælles procedurer for at undersøge, om data er uden fejl og mangler.

Problemerne med manglende datakvalitet og det høje fejlniveau i registreringen af sygdomme og behandlinger har været kendt af ministeriet og regionerne i en årrække. De iværksatte initiativer til forbedring af datakvaliteten har imidlertid ikke nedbragt det generelt høje fejlniveau.

I økonomiaftalen mellem regeringen og regionerne for 2012 er parterne blevet enige om at styrke det allerede igangsatte arbejde med at sikre korrekte og ensartede registreringer. Der er desuden enighed om at sikre dækkende og aktuelle økonomi- og aktivitetsoplysninger i omkostningsdatabasen og i de centrale sundhedsregistre.

Hovedkonklusionen er baseret på følgende:

DRG-systemets opbygning og anvendelse

Centralt bruger staten DRG-systemet til at fastlægge de overordnede finansieringsmæssige rammer for sundhedsvæsenet, og på det lokale niveau bruger regioner og sygehus- og afdelingsledelser systemet til at lægge budget for aktiviteten samt styre og afregne aktiviteten.

Med den øgede og omfattende brug af DRG-systemet finder Rigsrevisionen det væsentligt, at grundlaget for fastsættelsen af taksterne er af tilfredsstillende kvalitet.

Basis for DRG-systemet er oplysninger om patienternes sygdomme og behandlinger fra patientjournalerne, de patientadministrative systemer, Landspatientregisteret og andre lokale kliniske registreringssystemer. Herudover indgår udgifterne til behandling og pleje af patienterne, som regioner og sygehuse indberetter til Indenrigs- og Sundhedsministeriet via fordelingsregnskaber.

DRG-systemets opbygning

- DRG-systemet består dels af et regelsæt til at gruppere patienter i stationære og ambulante grupper, dels af selve taksterne, som er landsgennemsnitlige udgifter ved behandlingen af patienterne på de offentlige sygehuse.
- Taksterne udregnes ved at koble de ydelser, patienterne har modtaget som led i behandlingen, sammen med udgifterne til behandlingen.
- Regionerne og sygehusene har ansvaret for at indsende oplysninger til brug for udregning af taksterne, herunder at sikre, at disse er rigtige og fuldstændige, mens Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ansvaret for at udregne taksterne i DRG-systemet og for at melde taksterne ud til regionerne.

Brug af taksterne

- Siden indførelsen af DRG-systemet har sundhedsvæsenet udvidet brugen markant, og systemet skal i dag tilgodese mange forskellige formål. DRG-systemet skal dog især bidrage til effektivt at styre økonomien og aktiviteten på sygehusene.
- En del af budgettet på sygehusene fastsættes på baggrund af den aktivitet, som de gennemfører. Alle regioner baserer deres afregning af den aktivitetsafhængige del af sygehusenes budgetter på de gældende takster.
- Sygehusene bruger DRG-systemet forskelligt i økonomistyringen. Bl.a. bruger nogle sygehuse taksterne til at styre økonomien på afdelingsniveau. 2 regioner peger på, at kravene til kvaliteten og præcisionen af taksterne afhænger af sygehusenes brug af taksterne. Rigsrevisionen er enig heri, men finder, at den udstrakte anvendelse af taksterne og de data, disse bygger på – også uden for sygehusregi – gør, at taksterne bør være retvisende.

Registrering af oplysninger om patienternes sygdomme og behandlinger

Registreringerne i sygehusenes patientadministrative systemer og Landspatientregisteret om patienternes sygdomme og behandlinger har ikke en tilfredsstillende kvalitet. Manglende kvalitet i registreringen medfører, at såvel taksterne som data i Landspatientregisteret bliver fejlbehæftet. Fejl i registeret kan endvidere forringe kvaliteten af de kliniske data, der anvendes til at overvåge kvaliteten af patienternes behandlinger, den kliniske forskning, sundhedsstatistikker mv.

Undersøgelsen har således vist, at sygehusenes registrering af patienternes sygdomme og behandlinger er behæftet med mange fejl, og at sygehusenes kontrol og opfølgning er gennemført i varierende omfang.

Generelt om registrering af patienternes sygdomme og behandlinger

- Sygehusenes registreringer af oplysninger om patienternes sygdomme og behandlinger ligger bl.a. til grund for fastsættelsen af taksterne og afregningen af sygehusenes ydelser. Fejl i registreringerne kan betyde, at taksterne og afregningen bliver fejlbehæftet.
- Endvidere medfører fejl i registreringerne, at Landspatientregisteret bliver fejlbehæftet. Data i registeret indgår fx i de kliniske databaser, som udgør grundlaget for bl.a. Indenrigs- og Sundhedsministeriets og regionernes overvågning af behandlingskvaliteten på sygehusene. Endvidere udgør data i Landspatientregisteret grundlaget for den overordnede sundhedsplanlægning og styring samt forskning og sundhedsstatistik.

Retningslinjer for sygehusenes registrering

- Sundhedsstyrelsen har udarbejdet generelle retningslinjer ("Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter") for registrering af oplysninger om patienternes sygdomme og behandlinger. For at gøre registreringen mere enkel og ensartet anbefalede en arbejdsgruppe bestående af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne i 2009, at Sundhedsstyrelsen som supplement til de generelle retningslinjer tog initiativ til at sikre, at der blev udarbejdet retningslinjer for de enkelte lægevidenskabelige specialer.
- Sundhedsstyrelsen har af resursemæssige årsager ikke taget initiativ til, at der udarbejdes retningslinjer for de enkelte lægevidenskabelige specialer, og regioner og sygehuse er derfor selv begyndt på dette arbejde. Konsekvensen er, at regionerne ikke koordinerer retningslinjerne på tværs af sygehuse og regioner, og det indebærer en risiko for en uensartet registrering.
- Endvidere anbefalede arbejdsgruppen, at Sundhedsstyrelsen tilpasser definitionen af ambulante besøg for at sikre en mere ensartet praksis for afregning og for at undgå, at patienterne indkaldes over flere dage af hensyn til takstafregningen.
- Ministeriet har ikke foretaget denne tilpasning, men har indført en samlet afregning for flere sammenhængende ydelser i ét ambulante forløb ("samedagspakkerne"). Disse er dog kun indført på få områder, og der udestår derfor et betydeligt arbejde med generelt at sikre en hensigtsmæssig afregning af de ambulante forløb.

Opgave- og ansvarsfordeling for registrering

- Opgaver og ansvar for registreringen er generelt klart defineret på sygehusene. Det er lægen, som har ansvaret for at registrere sygdom og behandlinger i patientjournalen, mens det ofte er en registreringsansvarlig læge, som har det overordnede ansvar for at sikre, at registreringen på afdelingen er korrekt. Det er herudover ofte en registreringsansvarlig lægesekretær, som har ansvaret for, at registreringen af data sker korrekt i det patientadministrative system, og at de bliver indberettet til Landspatientregisteret.

Mål for registrering og opfyldelse af målene

- Regionerne har et overordnet mål om, at registreringen af sygdomme og behandlinger skal være klinisk meningsfuld, dvs. give et dækkende billede af patientens sygdom og behandling. Kun få regioner og sygehuse har fastsat grænser for det maksimale antal fejl og mangler i registreringen. De sygehuse, som har fastsat en grænse, har flere fejl og mangler end det fastsatte niveau.
- Alle sygehuse kontrollerer registreringen af sygdomme og behandlinger i systemerne, men principperne for kontrollen, omfanget af kontrollen og opfølgningen herpå varierer mellem sygehusene.
- 78 % af sygehusene gennemfører journalaudits, hvor afdelingerne kontrollerer, om registreringen i journalerne og i det patientadministrative system er klinisk korrekt og fuldstændig. Sygehusene foretager kun audits af ca. 1 % af journalerne. Sammenholdt med, at journalaudits gennemføres forskelligt på sygehusene, betyder det, at regionerne ikke kan drage generelle konklusioner af resultaterne.
- Journalaudits foretaget i perioden 2007-2010 viser et generelt højt fejlniveau på 15-35 % på tværs af sygehusene.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, regionsledelse og sygehusledelse har i en årække været orienteret om det høje fejlniveau i registreringen af sygdomme og behandlinger. Der er imidlertid ikke i den undersøgte periode iværksat initiativer, som har kunnet nedbringe det generelt høje fejlniveau.

Fordeling af udgifter i fordelingsregnskaberne

Sygehusene udarbejder fordelingsregnskaberne efter fælles retningslinjer, som er blevet til i et samarbejde mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet, regionerne og sygehusene. Der er dog fortsat en række udfordringer med at fordele store udgiftsposter til bl.a. lægeløn og særligt udgiftstunge ydelser, fx implantater og medicin. Udfordringen består i at koble udgifterne direkte til den patient, som lægen har behandlet.

Rigsrevisionen har sammen med ministeriet gennemgået en stikprøve af regionernes fordelingsregnskaber for 2010. Gennemgangen viste, at kvaliteten af fordelingsregnskaberne varierer. Der er endvidere sygehuse, som ikke afleverer fordelingsregnskaber. En høj og ensartet kvalitet i fordelingsregnskaberne vil gøre det muligt for ministeriet at udmelde DRG-taksterne på et tidligere tidspunkt hvert år til gavn for styringen på sygehusene.

Generelt om fordeling af udgifter

- Regionerne og sygehusene udarbejder fordelingsregnskaber, som indgår i grundlaget for, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan udregne takster.
- Formålet med fordelingsregnskaberne er at fordele sygehusenes udgifter ud på de kliniske afdelinger og de tværgående kliniske afdelinger. Det er afgørende for præcisionen i taksterne, at fordelingsregnskaberne så nøjagtigt som muligt afspejler de udgifter, der medgår til behandlingerne.

Krav til fordelingsregnskaber

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne har i de seneste år i fællesskab arbejdet på at ensarte rammerne og kravene til sygehusenes fordelingsregnskaber. De har løbende igangsat en række initiativer til at forbedre fordelingsregnskaberne.
- Der er fortsat en række udfordringer på områder, hvor udgifterne ikke kan knyttes direkte til den patient, som har modtaget behandlingen, fx udgifter til implantater og dyr medicin. Ligeledes er det for størstedelen af det ambulante område fortsat ikke muligt at fastsætte taksterne præcist ud fra fordelingsregnskaberne og registreringen af patientens undersøgelser og behandlinger, som ikke er tilstrækkeligt detaljeret. Der er dog både i regi af ministeriet og Danske Regioner igangsat initiativer for at løse problemerne.

Indberetning af fordelingsregnskaber

- Der er fastlagt en klar og entydig fordeling af opgaver og ansvar vedrørende drift af DRG-systemet, udregning af takster og indberetning af regnskabsdata til systemet.
- Det har været hensigten at få alle sygehuse til at indberette regnskabsdata i fordelingsregnskaber til DRG-systemet. For regnskabsåret 2009 indgår data fra 4 sygehuse ikke i taksberegningen i 2011 på grund af, at sygehusene afleverede for sent, eller at der manglede data i fordelingsregnskabet.
- En ændret tidsplan, hvor regnskabsdata kan indberettes over en længere periode, har givet bedre rammer for dialog mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne om at sikre kvaliteten af fordelingsregnskaberne.

Sygehusenes fordelingsregnskaber

- En stikprøve udtaget i samarbejde mellem Rigsrevisionen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet viser, at 4 ud af 9 fordelingsregnskaber for 2010 ved første aflevering havde behov for et kvalitetsløft. Ministeriet og sygehusene arbejdede sammen om at kvalificere fordelingsregnskaberne frem til den endelige levering i juni 2011.
- Sygehusene er kommet langt med at fordele udgifterne efter en fælles model, men der er fortsat store udfordringer vedrørende fordelingen af bl.a. løn til lægerne på afdelingerne.
- Der er derudover fortsat en række ydelser, hvor sygehusene mangler at koble ydelsen direkte til den enkelte patient. Dermed kommer udgifterne ikke til at fremgå af patientens behandlingsforløb, og det kan give usikkerhed i det datagrundlag, som ministeriet bruger til at udregne taksterne.

II. Indledning

A. Baggrund

6. Denne beretning handler om DRG-systemet og de takster, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet udregner via DRG-systemet, og som sygehusene indberetter data til. Taksterne er gennemsnitspriser på regionens og sygehusenes udgifter til pleje og behandling af grupper af patienter. Taksterne bruges bl.a. til den økonomiske styring af de offentlige sygehuse.

Taksterne udregnes ved at koble behandlingen og de ydelser, patienterne har modtaget som led i behandlingen, sammen med regionens og sygehusenes udgifter. Takster udregnes for grupper af indlagte patienter (stationær behandling), såkaldte DRG-takster. Takster udregnes endvidere for grupper af patienter, der behandles uden indlæggelse (ambulant behandling), såkaldte DAGS-takster. Herefter bruger vi den generelle betegnelse "takster" for de 2 grupper, medmindre der er tale om takster, som kun har relation til den ene gruppe af patienter.

7. DRG-systemet har været i brug siden 1996, hvor ministeriet offentliggjorde den første produktivetsundersøgelse af sygehusene. Formålet med at indføre DRG-systemet var oprindeligt at forbedre grundlaget for at vurdere sammenhængen mellem sygehusenes aktivitet og udgifter, herunder give mulighed for at sammenligne sygehusenes produktivitet. Efterfølgende har ministeriet og regionerne brugt DRG-systemet og taksterne til en række andre formål, bl.a. til at afregne for behandling af patienter mellem regioner, mellem regioner og kommuner og mellem regioner og private sygehuse samt til aktivitets- og takststyring på sygehusene.

B. Formål, afgrænsning og metode

Formål

8. Formålet med beretningen er at undersøge, om Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne sikrer, at data til udregning af takster har en tilfredsstillende kvalitet. Med data sigter vi til regionernes og sygehusenes fordeling af alle udgifter på afdelingerne, hvor patienterne modtager behandling (fordelingsregnskaberne), og til registrering af de ydelser og behandlinger, som patienterne modtager.

Det har vi undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Hvordan er DRG-systemet opbygget, og hvad bruger Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne systemet til?
- Sikrer Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne, at sygehuse og afdelinger registrerer patientens sygdom og behandling med en tilfredsstillende kvalitet?
- Sikrer Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne en tilfredsstillende kvalitet af de regnskaber, der viser fordelingen af udgifter til afdelingerne, som leverer ydelser og behandlinger til patienterne (fordelingsregnskaberne)?

DRG- og DAGS-grupper

Grupper af patienter er dannet ud fra fælles-træk i sygdommene. Hertil kommer, at patienterne inden for hver gruppe er nogenlunde lige dyre at behandle på sygehusene. Et eksempel på en gruppe er patienter med infektioner i led og knogler (DRG0877).

Rigsrevisionen undersøger, om sygehusene sikrer, at registreringen af patientens sygdom og behandling er af en tilfredsstillende kvalitet. Med det mener vi, at registreringen skal være fuldstændig, korrekt og rettidig, så registreringen kan indgå i ministeriets udregning af taksterne. Vi undersøger tillige, om ministeriet og regionerne sikrer kvaliteten af fordelingsregnskaberne. Med det mener vi, om fordelingsregnskaberne viser regionens og sygehusenes fordeling af udgifter på en retvisende måde i forhold til de patienter, som modtager behandling og pleje.

Afgrænsning

9. Undersøgelsen tager udgangspunkt i, at DRG-systemet er et system til udregning af takster, og at kvaliteten af data til udregning af taksterne er væsentlig, for at taksterne bliver retvisende. Undersøgelsen ser ikke på, om brugen af taksterne er hensigtsmæssig ud fra en styringsmæssig synsvinkel, herunder om DRG-systemet giver de rigtige incitamenter til at styre regioner og sygehuse. Denne undersøgelse har alene fokus på de data, som ligger til grund for udregning af taksterne.

10. I undersøgelsen tager vi udgangspunkt i, at kvaliteten af registreringen hænger sammen med rettidig registrering. En rettidig registrering er vigtig for den løbende styring af afdelingen og sygehuset, ligesom en lang tidsperiode mellem hændelsen, som skal registreres, og den faktiske registrering af hændelsen vil øge risikoen for forkert eller mangelfuld registrering. Rigsrevisionen vurderer ikke i undersøgelsen, hvornår en registrering er rettidig, men ser udelukkende på, om regionerne og sygehusene har fastsat mål for, hvornår en registrering skal være afsluttet.

11. I undersøgelsen tager Rigsrevisionen ikke stilling til kvaliteten af den behandling, som patienten modtager, men udelukkende kvaliteten af registreringen. Det betyder, at når vi taler om fejl i registreringen, er det ikke det samme som, at patienten er fejlbehandlet.

12. Når Indenrigs- og Sundhedsministeriet udregner takster, bruger de bl.a. oplysninger om, hvad patienten fejler, og hvilken behandling patienten får. Undersøgelsen tager udgangspunkt i, at det primært er registreringen af sygdom og behandling, som afgør, hvilken takstgruppe patienten bliver inkluderet i. Sygehusene registrerer også en række andre oplysninger om patienten, som DRG-systemet bruger, fx alder, køn samt dato for indlæggelse og udskrivning. Sygehusene registrerer oplysningerne om patienten i det patientadministrative system. Herefter overføres oplysningerne elektronisk til et centralt register over patienter i Danmark, Landspatientregisteret.

13. Undersøgelsen inddrager sygehusenes fordelingsregnskaber. Disse er ikke regionernes officielle regnskaber. Fordelingsregnskaberne, som tager udgangspunkt i de officielle regnskaber, er udarbejdet for at fordele udgifter til de kliniske afdelinger, som har patientkontakten, og de tværgående kliniske afdelinger, der leverer ydelser til de kliniske afdelinger. Fordelingsregnskaberne er således detaljerede regnskaber, som viser, hvad det koster at behandle og producere de enkelte ydelser på sygehusene, fx en røntgenundersøgelse eller en blodprøve.

14. Undersøgelsen omfatter ikke de private sygehuse og klinikker. Undersøgelsen medtager endvidere ikke takstudregning på det psykiatriske område. Takster for det psykiatriske område er under opbygning, og vi kan ikke på nuværende tidspunkt vurdere, hvordan sygehusene sikrer kvaliteten af registreringen på dette område i relation til udregning af takster. Fordelingsregnskaberne indeholder desuden ikke udgifter til psykiatriske behandlinger.

Landspatientregisteret og sygehusenes patientadministrative systemer

Landspatientregisteret indeholder oplysninger om patientens sygdom og behandling. For indlæggelser går registeret tilbage til 1977. Skadestuekontakter og ambulante kontakter er registreret siden 1995. Registeret ajourføres ved dataoverførsel fra de lokale patientadministrative systemer. Reglerne for indberetning er beskrevet i Sundhedsstyrelsens generelle retningslinjer for sygehusenes registrering.

Kliniske afdelinger

Afdelinger, hvor patienten er registreret og modtager behandling.

Tværgående kliniske afdelinger

Afdelinger, som primært leverer ydelser til de kliniske afdelinger, fx røntgenafdelinger og laboratorier.

Metode

15. Vi har indsamlet data i perioden august 2010 – juni 2011.

16. Beretningen omfatter materiale fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, regionerne og sygehusene. Derudover har Rigsrevisionen gennemført en række interviews med ministeriet og regionerne om brugen af DRG-systemet og grundlaget for udregning af taksterne.

17. Rigsrevisionen har desuden gennemført en spørgeskemaundersøgelse om, hvordan sygehusene kvalitetssikrer og kontrollerer registreringen af patientens data. Vi sendte spørgeskemaet til regionerne, som koordinerede indsamlingen af sygehusenes svar. Spørgeskemaet blev besvaret af sygehusenhederne. De omfatter organisatorisk ét eller flere sygehuse med samme ledelse. Det betyder, at 2 eller 3 sygehuse med samme ledelse har svaret med ét skema. 27 sygehusenheder har besvaret spørgeskemaet. Vi bruger betegnelsen "sygehuse", når vi i beretningen refererer til resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, uanset at besvarelsene er foretaget af en sygehusenhed.

Rigsrevisionen gennemgik efterfølgende svarene for at sikre, at de stemte overens med den fremsendte dokumentation, og vi afklarede eventuelle spørgsmål og uoverensstemmelser i dialog med regionerne.

18. Rigsrevisionen har endvidere besøgt et sygehus i Danmark (Sygehus Lillebælt) og et universitetssygehus i Norge (Akershus Universitetssygehus) for at indsamle informationer og eksempler på god praksis om kvalitetssikring og kontrol af registreringen af patienternes data. Rigsrevisionen har også holdt et møde med Kompetencecenter Øst om registrering af patienternes data og betydningen heraf for kvaliteten af data, som indgår i de kliniske databaser. De kliniske databaser ligger bl.a. til grund for udvikling af kvaliteten i patientbehandlingen.

19. Rigsrevisionen har i samarbejde med ministeriet på baggrund af en stikprøve vurderet kvaliteten af sygehusenes fordelingsregnskaber for 2010. Stikprøven bestod af 9 fordelingsregnskaber ud af 31 mulige for at sikre et repræsentativt billede af fordelingsregnskaberne. Ministeriet gennemgik og vurderede ultimo april/primio maj 2011 de foreløbige fordelingsregnskaber. Rigsrevisionen og ministeriet tager derfor forbehold for, at der er tale om foreløbige fordelingsregnskaber. Kvaliteten af fordelingsregnskaberne bliver med den etablerede praksis løbende forbedret i en dialog mellem regionerne og ministeriet frem til, at regionerne endeligt afleverede regnskaberne i juni 2011 til ministeriet.

20. Rigsrevisionen har forelagt beretningsudkastet for ministeriet og regionerne, og vi har i videst muligt omfang indarbejdet deres bemærkninger i beretningen.

21. I bilag 1 har vi indsat en ordliste over anvendte ord og begreber.

Kompetencecenter Øst

Kompetencecenter Øst har bl.a. til formål at forestå drift og udvikling af en række kliniske databaser, herunder formidle data og resultater fra databasen. Der findes yderligere 2 kompetencecentre for kliniske databaser i Danmark.

III. DRG-systemets opbygning og anvendelse

Centralt bruger staten DRG-systemet til at fastlægge de overordnede finansieringsmæssige rammer for sundhedsvæsenet, og på det lokale niveau bruger regioner og sygehus- og afdelingsledelser systemet til at lægge budget for aktiviteten samt styre og afregne aktiviteten.

Med den øgede og omfattende brug af DRG-systemet finder Rigsrevisionen det væsentligt, at grundlaget for fastsættelsen af taksterne er af tilfredsstillende kvalitet.

Basis for DRG-systemet er oplysninger om patienternes sygdomme og behandlinger fra patientjournalerne, de patientadministrative systemer, Landspatientregisteret og andre lokale kliniske registreringssystemer. Herudover indgår udgifterne til behandling og pleje af patienterne, som regioner og sygehuse indberetter til Indenrigs- og Sundhedsministeriet via fordelingsregnskaber.

A. DRG-systemets opbygning

22. Rigsrevisionens undersøgelse af DRG-systemets opbygning har vist følgende:

- DRG-systemet består dels af et regelsæt til at gruppere patienter i stationære og ambulante grupper, dels af selve taksterne, som er landsgennemsnitlige udgifter ved behandlingen af patienterne på de offentlige sygehuse.
- Taksterne udregnes ved at koble de ydelser, patienterne har modtaget som led i behandlingen, sammen med udgifterne til behandlingen.
- Regionerne og sygehuse har ansvaret for at indsende oplysninger til brug for udregning af taksterne, herunder at sikre, at disse er rigtige og fuldstændige, mens Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ansvaret for at udregne taksterne i DRG-systemet og for at melde taksterne ud til regionerne.

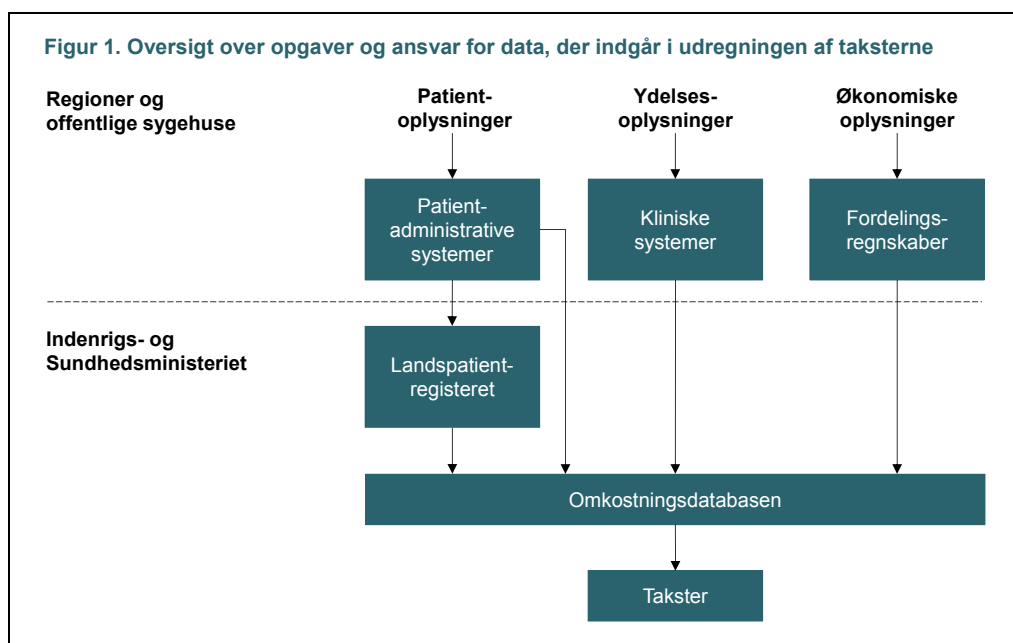
Opbygning af DRG-systemet

23. DRG-systemet bruges til at udregne takster. Taksterne er udtryk for de landsgennemsnitlige udgifter, som de offentlige sygehuse har ved at behandle grupper af patienter (DRG- og DAGS-grupper).

Det danske DRG-system er overordnet baseret på 2 elementer:

- en gruppering, hvor patienter samles ud fra fællestræk i sygdomme, og hvor det koster nogenlunde det samme at behandle dem (DRG- og DAGS-grupper)
- udregning af gennemsnitlige udgifter for behandling af patienter i de enkelte DRG- og DAGS-grupper.

24. Indenrigs- og Sundhedsministeriet udregner taksterne ved at koble oplysninger om behandlingen og de ydelser, patienterne har modtaget som led i behandlingen, sammen med oplysninger om regionens og sygehusets samlede udgifter. Herved bliver det muligt at værdisætte ydelserne og patientbehandlingen. Figur 1 illustrerer i hovedtræk, hvilke oplysninger der indgår i udregningen af taksterne.



Figur 1 viser, at der indgår 3 typer oplysninger i udregningen af taksterne:

- **Patientoplysninger:** Oplysninger om patientens sygdom, og hvilken behandling patienten har modtaget (fx en operation). Oplysningerne omfatter også indlæggelses- og udskrivningstidspunkt og besøgstidspunkt for patienter, som behandles ambulant. Herudover fremgår det bl.a. også, hvor behandlingen har fundet sted. Oplysningerne er indeholdt i sygehusenes patientadministrative systemer. Fra disse systemer indberettes oplysningerne elektronisk til Landspatientregisteret. Enkelte oplysninger indberettes dog direkte til omkostningsdatabasen.
- **Ydelsesoplysninger:** Oplysninger om, hvilke ydelser patienten har modtaget i behandlingsforløbet, fx blodprøver, røntgen, skanning og anæstesi. Disse oplysninger er indeholdt i sygehusenes kliniske systemer, fx blodbanksystemer og røntgeninformationssystemer.
- **Økonomiske oplysninger:** Oplysninger om regionernes og sygehusenes udgifter fordelt på de kliniske afdelinger og de tværgående kliniske afdelinger. Oplysningerne er indeholdt i sygehusenes fordelingsregnskaber.

Omkostningsdatabasen

Omkostningsdatabasen danner grundlag for beregningen af taksterne. Databasen indeholder oplysninger om udgifter og aktivitet vedrørende de patienter, som er blevet behandlet på de offentlige sygehuse.

DRG-system i andre lande

Flere andre lande bruger et DRG-system som et klassifikations- og prissystem til at finansiere og afregne sundhedsydelse. Brugen og opbygningen af DRG-systemerne, herunder antallet af grupper, varierer fra land til land. DRG-systemer bruges bl.a. i Norge, Sverige, Finland, Tyskland, Frankrig, Storbritannien, USA, Australien og New Zealand.

Lægevidenskabelige selskaber

Der er 38 såkaldte specialebærende selskaber, hvor medlemmerne repræsenterer et selvstændigt lægefagligt speciale. Selskabernes formål er bl.a. at fremme dansk lægevidenskab og sparre med centrale sundhedsmyndigheder om spørgsmål inden for de kliniske specialer.

25. Det er regionernes og sygehusenes opgave og ansvar at registrere og indsende oplysningerne til ministeriet og at sikre, at oplysningerne er pålidelige, fuldstændige og i overensstemmelse med ministeriets vejledninger. Det er ministeriets ansvar at udregne taksterne, formidle dem til regioner og sygehuse samt drive og vedligeholde DRG-systemet, herunder omkostningsdatabasen. Det er ligeledes ministeriets ansvar at sikre den bedst mulige gruppering af patienterne i DRG- og DAGS-grupper.

26. Patientoplysninger, ydelsesoplysninger og økonomiske oplysninger kobles, jf. figur 1, sammen i ministeriets omkostningsdatabase. Ministeriet beregner derefter enhedsudgifter for de forskellige typer ydelser, behandlinger mv. Fx udregnes enhedsudgifter for en senge-dag på en afdeling, et ambulat besøg, operationer, røntgen, skanning, blodprøver mv.

Efter udregningen af enhedsudgifterne kobler ministeriet enhedsudgifterne til de konkrete ydelser og undersøgelser, som patienten har fået i behandlingsforløbet. Derved bliver det muligt at få udregnet den samlede udgift for patientens behandlingsforløb.

Herefter grupperer ministeriet patienten i en DRG- eller DAGS-gruppe ud fra oplysningerne i Landspatientregisteret om patientens sygdom, behandling mv. Dette sker for alle patienter. Derefter kan ministeriet udregne gennemsnitsudgifterne for alle behandlingsforløbene i de enkelte grupper. Disse gennemsnitsudgifter svarer til taksterne. Inden de endelige takster udregnes, frasorterer ministeriet de data, som afviger markant fra resten af datasættet i den enkelte DRG- eller DAGS-gruppe.

27. Der er tilfælde, hvor udregningen af taksterne ikke viser sig at være retvisende, fx på grund af for få oplysninger. I de tilfælde kan ministeriet i samråd med regionerne vælge at fravige den udregnede takst og fastsætte den på basis af tidligere takster eller specifikke studier af udgifter for gruppen af patienter. Ca. 25 % af taksterne er fastsat på baggrund af tidligere takster eller specifikke studier.

28. DRG-systemet for 2011 omfatter 674 DRG-grupper og 198 DAGS-grupper. Til sammenligning har Tyskland ca. 1.200 grupper, og Norge nogenlunde samme antal som Danmark. Et hensyn bag det danske DRG-system er overskuelighed. Det betyder, at antallet af grupper ikke må blive for stort. Inddelingen i grupperne bygger herudover på 2 hovedprincipper:

- Grupperne skal være klinisk meningsfulde.
- Grupperne skal være resursehomogene.

At DRG-grupperne skal være klinisk meningsfulde, betyder, at patienter med nogenlunde samme type sygdom og behandling skal grupperes i samme gruppe. Dernæst skal grupperne være resursehomogene. Det betyder, at behandlingen af sygdomme inden for en gruppe skal være forbundet med nogenlunde samme udgifter (samme udgiftsniveau). Er der store forskelle i udgifterne til behandling af sygdomme inden for samme gruppe, fx som følge af nye og dyrere behandlingsformer, tager ministeriet og de lægevidenskabelige selskaber stilling til, om der skal oprettes en ny gruppe for den pågældende behandling.

29. Det er de lægevidenskabelige selskaber, som har den faglige indsigt på de enkelte lægefaglige områder, der sammen med ministeriet har udarbejdet og vedligeholder DRG- og DAGS-grupperne. Regionerne indgår i arbejdet med at gruppere patienterne gennem høringer om nye grupperinger.

Det er aftalt mellem ministeriet, de lægevidenskabelige selskaber og regionerne, at der kun foretages større ændringer i de enkelte DRG- og DAGS-grupper hvert 4. år. I praksis betyder det, at der hvert år udvælges et vist antal grupper, som gennemgås af de kliniske selskaber i samarbejde med ministeriet og regionerne.

B. Brug af taksterne

30. Rigsrevisionens undersøgelse af DRG-systemets anvendelsesområder har vist følgende:

- Siden indførelsen af DRG-systemet har sundhedsvæsenet udvidet brugen markant, og systemet skal i dag tilgodese mange forskellige formål. DRG-systemet skal dog især bidrage til effektivt at styre økonomien og aktiviteten på sygehusene.
- En del af budgettet på sygehusene fastsættes på baggrund af den aktivitet, som de gennemfører. Alle regioner baserer deres afregning af den aktivitetsafhængige del af sygehusenes budgetter på de gældende takster.
- Sygehusene bruger DRG-systemet forskelligt i økonomistyringen. Bl.a. bruger nogle sygehuse taksterne til at styre økonomien på afdelingsniveau. 2 regioner peger på, at kravene til kvaliteten og præcisionen af taksterne afhænger af sygehusenes brug af taksterne. Rigsrevisionen er enig heri, men finder, at den udstrakte anvendelse af taksterne og de data, disse bygger på – også uden for sygehusregi – gør, at taksterne bør være retvisende.

Brug af DRG-systemet som informations- og benchmarkingsystem

31. Formålet med at indføre DRG-systemet var oprindeligt at forbedre grundlaget for at vurdere sammenhængen mellem sygehusenes aktiviteter og udgifter. Indenrigs- og Sundhedsministeriet offentliggjorde i 1996 den første produktivitsundersøgelse af sygehusene baseret på DRG-systemet. Siden 2005 har ministeriet hvert år offentliggjort rapporter om sygehusenes produktivitet.

Brug af DRG-systemet til at beregne af bloktilskud, kommunal medfinansiering mv.

32. Taksterne indgår i grundlaget for udregningen af bloktilskud, udmøntning af det statslige aktivitetsafhængige tilskud til regionerne og det kommunale aktivitetsafhængige bidrag til regionerne.

33. Forskelligheder i sammensætningen af borgerne, fx alder og køn, i en region medfører forskel i forbruget af sundhedsydelser. Bloktilskuddet til regionerne afhænger derfor af, hvordan befolkningen i regionerne er sammensat. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at taksterne indgår i den samlede udregning af bloktilskuddet.

34. Ud over bloktilskuddet har staten siden 2002 afsat midler på finansloven til at øge sygehusenes kapacitet af behandlingerne og nedbringe ventetiderne for sygehusbehandling – det såkaldte statslige aktivitetsafhængige tilskud til regionerne, også kaldet "Løkkeposen" (jf. finanslovens § 16.51.72). Midlerne, som udgør ca. 3 % af den samlede finansieringsramme, dækker finansiering af sygehusenes aktivitet ud over baseline.

35. Endvidere anvender regioner og kommuner taksterne i den kommunale medfinansiering. Afregningen mellem regioner og kommuner sker som en andel af taksten. Dog er der loft over, hvor meget kommunerne kan komme til at betale for et besøg eller en udskrivning.

Brug af DRG-systemet til aktivitets- og takststyring

36. Med finansloven for 1999 indførte Folketinget aktivitets- og takststyring af sygehusene på basis af taksterne. Med aktivitets- og takststyringen fik sygehusene en rammebevilling svarende til 90 % af sygehusets samlede bevilling. 10 % af bevillingen skulle afhænge af den aktivitet, som sygehuset præsterede. Den aktivitetsafhængige del blev i 2004 og 2007 udvidet til henholdsvis 20 % og 50 % af sygehusenes bevillinger.

37. Aktivitets- og takststyringen sker ved, at regionerne for hvert sygehus fastsætter et basisbudget og en værdi for den aktivitet, som sygehuset skal præstere – også kaldet baseline. Basisbudgettet er den ramme, sygehuset må disponere over det pågældende år til bl.a. løn.

Kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag

En kommune betaler en andel af regionens udgifter gennem det kommunale aktivitetsafhængige bidrag, jf. §§ 13 og 14 i lov om regionernes finansiering. Bidraget udregnes bl.a. på baggrund af antal behandlinger på sygehuse for patienter i kommunen.

Baseline

Baseline er et mål for den aktivitet, som sygehuset skal præstere det pågældende år. Regionen udregner baseline ved at gange sygehusets ydelser med de gældende takster for ydelserne. Der ved kan den aktivitet, som sygehuset skal præstere, udtrykkes i en samlet værdi i kroner.

Regionen fastsætter sygehusets basisbudget under forudsætning af, at sygehuset opnår den aftalte aktivitet fastsat ved sygehusets baseline. Gennemfører sygehuset ikke den aftalte aktivitet, reducerer regionen sygehusets budget. Tilsvarende hæver regionen sygehusets budget, hvis sygehuset gennemfører mere aktivitet end det aftalte. Det sker til takster fastsat i den enkelte region. Flere regioner har fastsat et loft over, hvor meget sygehusenes budget kan forøges som følge af meraktivitet ud over baseline.

38. Alle regioner baserer deres aktivitets- og takststyring for den aktivitetsafhængige del af budgettet på de gældende takster. Regionerne har selv ansvaret for at fastsætte den præcise afregning og procentsats af taksterne til egne sygehuse, og der er forskel på, hvordan regionerne generelt bruger taksterne i styringen af sygehusene.

Det er endvidere regionernes og/eller sygehusledelsens egen beslutning, i hvor stort omfang de vil bruge aktivitets- og takststyring på afdelingsniveau. Nogle sygehuse har valgt at føre aktivitets- og takststyringen ud på afdelingsniveau. Det betyder, at afdelingerne på samme måde som for sygehuset får et basisbudget med en tilhørende baseline, og således afhænger også afdelingens budget direkte af den aktivitet, som den præsterer.

39. Hvis regionerne eller sygehusene fører aktivitets- og takststyringen ud på afdelingsniveau, øger det generelt kravene til, at taksterne er retvisende. Rigsrevisionens tidligere undersøgelse om styring af aktivitet på sygehusene (jf. beretning nr. 7/2009 om styring af aktivitet på sygehusene) viste, at selv marginale ændringer i aktivitet og økonomi har betydning for afdelingerne. Dette skyldes, at afdelingerne sættes under økonomisk pres, når de udvider deres aktivitet, hvis ikke taksterne er retvisende. Derfor er præcision i taksterne afgørende, når aktivitets- og takststyringen er ført ud på afdelingsniveau.

2 regioner peger på, at kravene til kvaliteten og præcisionen af taksterne generelt afhænger af, hvordan taksterne bliver brugt og indgår i økonomistyringen på sygehusene. På baggrund af, hvordan taksterne bliver brugt i de 2 regioner, mener de, at taksterne har en tilfredsstillende kvalitet.

Rigsrevisionen er enig i, at kravene til kvaliteten og præcisionen af taksterne generelt afhænger af, hvordan styringen i den enkelte region er indrettet, herunder hvordan taksterne bruges i styringen. Rigsrevisionen finder dog, at taksterne bør være retvisende, da taksterne og det datagrundlag, disse bygger på, også anvendes til mange andre formål end økonomistyring på sygehusene.

Brug af DRG-systemet til afregning mellem regionerne

40. Med indførelsen af det frie sygehusvalg i 1993 steg antallet af patienter, som blev behandlet på et sygehus uden for egen region (dengang amt). Med øgede patientstrømme mellem sygehusene skulle amterne afregne behandling for patienter på sygehuse uden for eget amt. Afregning på basis af taksterne blev muligt i 2000.

41. Regionerne afregner som hovedregel patienterne til 100 % af taksten. Regionerne kan dog ifølge takstbekendtgørelsen afregne til lavere takster, jf. bekendtgørelse nr. 1355 af 6. december 2010 om regionernes betaling for sygehusbehandling ved en regions sygehusvæsen, § 3. Regionerne har fra 1. januar 2010 forhandlet, hvilke procentdele af taksterne de skulle afregne til, når de behandlede patienter fra andre regioner. De nye aftaler lægger op til, at behandlingen af patienter fra andre regioner kan ske ned til 70 % af taksten.

Det frie sygehusvalg

Det frie sygehusvalg, der blev indført i 1993, giver patienter ret til at vælge mellem offentlige sygehuse (også uden for eget amt/egen region) og enkelte private specialsygehuse og klinikker.

Brug af DRG-systemet til udregning af referencetakster

42. Som led i en aftale fra 2009 mellem regeringen og Danske Regioner om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse aftalte regeringen og regionerne, at regionernes afregning med de private sygehuse og klinikker skulle forhandles med afsæt i såkaldte referencetakster. Indenrigs- og Sundhedsministeriet fastsætter referencetaksterne inden for de enkelte DRG- og DAGS-grupper ved at udregne gennemsnitsudgifterne for de mest effektive offentlige sygehuse. Referencetaksterne bliver kun offentliggjort på de områder, hvor der er privat aktivitet.

BOKS 1. EKSEMPEL PÅ FASTSÆTTELSE AF REFERENCETAKST INDEN FOR EN DRG-GRUPPE

Et behandlingsforløb for en gruppe af patienter sker fx på 18 af landets sygehuse. Forløbet koster på de 18 sygehuse i gennemsnit ca. 109.000 kr., svarende til DRG-taksten.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet fastsætter referencetaksten med udgangspunkt i udgifterne for de 33 % af sygehusene, som er mest effektive. Herved bliver referencetaksten et gennemsnit af udgifterne på 6 af de 18 sygehuse. I eksemplet resulterer det i en referencetakst på 78.500 kr. eller 72 % af taksten.

IV. Registrering af oplysninger om patienternes sygdomme og behandlinger

Registreringerne i sygehusenes patientadministrative systemer og Landspatientregisteret om patienternes sygdomme og behandlinger har ikke en tilfredsstillende kvalitet. Manglende kvalitet i registreringen medfører, at såvel taksterne som data i Landspatientregisteret bliver fejlbehæftet. Fejl i registeret kan endvidere forringe kvaliteten af de kliniske data, der anvendes til at overvåge kvaliteten af patienternes behandlinger, den kliniske forskning, sundhedsstatistikker mv.

Undersøgelsen har således vist, at sygehusenes registrering af patienternes sygdomme og behandlinger er behæftet med mange fejl, og at sygehusenes kontrol og opfølgning er gennemført i varierende omfang.

A. Generelt om registrering af patienternes sygdomme og behandlinger

43. Rigsrevisionens undersøgelse af, hvordan oplysninger om patienternes sygdomme og behandlinger på sygehusene indgår i DRG-systemet og Landspatientregisteret har vist følgende:

- Sygehusenes registreringer af oplysninger om patienternes sygdomme og behandlinger ligger bl.a. til grund for fastsættelsen af taksterne og afregningen af sygehusenes ydelser. Fejl i registreringerne kan betyde, at taksterne og afregningen bliver fejlbehæftet.
- Endvidere medfører fejl i registreringerne, at Landspatientregisteret bliver fejlbehæftet. Data i registeret indgår fx i de kliniske databaser, som udgør grundlaget for bl.a. Indenrigs- og Sundhedsministeriets og regionernes overvågning af behandlingskvaliteten på sygehusene. Endvidere udgør data i Landspatientregisteret grundlaget for den overordnede sundhedsplanlægning og styring samt forskning og sundhedsstatistik.

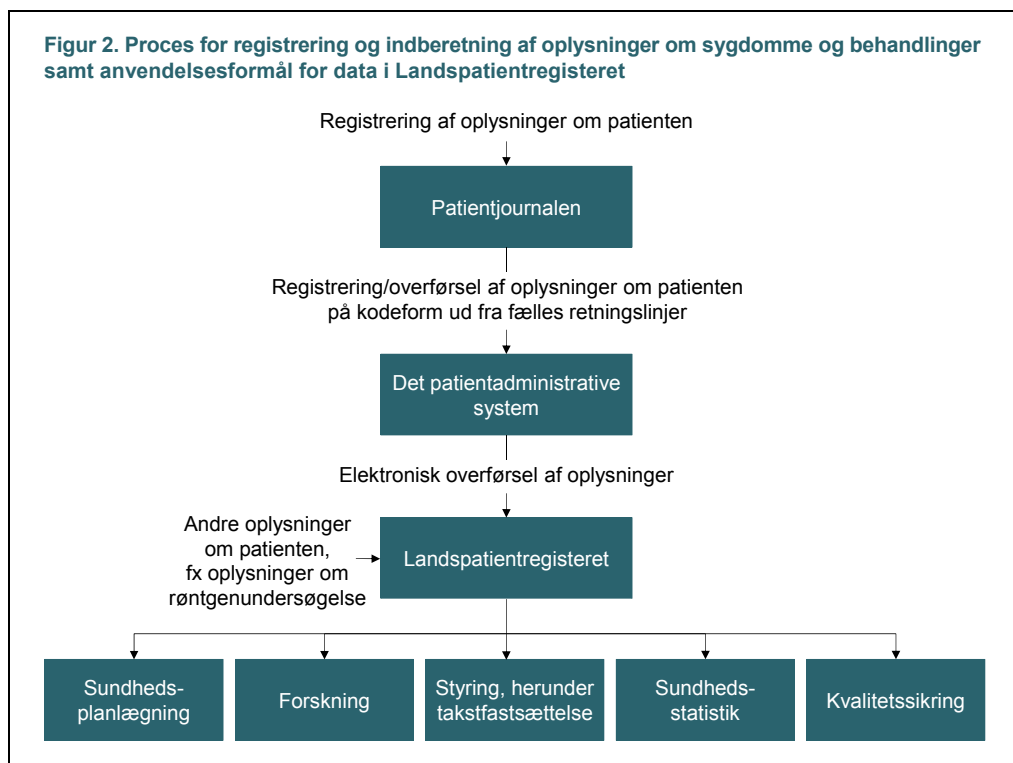
Sygehusenes registrering af patienternes sygdomme og behandlinger på sygehusene

44. Oplysninger om patienterne omfatter bl.a. patienternes diagnoser og de behandlinger, patienterne gennemgår. Diagnosen beskriver patientens sygdom og tilstand, mens behandlingen beskriver de aktiviteter, en patient gennemgår. En behandling vil typisk omfatte en række undersøgelser og ydelser, fx en blod- eller vævsprøve, og kan fx også omfatte en operation.

Det fremgår bl.a. af sundhedslovens § 195, at regionsrådene skal sørge for at indmelde oplysninger om patienternes sygdomme og behandlinger elektronisk til Sundhedsstyrelsen. Regionerne overfører oplysningerne til Landspatientregisteret. Regionsrådene har endvidere – som driftsansvarlig for sygehusene – det overordnede ansvar for, at oplysningerne er korrekte, og at sygehusene registrerer dem i henhold til de retningslinjer, der er udformet for patientregistreringen.

45. Efter loven om autorisation af sundhedspersoner skal læger føre dokumentation over patientens sygdom og behandling i patientens journal. Journalen beskriver og dokumenterer patientens nærmere helbredstilstand og sygdom samt den behandling og de undersøgelser, sygehusene foretager af patienten.

Figur 2 viser processen for, hvordan sygehusene registrerer og indberetter oplysninger om patientens sygdom og behandling fra patientjournalen og det patientadministrative system til Landspatientregisteret. Figuren viser derefter, hvilke anvendelsesformål data fra Landspatientregisteret har på sundhedsområdet.



Det fremgår af figur 2, at oplysninger om patientens helbredstilstand, sygdom, behandling mv. registreres i patientjournalen. Oplysningerne bliver primært registreret til brug for sundhedspersonalet, bl.a. af hensyn til en eventuel videre behandling og pleje af patienten. Fra patientjournalen overføres oplysningerne til det patientadministrative system. Dette kan ske elektronisk, hvis oplysningerne allerede er elektronisk registreret i form af koder i journalen. Hvis dette ikke er tilfældet, vil typisk lægesekretæren oversætte lægens oplysninger i journalen til koder, som registreres i det patientadministrative system. Fra systemet indberettes oplysningerne herefter til Landspatientregisteret. Dette sker elektronisk. I forbindelse med overførslen til Landspatientregisteret gennemgår oplysningerne en validering i form af nogle systemkontroller.

46. Det fremgår videre af figuren, at data i det patientadministrative system og i Landspatientregisteret har en lang række anvendelsesformål. Data fra systemet og registeret udgør et væsentligt grundlag, når Indenrigs- og Sundhedsministeriet fastsætter taksterne og afregner sygehusenes ydelser. Når ministeriet grupperer patienter i DRG- og DAGS-grupperne, sker det således bl.a. på baggrund af oplysninger om patientens sygdom og behandling.

Sundhed.dk

Sundhed.dk er en it-portal, som skal give borgerne bedre mulighed for at bruge sundhedsvæsenet. Portalen skal endvidere gøre det nemmere for det sundhedsfaglige personale at kommunikere med hinanden. På sundhed.dk kan man bl.a. finde oplysninger om sygehuse, behandlingstilbud, medicin og egne tidligere sygdomme og behandlinger.

Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter

Fællesindholdet gælder på tværs af alle lægefaglige specialer og udgør minimumskravene til registreringen af sygdomme og behandlinger. Formålet med Fællesindholdet er at sikre, at registreringerne bliver så ensartede som muligt på tværs af afdelinger, sygehuse og regioner.

Endvidere bruges data fra Landspatientregisteret i den overordnede planlægning og styring på sundhedsområdet, i sundhedsforskningen og til information over for borgere om bl.a. ventetider (via den offentlige sundhedsportal, sundhed.dk). Desuden bruger ministeriet og regionerne data til at overvåge den behandlingsmæssige kvalitet på sygehuse. Grundlaget herfor er primært de kliniske databaser, som bl.a. bruger data fra Landspatientregisteret. Danmarks Statistik modtager også data fra registeret til bl.a. forskningsservice og statistik om borgernes brug af sygehuse. Endelig bruger ministeriet data fra registeret til at besvare spørgsmål fra Folketinget.

47. Når sygehuse ikke registrerer oplysninger om patientens sygdom og behandling i en tilfredsstillende kvalitet, bliver data i Landspatientregisteret fejlbehæftet. Det kan betyde, at taksterne ikke bliver retvisende, da oplysningerne bestemmer, hvilken DRG-/DAGS-gruppe patienten indgår i, og hvilke udgifter der medregnes i patientens samlede behandlingsforløb. Endvidere kan forkert registrering betyde, at data i en række kliniske databaser, sundhedsregistre og statistikker ikke er korrekte. De mange formål for brugen af oplysningerne gør det særligt vigtigt, at registreringen sker med en tilfredsstillende kvalitet.

B. Retningslinjer for sygehusenes registrering

48. Rigsrevisionens undersøgelse af retningslinjerne for sygehusenes registrering har vist følgende:

- Sundhedsstyrelsen har udarbejdet generelle retningslinjer ("Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter") for registrering af oplysninger om patienternes sygdomme og behandlinger. For at gøre registreringen mere enkel og ensartet anbefalede en arbejdsgruppe bestående af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne i 2009, at Sundhedsstyrelsen som supplement til de generelle retningslinjer tog initiativ til at sikre, at der blev udarbejdet retningslinjer for de enkelte lægevidenskabelige specialer.
- Sundhedsstyrelsen har af resurse-mæssige årsager ikke taget initiativ til, at der udarbejdes retningslinjer for de enkelte lægevidenskabelige specialer, og regioner og sygehuse er derfor selv begyndt på dette arbejde. Konsekvensen er, at regionerne ikke koordinerer retningslinjerne på tværs af sygehuse og regioner, og det indebærer en risiko for en uensartet registrering.
- Endvidere anbefalede arbejdsgruppen, at Sundhedsstyrelsen tilpasser definitionen af ambulante besøg for at sikre en mere ensartet praksis for afregning og for at undgå, at patienterne indkaldes over flere dage af hensyn til takstafregningen.
- Ministeriet har ikke foretaget denne tilpasning, men har indført en samlet afregning for flere sammenhængende ydelser i ét ambulante forløb ("sammedagspakkerne"). Disse er dog kun indført på få områder, og der udestår derfor et betydeligt arbejde med generelt at sikre en hensigtsmæssig afregning af de ambulante forløb.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets retningslinjer for sygehusenes registrering af sygdomme og behandlinger

49. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen har med "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" (herefter Fællesindholdet) udarbejdet generelle retningslinjer for, hvordan sygehusene skal registrere patienternes sygdomme og behandlinger. Retningslinjerne angiver, hvilke oplysninger sygehusene skal registrere i deres lokale patient-administrative systemer, som de herefter overfører elektronisk til Landspatientregisteret.

50. Ministeriet gennemførte i 2008-2009 sammen med regionerne et større analysearbejde af den økonomiske styring på sygehusene, herunder et serviceeftersyn af DRG-systemet. Arbejdet resulterede i rapporten "Effektiv styring på sygehusområdet". Det fremgår af rapporten, at retningslinjerne i Fællesindholdet ikke i alle tilfælde er tilstrækkeligt entydige til, at sygehusene registrerer ensartet. Det kan betyde, at patienter med samme sygdom, som modtager samme behandling, kan være registreret forskelligt. Rapporten anbefaler, at Sundhedsstyrelsen som supplement til de generelle retningslinjer tager initiativ til at sikre en mere entydig registrering af sygehusenes aktivitet, bl.a. ved at der udarbejdes specialespecifikke retningslinjer. Det anbefales i rapporten, at Sundhedsstyrelsen nationalt koordinerer indholdet af retningslinjerne.

Ministeriet har oplyst, at spørgsmålet om udarbejdelsen af specialespecifikke retningslinjer første gang blev drøftet i Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering i foråret 2011. Ministeriet har endvidere anført, at det vil være meget resursekrævende at forsøge at udarbejde og vedligeholde specialespecifikke retningslinjer nationalt på grund af antallet af lægefaglige specialer, da både klinisk personale fra regionerne og de lægevidenskabelige selskaber skal inddrages. Ministeriet oplyser endvidere, at Fællesindholdet på nuværende tidspunkt er så detaljeret, at ministeriet skal tage lokale registreringsforhold og patientsammensætninger i betragtning, hvis Fællesindholdet skal detaljeres yderligere. Endelig koordinerer Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering løbende registreringen mellem regionerne og tilpasning af Fællesindholdet.

51. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at Sundhedsstyrelsen ikke har taget initiativ til, at der udarbejdes specialespecifikke retningslinjer via fælles retningslinjer på tværs af regionerne. Til sammenligning kan Rigsrevisionen konstatere, at der for de kliniske databaser ligger flere fælles nationale retningslinjer til grund for registreringen, herunder kodning af sygdomme og behandlinger, der dækker de enkelte lægefaglige specialer.

Regioner og sygehuse er selv begyndt at udarbejde specialespecifikke retningslinjer. Prioriteringen af arbejdet med at udarbejde retningslinjerne skyldes, at regioner og sygehuse anser det for meget væsentligt, at der findes et fælles grundlag, som vil kunne medvirke til at ensarte registreringen. Flere regioner finder dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om ministeriet på nationalt plan havde koordineret indholdet af de specialespecifikke retningslinjer for registrering og kodning, jf. rapporten "Effektiv styring på sygehusområdet".

Konsekvensen af den manglende nationale koordinering af specialespecifikke retningslinjer er, at sygehuse og regioner ikke koordinerer deres retningslinjer med risiko for uensartet registrering til følge.

Fællesindholdets definition af ambulante besøg

52. I rapporten "Effektiv styring på sygehusområdet" fremgår det, at et ambulante besøg ikke er klart nok defineret i Fællesindholdet. Det betyder, at afdelingerne kan tilrettelægge og indberette flere ambulante besøg for den samme patient – fx et besøg hos en læge med henblik på en samtale og et ambulante besøg for en blodtryksmåling – over flere dage og opnå en højere afregning. Taksten og afregningen risikerer derfor at blive kunstigt høj. Hermed bliver behandlingen dyrere, end hvis sygehusene havde fået én samlet afregning for flere sammenhængende ambulante besøg. Samtidig kan sygehusenes praksis resultere i uensigtsmæssige patientforløb, da patienterne indkaldes til besøg på sygehuset flere gange.

Specialespecifikke retningslinjer for registrering

Retningslinjerne beskriver registreringerne og koderne, som personalet skal bruge med udgangspunkt i det lægefaglige speciale, som afdelingens patienter tilhører. Retningslinjerne er således målrettet en afgrænset gruppe af patienter.

Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering

Koordinationsgruppen fastlægger reglerne for indberetninger til Landspatientregisteret. I gruppen deltager regionerne, Center for Psykiatrisk Forskning, Danske Regioner, KL, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

53. I august 2009 nedsatte Indenrigs- og Sundhedsministeriet en arbejdsgruppe med deltagelse af regionerne, KL og Sundhedsstyrelsen. Formålet var at udarbejde et forslag til præcisering af retningslinjerne, så det blev muligt for de enkelte afdelinger at fastslå, om der er tale om ét eller 2 besøg i en given situation.

Det lykkedes ikke arbejdsgruppen at nå frem til en entydig definition af ambulante besøg, som kunne give en mere ensartet praksis for sygehusenes registrering og afregning. Side-løbende med arbejdet i arbejdsgruppen er de såkaldte sammedagspakker dog blevet indført på sygehusene. Sammedagspakkerne betyder, at sygehusene opnår en samlet afregning for flere sammenhængende ydelser i ét ambulært forløb, uanset om de ligger på samme dag eller over flere dage. Uden sammedagspakkerne kan ydelserne til samme forløb spredes over flere dage for at opnå en højere samlet afregning. Sammedagspakkerne giver sygehusene og afdelingerne et incitament til at samle sammenhængende ydelser i ét ambulært forløb på samme dag. Patienterne opnår herved mere hensigtsmæssige patientforløb. Endvidere medfører pakkerne en mere ensartet praksis for sygehusenes registrering og afregning af ambulante besøg.

Sammedagspakkerne er dog kun indført på ca. $\frac{1}{3}$ af de ambulante områder, og der udestår derfor fortsat et betydeligt arbejde med at sikre en hensigtsmæssig afregning og et bedre patientforløb på flere ambulante områder.

C. Opgave- og ansvarsfordeling for registrering

54. Rigsrevisionens undersøgelse af opgave- og ansvarsfordelingen i forhold til sygehusenes registrering har vist følgende:

- Opgaver og ansvar for registreringen er generelt klart defineret på sygehusene. Det er lægen, som har ansvaret for at registrere sygdom og behandlinger i patientjournalen, mens det ofte er en registreringsansvarlig læge, som har det overordnede ansvar for at sikre, at registreringen på afdelingen er korrekt. Det er herudover ofte en registreringsansvarlig lægesekretær, som har ansvaret for, at registreringen af data sker korrekt i det patientadministrative system, og at de bliver indberettet til Landspatientregisteret.

Opgave- og ansvarsfordeling for registrering

55. Det er vigtigt at beskrive opgave- og ansvarsfordelingen på sygehusene entydigt for at sikre kvaliteten i registreringen.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at næsten alle sygehuse beskriver opgave- og ansvarsfordelingen for registrering og/eller kontrol af patientens oplysninger i det patientadministrative system. I nogle tilfælde foreligger beskrivelsen af opgave- og ansvarsfordelingen på regionsniveau og gælder derfor for alle sygehuse i regionen. I andre tilfælde har sygehuse selv beskrevet opgave- og ansvarsfordelingen.

Det fremgår af beskrivelserne, at ansvaret for at registrere oplysninger om patienten i journalen påhviler lægen (i overensstemmelse med autorisationsloven), mens det i praksis ofte er lægesekretæren, som har ansvaret for at sikre, at registreringen sker korrekt i det patientadministrative system. Det er således ofte lægesekretæren, som i det daglige arbejde oversætter oplysningerne i journalen til de koder, som sygehuset indberetter til Landspatientregisteret via det patientadministrative system. Herudover har en registreringsansvarlig læge typisk ansvaret for, at afdelingen registrerer sygdomme og behandlinger med de rigtige koder.

BOKS 2. EKSEMPEL PÅ ET SYSTEM, DER STØTTER LÆGERNE OG SEKRETÆRERNE I REGISTRERINGEN AF SYGDOMME OG BEHANDLINGER

Rigsrevisionen har som led i undersøgelsen besøgt Sygehus Lillebælt. Formålet var bl.a. at få demonstreret et system på Ortopædkirurgisk Afdeling, som understøtter registrering af patienternes sygdomme og behandlinger i den elektroniske patientjournal og i det patientadministrative system. Systemet er foreløbig etableret som et pilotprojekt på Ortopædkirurgisk Afdeling. Det er planen at udbrede systemet til hele regionen.

Systemet er et beslutningsværktøj, der ud fra den skrevne tekst i journalen og udskrivningsbrevet (sygehusets brev til patientens egen læge om patientens sygdom og behandling), automatisk foreslår registrering af relevante koder for sygdomme og behandlinger. Afdelingen vurderer, at systemet på sigt kan lette registreringen af sygdomme og behandlinger og sikre, at personalet registrerer mere fyldestgørende og korrekt. Det skyldes især, at systemet beder lægerne om at tage stilling til brug af koder, mens de registrerer. Herved kan afdelingen minimere fejl i angivelse af koder for sygdomme og behandlinger.

56. Derudover kan det være den registreringsansvarlige læges opgave at sikre, at alle afdelingens læger er bekendt med og får undervisning i god kodepraksis, og at afdelingen formidler nye krav og information om registrering til lægerne. På samme måde kan det være en opgave for den registreringsansvarlige sekretær at sikre, at alle sekretærer er fortrolige med god kodepraksis, og at sekretærerne kvalitetssikrer afdelingens registreringer, fx ved løbende at tjekke fejllister.

57. Der kommer løbende nye og ændrede retningslinjer for registreringen i Fællesindholdet. Sundhedsstyrelsen udgiver en opdateret udgave af Fællesindholdet én gang årligt. Regionerne og sygehusene skal formidle ændringerne til det personale, som forestår registreringen, og eventuelt skal de tilrette lokale retningslinjer. Retningslinjerne bør fastlægge ansvaret for, hvem der skal formidle retningslinjerne, hvordan og til hvem. Manglende formidling giver risiko for, at personalet ikke bruger den nye eller ændrede måde at registrere på, og dermed opstår risiko for fejl i registreringen.

58. Undersøgelsen har vist, at ca. 60 % af sygehusene har udarbejdet retningslinjer for formidling af nye og/eller ændrede retningslinjer for registrering enten på sygehus- eller regionsniveau. Ca. 40 % af sygehusene har således ikke retningslinjer for ny eller ændret registreringspraksis.

D. Mål for registrering og opfyldelse af målene

59. Rigsrevisionens undersøgelse af mål og kontrol for sygehusenes registrering har vist følgende:

- Regionerne har et overordnet mål om, at registreringen af sygdomme og behandlinger skal være klinisk meningsfuld, dvs. give et dækkende billede af patientens sygdom og behandling. Kun få regioner og sygehuse har fastsat grænser for det maksimale antal fejl og mangler i registreringen. De sygehuse, som har fastsat en grænse, har flere fejl og mangler end det fastsatte niveau.
- Alle sygehuse kontrollerer registreringen af sygdomme og behandlinger i systemerne, men principperne for kontrollen, omfanget af kontrollen og opfølgningen herpå varierer mellem sygehusene.

Journalaudit

Journalaudit anvendes i forbindelse med kvalitetsudvikling af afdelingens dokumentation af sygdom og behandling af patienten. Patientjournalen bliver sammenholdt med oplysningerne i det patientadministrative system for at finde eventuelle fejl og mangler.

- 78 % af sygehusene gennemfører journalaudits, hvor afdelingerne kontrollerer, om registreringen i journalerne og i det patientadministrative system er klinisk korrekt og fuldstændig. Sygehusene foretager kun audits af ca. 1 % af journalerne. Sammenholdt med, at journalaudits gennemføres forskelligt på sygehusene, betyder det, at regionerne ikke kan drage generelle konklusioner af resultaterne.
- Journalaudits foretaget i perioden 2007-2010 viser et generelt højt fejlniveau på 15-35 % på tværs af sygehusene.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, regionsledelse og sygehusledelse har i en årrække været orienteret om det høje fejlniveau i registreringen af sygdomme og behandlinger. Der er imidlertid ikke i den undersøgte periode iværksat initiativer, som har kunnet nedbringe det generelt høje fejlniveau.

Mål for registreringen

60. Alle regioner og sygehuse har et overordnet mål om, at registreringen af sygdomme og behandlinger skal være klinisk meningsfuld. Det betyder, at dokumentation og registrering i patientens journal og i det patientadministrative system skal give et korrekt og fuldstændigt billede af patientens sygdom og behandling. Det er bl.a. vigtigt af hensyn til en eventuel videre behandling og pleje af patienten på sygehuset og af hensyn til den information, der går videre til patientens egen læge. Rigsrevisionen har undersøgt, om regionerne og sygehusene har opstillet konkrete mål for registreringen af sygdomme og behandlinger. Hermed bliver det muligt for regionerne at tage stilling til, om fejlniveauet er acceptabelt. Opstilling af mål og efterfølgende kontrol af, om målet opnås, kan hjælpe regionerne i det videre arbejde med at løfte kvaliteten af registreringen.

Der kan generelt skelnes mellem 2 typer af mål: en grænseværdi for det maksimale antal fejl og mangler i registreringen og mål relateret til, at oplysninger om patienten skal være færdigregistreret i det patientadministrative system inden for en bestemt tidsfrist.

61. Tabel 1 viser regionernes og sygehusenes brug af mål for registreringen af sygdomme og behandlinger.

Tabel 1. Oversigt over regioner og sygehuse, som har opsat mål for registreringen af sygdomme og behandlinger

Region	Mål på regionsniveau	Mål på sygehusniveau
Nordjylland	Ja	Nej
Midtjylland	Ja	4 ud af 7 sygehuse
Syddanmark	Ja	Nej
Sjælland	Ja	Nej
Hovedstaden	Nej	1 ud af 10 sygehuse

Det fremgår af tabel 1, at 4 ud af 5 regioner har opstillet mål på regionsniveau for sygehusenes registrering af sygdomme og behandlinger. Heraf har én region besluttet en grænseværdi, som siger, at der maksimalt må være fejl og mangler i 5 % af journalerne på sygehusene.

3 regioner har mål relateret til, hvornår patienten skal være færdigregistreret i det patientadministrative system. Af disse 3 regioner har 2 regioner et mål om, at sygehuset skal udsende udskrivningsbrev (sygehusets brev til patientens egen læge om patientens sygdom og behandling) senest 3 dage efter udskrivelsen, mens én region har et mål om, at udskrivningsbrevet skal være sendt 7 dage efter, at patienten er blevet udskrevet. På tidspunktet for udsendelse af udskrivningsbrevet skal patienten være færdigregistreret i det patientadministrative system.

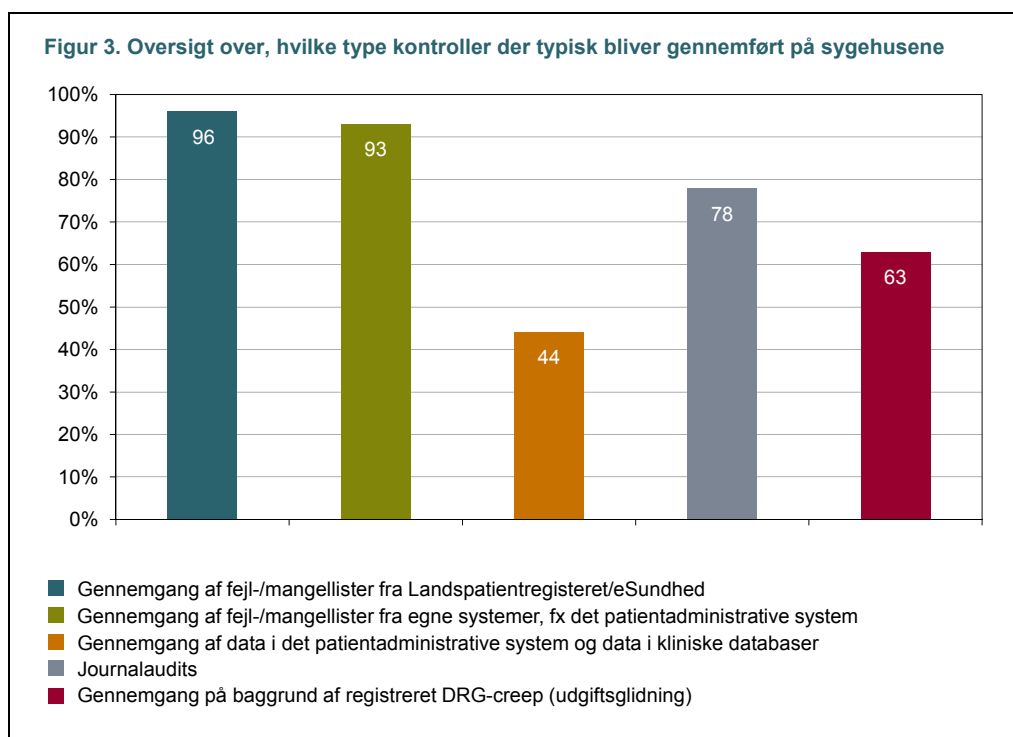
Det fremgår videre af tabellen, at i alt 5 sygehuse (4 i Region Midtjylland og ét i Region Hovedstaden) har opstillet mål for registrering af patienternes sygdomme og behandlinger på sygehusniveau.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at blandt disse 5 sygehuse har ét sygehus opsat en grænseværdi for, at der maksimalt må være 5 % betydende fejl. På de 4 andre sygehuse er der opstillet mål om, at patienterne skal være færdigregistreret i det patientadministrative system inden for en bestemt tidsfrist.

Kontroller til vurdering af fejl og mangler i sygehusenes registrering af sygdomme og behandlinger

62. Kontroller anvendes til at vurdere, om registreringen har den ønskede kvalitet. Regionerne og sygehuse har forskellige muligheder for at gennemføre kontrol, herunder journalaudits og gennemgang af forskellige typer fejllister.

Figur 3 viser, hvor stor en procentdel af sygehuse der gennemfører hvilke typer af kontroller af registreringen af sygdomme og behandlinger.



eSundhed

eSundhed er et informationssystem, som formidler opgørelser af finansiering, afregning og sygehusenes aktivitet baseret på DRG-systemet. eSundhed håndterer i praksis afregnings- og betalingsstrømme ved den kommunale medfinansiering og finansiering af sundhedsområdet.

DRG-creep (udgiftsglidning)

DRG-creep udtrykker en stigning i den gennemsnitlige værdi for et behandlingsforløb. Det kan opstå, hvis registreringen ændrer sig som følge af en ændret patientsammensætning, eller hvis nye koder har ændret på grupperingen i DRG-grupperne. DRG-creep kan også være udtryk for, at sygehusene registrerer mere, end der er belæg for. Hvis den gennemsnitlige udgift for et behandlingsforløb stiger mere end 1,5 %, skal sygehusene redegøre nærmere for årsagerne til stigningen.

Det fremgår af figur 3, at sygehusene typisk gennemfører 5 typer af kontroller:

- **Gennemgang af fejl-/mangellister fra Landspatientregisteret/eSundhed:** Ved denne type kontrol gennemgår sygehusene fejl-/mangellister fra Landspatientregisteret og eSundhed. Fejl og mangler opstår, hvis forskellige valideringsregler i registeret ikke overholdes. Fx skal fødselsdatoen for patienten ligge tidligere end startdatoen for kontakten til sygehuset. Formålet med denne kontrol er at finde logiske fejl i registreringen.
- **Gennemgang af fejl-/mangellister fra egne systemer, fx det patientadministrative system:** I systemer på sygehusene, herunder det patientadministrative system, kan der være de samme valideringsregler, som findes i Landspatientregisteret, jf. ovenfor. Når sygehusene gennemgår fejl-/mangellister fra egne systemer, kontrollerer de data, inden disse overføres til Landspatientregisteret. Formålet med kontrollen er som ovenfor at finde logiske fejl i registreringen.
- **Gennemgang af data i det patientadministrative system og data i kliniske databaser:** Ved denne type kontrol sammenholder sygehusene data i det patientadministrative system med data i de kliniske databaser. Kontrollen gennemføres for at sikre, at patienter, som er inkluderet i den gældende patientgruppe, er registreret rigtigt i det patientadministrative system og i den kliniske database.
- **Journalaudits:** Ved journalaudits gennemgår afdelingerne et antal patientjournaler for fejl og mangler. Her sammenholder afdelingerne patientjournalerne med oplysningerne i det patientadministrative system. En fejl kan fx være en sygdom, som er registreret forkert, og en mangel er fx en ydelse, som personalet ikke har registreret. Formålet med at gennemføre journalaudits er at sikre, at registreringen i journalerne og i det patientadministrative system er både klinisk korrekt og fuldstændig. Foruden at opgøre antallet af fejl opgør hovedparten af sygehusene også den økonomiske betydning af fundne fejl og mangler (DRG-værdien).
- **Gennemgang på baggrund af registreret DRG-creep (udgiftsglidning):** Regionerne modtager løbende breve fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, når den gennemsnitlige udgift for et behandlingsforløb stiger mere end 1,5 %. I disse tilfælde skal regionerne og sygehusene tage stilling til årsagerne til stigningen (se boks). Formålet med kontrollen er at identificere områder, hvor afdelingerne registrerer mere, end der er belæg for.

63. For de 3 førstnævnte typer kontrol er der tale om systemkontroller, hvor sygehusene gennemgår fejllister fra de forskellige systemer for at finde eventuelle fejl i oplysningerne. Ved journalaudits gennemfører sygehusene en (kvalitativ) vurdering af registreringerne i det patientadministrative system i forhold til det sygdoms- og behandlingsforløb, som lægerne har beskrevet i journalerne. Ved kontrol ud fra registrering af DRG-creep gennemfører sygehusene analyser af årsagerne til eventuelle stigninger i udgiften.

64. Det fremgår videre af figur 3, at ca. 96 % af sygehusene gennemfører kontroller på baggrund af fejllister fra Landspatientregisteret/eSundhed, mens 93 % gennemfører kontroller ud fra fejllister fra egne systemer, fx fra det patientadministrative system. 44 % af sygehusene sammenligner data i det patientadministrative system med data i de kliniske databaser. Herudover gennemfører 78 % af sygehusene journalaudits, og 63 % gennemfører kontrol på baggrund af registreret DRG-creep, som sygehusene modtager fra ministeriet.

Rigsrevisionens undersøgelse har således vist, at sygehusene gennemfører forskellige typer af kontroller af registreringen. Kontrollerne varierer dog i omfang, resurseforbrug og indhold.

65. Sygehusene har generelt i perioden 2007-2010 foretaget audits af ca. 1 % af alle journaler. Region Syddanmark har dog kun oplyst data for ét sygehus i 2007. Region Sjælland udtog i 2008 og 2009 en række journaler til gennemgang, men gennemgangen kan ikke karakteriseres som egentlig journalaudit. Endelig blev der i 2010 kun foretaget journalaudits for ét ud af 2 sygehuse i Region Sjælland. Region Nordjylland har oplyst, at de har opgjort den procentvise andel af fejl og mangler på grundlag af summen af alle ændringer i de gennemgåede journaler og ikke antallet af journaler med fejl og mangler. Det betyder, at andelen af fejl og mangler i Region Nordjylland ikke direkte kan sammenlignes med de øvrige regioner.

Resultaterne af sygehusenes journalaudits i perioden 2007-2010 har vist et fejlniveau, som synes stort set uændret i perioden og regionerne imellem. Generelt ligger fejlniveauet for sygehusene i intervallet 15-35 %. I perioden er der sygehuse inden for alle regioner, som ligger i den lave ende af intervallet, og der er tilsvarende sygehuse inden for alle regioner i den høje ende af intervallet. Undersøgelsen har tillige vist, at der ikke er et entydigt billede af, hvilke sygehuse der har henholdsvis mange og få fejl i registreringen af sygdomme og behandlinger i den undersøgte periode.

Enkelte sygehuse havde i perioden en lavere fejlprocent end 15. Ét sygehus i Region Nordjylland havde i 2010 en fejlprocent på 13, mens ét sygehus i Region Hovedstaden i 2008 havde en fejlprocent på 10, og ét sygehus i Region Syddanmark i 2009 havde en fejlprocent på 14.

Enkelte sygehuse havde i perioden en højere fejlprocent end 35. Region Hovedstaden havde i 2007, 2008 og 2009 3 sygehuse med en fejlprocent på henholdsvis 38, 36 og 49. Region Midtjylland havde i 2008 ét sygehus med en fejlprocent på 55.

Den laveste fejlprocent (10) er således registreret i 2008 i Region Hovedstaden. Den højeste fejlprocent (55) er registreret i 2008 i Region Midtjylland.

66. En stor del af sygehusene kategoriserer fejl og mangler efter, hvilken type fejl og mangel der findes, fx fejl i kode for sygdom eller behandling, og om der er tale om fejl uden klinisk betydning, med mindre klinisk betydning og med væsentlig klinisk betydning. Sidstnævnte fejl, som er de kritiske fejl, udtrykker, at fejl og mangler i journalen giver læseren en fejlagtig forståelse af patientens situation og behandling.

Undersøgelsen har vist, at der generelt er færre fejl og mangler med væsentlig klinisk betydning end fejl uden klinisk betydning og med mindre klinisk betydning. Dog vil det samlede fejlniveau stadig medføre en ringere datakvalitet for de data, der indgår i Landspatientregisteret. Fejl og mangler vil forringe kvaliteten af de data, der indgår i de kliniske databaser, forskningsstatistikker mv., jf. pkt. 46. Desuden kan fejl og mangler betyde, at taksterne og afregningen til sygehusene bliver forkert. Hertil skal anføres, at også fejl og mangler uden væsentlig klinisk betydning kan betyde, at taksterne og afregningen bliver misvisende.

67. Undersøgelsen har videre vist, at der er en række usikkerheder forbundet med de gennemførte journalaudits. Det betyder, at resultaterne skal tages med et vist forbehold. Fx vil journalaudits formentlig ikke afdække alle fejl, fordi det personale, der gennemgår journalerne, naturligt nok kan overse fejlregistreringer. Der kan desuden være tilfælde, hvor lægerne ikke er enige om, hvilken diagnose der bedst beskriver en sygdomstilstand. Erfaringer fra Akershus Universitetssygehus i Norge har vist, at der i knap 3 % af journalerne er faglig uenighed mellem lægerne.

Derudover er der formentlig også en vis forskel med hensyn til, hvilke kompetencer og erfaring det personale, som gennemfører journalaudits, besidder. Det kan føre til forskelle i antallet af fundne fejl.

68. De gennemførte audits omfatter endvidere kun en stikprøve på ca. 1 % af alle journaler på sygehusene. På grund af stikprøvestørrelsen vil resultaterne ikke kunne generaliseres, og regionerne vil derfor ikke kunne opnå et samlet billede af kvaliteten af registreringen på sygehusene. Regionerne har oplyst, at den begrænsede stikprøvestørrelse skyldes, at det kræver mange resurser for sygehusene at gennemføre journalaudits.

69. På trods af de nævnte usikkerheder peger audits ret entydigt på en høj fejlprocent i de gennemgåede journaler. Rigsrevisionen konstaterer dog samtidig, at resultaterne af journalaudits ikke kan generaliseres som følge af den begrænsede stikprøvestørrelse. Det betyder, at sygehusene bruger en del resurser på at gennemføre journalaudits og rette fejl, men uden at kunne danne sig et generelt indtryk af registreringen på sygehusene.

BOKS 3. EKSEMPEL PÅ KONTROL AF REGISTRERING AF DIAGNOSER OG BEHANDLINGS-PROCEDURER FRA NORGE

Rigsrevisionen har som led i undersøgelsen besøgt Akershus Universitetssygehus i Norge for at indsamle information og eksempler på, hvordan andre organiserer kvalitetssikring og kontrol af registreringen.

For at sikre en korrekt registrering af sygdomme og behandlinger har man på Akershus Universitetssygehus opbygget en organisation, hvor hver afdeling som minimum har én registrerings- og kodeansvarlig læge med indsigt i de gældende principper for kodning. Den pågældende har også ansvaret for at formidle ændringer i registreringspraksis videre til afdelingens læger. Denne registreringsorganisation er også udbredt på danske sygehuse, jf. pkt. 56. Akershus Universitetssygehus har derudover oprettet en afdeling, der består af 6 kodekonsulenter og 2 administrative medarbejdere (svarende til 8 årsværk ud af i alt ca. 4.000 årsværk eller 0,2 %). Afdelingen gennemgår alle udskrivningsbreve og bistår overordnet sundhedspersonalet med alle aspekter vedrørende registrering. Det er fx at sikre gode rutiner for registrering af data, følge op på fejl og mangler i registreringen og foretage oplæring i god registreringspraksis. Kodekonsulenterne er lægesekretærer, som har gennemført en kort uddannelse i korrekt kodning. Kodekonsulenterne kan foreslå ændringer til de registrerede koder, hvis de finder fejl og/eller mangler, og forelægge dem for den registrerings- og kodeansvarlige læge på afdelingen. Ændringsforslag, som den registrerings- og kodeansvarlige læge godkender, bliver derefter registreret i journalen og videreformidlet til den læge, der skriver udskrivningsbrevet. Ordningen har medført en høj validitet i de kliniske data på sygehuset.

Opfølgning på kontroller

70. Opfølgning på kontrollerne skal sikre, at sygehusene finder væsentlige og typiske fejl og retter dem i de gennemgåede journaler. Endvidere skal opfølgningen sikre, at personalet ikke gentager lignende fejl. En del af opfølgningen er derfor også at formidle viden om fejl og mangler – herunder antallet og væsentligheden af fejl – til ledelsen på afdelingerne, til sygehusledelsen og til de kolleger, som løbende registrerer, så de fremadrettet kan forebygge fejl.

Opfølgning kan ske på flere måder og kan fx indeholde en plan for, hvilke initiativer der skal bidrage til, at fejl og mangler reduceres.

71. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at hovedparten af sygehusene følger op på fejl og mangler, som de finder ved kontrollerne. Sygehusene følger op på kontrollerne på følgende måder:

- 74 % af sygehusene formidler fejl og mangler til sygehusledelsen, fx type af fejl og antal og den procentvise andel af fejl.
- 37 % af sygehusene formidler fejl og mangler til regionsledelsen, fx type af fejl og antal og den procentvise andel af fejl.
- 48 % ændrer lokale retningslinjer for registreringen.
- 44 % formidler fejl og mangler via undervisning til personalet.
- 19 % følger op med egentlige handlingsplaner for, hvordan sygehuset skal forbedre registreringen.

Undersøgelsen har vist, at sygehusledelsen på hovedparten af sygehuse har været bekendt med niveauet for fejl og mangler i registreringen i den undersøgte periode. Dog har kun godt 1/3 af sygehuse formidlet resultaterne videre til regionsledelsen, som har det overordnede ansvar for, at registreringen er korrekt.

72. Siden 2002 har der været krav om revision af forudsætningerne for det aktivitetsbestemte tilskud til regionerne fra staten og kommunerne, jf. "Bekendtgørelse om revisionsinstruks for revision af statsligt, aktivitetsbestemt tilskud til regionernes sygehusvæsen samt af aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet". Ifølge bekendtgørelsen skal regionernes revisorer udarbejde en revisionserklæring om, at grundlaget for udbetaling af tilskuddet er uden væsentlige fejl og mangler. Revisor skal afgive erklæring om, at sygehuse har gennemført den aktivitet, der er en forudsætning for udbetaling af tilskuddet.

73. Rigsrevisionen har gennemgået revisionserklæringerne for regnskabsåret 2009 og Indenrigs- og Sundhedsministeriets notater om revisionserklæringerne for regnskabsårene 2008 og 2009 for at vurdere, i hvilken udstrækning regionernes revisorer har haft bemærkninger til registrering og datakvalitet. Det var ikke muligt at gennemgå notatet for 2007, da ministeriet ikke kunne fremskaffe dette. Gennemgangen viste, at regionernes revisorer i varierende omfang har anført bemærkninger om fejl og mangler i registreringerne. Der er også i varierende omfang peget på svagheder og uensartethed i registreringerne. Der har ikke i de afgivne erklæringer været forbehold for udbetaling af statstilskuddet.

Gennemgangen viste videre, at ministeriet for regnskabsåret 2009 har været orienteret om resultaterne af journalaudits for 3 regioner via revisionserklæringerne. For regnskabsåret 2008 er ministeriet orienteret om resultaterne af journalaudits for 2 regioner. Ministeriet noterer sig for både 2008 og 2009, at der er en høj eller bemærkelsesværdig høj fejlprocent i de gennemførte journalaudits.

Rigsrevisionens gennemgang af ministeriets sagsbehandling har vist, at ministeriet via revisionserklæringerne har været informeret om den høje fejlprocent i registreringen. Ministeriet har oplyst, at de ikke hidtil har iværksat specifikke tiltag for at følge op på disse oplysninger.

74. Med økonomiaftalen for 2012 mellem regeringen og regionerne fra juni 2011 er parterne enige om at styrke arbejdet med at sikre aktuelle og retvisende økonomi- og aktivitetsoplysninger. Det er tillige et formål at sikre dækkende og aktuelle økonomi- og aktivitetsoplysninger i omkostningsdatabasen og de bagvedliggende centrale sundhedsregistre samt korrekte og ensartede registreringer.

V. Fordeling af udgifter i fordelingsregnskaberne

Sygehusene udarbejder fordelingsregnskaberne efter fælles retningslinjer, som er blevet til i et samarbejde mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet, regionerne og sygehusene. Der er dog fortsat en række udfordringer med at fordele store udgiftsposter til bl.a. lægeløn og særligt udgiftstunge ydelser, fx implantater og medicin. Udfordringen består i at koble udgifterne direkte til den patient, som lægen har behandlet.

Rigsrevisionen har sammen med ministeriet gennemgået en stikprøve af regionernes fordelingsregnskaber for 2010. Gennemgangen viste, at kvaliteten af fordelingsregnskaberne varierer. Der er endvidere sygehuse, som ikke afleverer fordelingsregnskaber. En høj og ensartet kvalitet i fordelingsregnskaberne vil gøre det muligt for ministeriet at udmelde DRG-taksterne på et tidligere tidspunkt hvert år til gavn for styringen på sygehusene.

A. Generelt om fordeling af udgifter

75. Rigsrevisionens undersøgelse af formålet med fordelingsregnskaber har vist følgende:

- Regionerne og sygehusene udarbejder fordelingsregnskaber, som indgår i grundlaget for, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan udregne takster.
- Formålet med fordelingsregnskaberne er at fordele sygehusenes udgifter ud på de kliniske afdelinger og de tværgående kliniske afdelinger. Det er afgørende for præcisionen i taksterne, at fordelingsregnskaberne så nøjagtigt som muligt afspejler de udgifter, der medgår til behandlingerne.

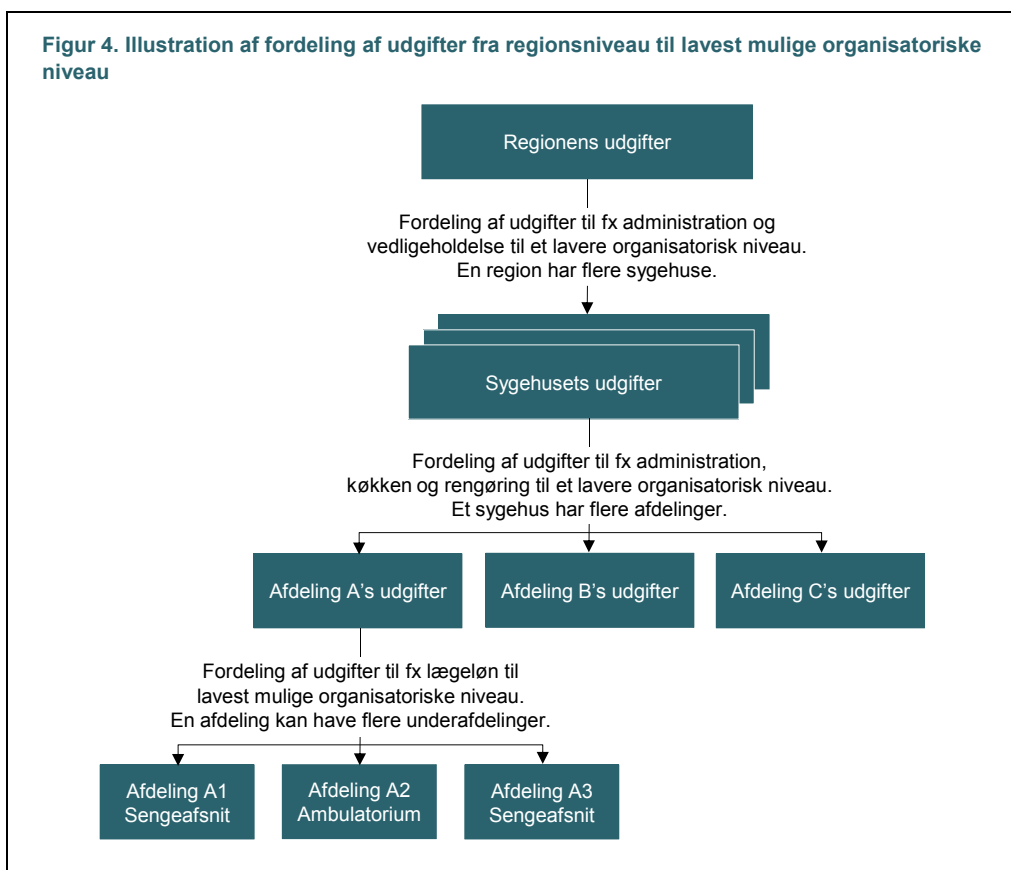
Overordnet beskrivelse af fordelingsregnskaber

76. Fordelingsregnskabet er et regnskab over regionens og sygehusenes udgifter fordelt ud på de kliniske afdelinger og de tværgående kliniske afdelinger.

Fordelingsregnskabet danner grundlag for at udregne takster for de forskellige typer behandlinger, ydelser mv. Figur 4 viser princippet for fordeling af udgifter fra øverste organisatoriske niveau til lavest mulige niveau (endeligt omkostningssted).

Endeligt omkostningssted

Fordelingsregnskabet fordeler udgifter til én eller flere afdelinger, der producerer ydelser, som er relevante for patientbehandlingen. Et endeligt omkostningssted opsamler egen andel af afdelingens, sygehusets og regionens resurseforbrug, dvs. også fællesudgifter på fx regionsniveau.



Figur 4 viser princippet for fordeling af udgifter til de lavere organisatoriske niveauer i et fordelingsregnskab. Et eksempel på udgifter, som skal fordeles, er udgifter til administration, rengøring og energiforbrug i regionsforvaltningen. Disse fællesudgifter fordeles ud på de enkelte sygehuse i regionen. Her indgår udgifterne igen i en videre fordeling ud på afdelinger og underafdelinger sammen med sygehusenes egne fællesudgifter til administration mv. Udgifterne fra øverste organisatoriske niveau i regionen fordeles til det lavest mulige niveau i organisationen på sygehuset, hvor der er patientkontakt. Det lavest mulige niveau kan være både en klinisk afdeling eller en tværgående klinisk afdeling, fx røntgen, som leverer ydelser til de kliniske afdelinger.

Afdeling og underafdeling

En afdeling kan bestå af flere underafdelinger med hvert sit funktionsområde, fx ambulatorium og sengeafsnit.

77. Det er afgørende, når Indenrigs- og Sundhedsministeriet beregner takster, at fordelingsregnskaberne afspejler resurseforbruget inkl. fællesudgifter ved de enkelte ydelser og behandlinger. Det er også afgørende, at fordelingsregnskaberne opgøres på samme måde på tværs af regioner og sygehuse, fordi taksterne er beregnet som landsgennemsnit. Det betyder, at fordelingsregnskaberne bør udformes efter ensartede principper og metoder på tværs af sygehusene.

B. Krav til fordelingsregnskaber

78. Rigsrevisionens undersøgelse af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionernes fælles krav til at udarbejde ensartede fordelingsregnskaber på tværs af sygehusene har vist følgende:

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne har i de seneste år i fællesskab arbejdet på at ensarte rammerne og kravene til sygehusenes fordelingsregnskaber. De har løbende igangsat en række initiativer til at forbedre fordelingsregnskaberne.
- Der er fortsat en række udfordringer på områder, hvor udgifterne ikke kan knyttes direkte til den patient, som har modtaget behandlingen, fx udgifter til implantater og dyr medicin. Ligeledes er det for størstedelen af det ambulante område fortsat ikke muligt at fastsætte taksterne præcist ud fra fordelingsregnskaberne og registreringen af patientens undersøgelser og behandlinger, som ikke er tilstrækkeligt detaljeret. Der er dog både i regi af ministeriet og Danske Regioner igangsat initiativer for at løse problemerne.

Regulering af krav til sygehusenes fordelingsregnskaber

79. Indenrigs- og Sundhedsministeriet udarbejdede sammen med regionerne i 2008-2009 rapporten "Effektiv styring på sygehusområdet". I rapporten er der bl.a. en generel anbefaling om, at regioner og sygehuse skulle opprioritere arbejdet med udvikling af sygehusenes fordelingsregnskaber. Formålet var at skabe et bedre grundlag for takstberegningen og en øget sammenlignelighed på tværs af sygehusene. Arbejdet skulle bl.a. ske på baggrund af det arbejde, som allerede var gennemført i Arbejdsgruppen vedrørende Forbedring og Ensretning af Registreringerne til Sundhedsstyrelsens Omkostningsdatabase med udgangspunkt i sygehusenes Fordelingsregnskaber (AFERSOF-gruppen).

80. Krav til regionerne om at udarbejde og indberette fordelingsregnskaber er baseret på aftaler mellem ministeriet og Danske Regioner. Det fremgår bl.a. af økonomiaftalen for 2009, at "Danske Regioner og regeringen forpligter sig til at komme med forslag til prioritering af arbejdet med formidling, opgørelse og fordeling af sygehusenes udgifter forbundet med de enkelte behandlinger". Økonomiaftalen for 2010 indeholder en række anbefalinger til, hvordan fordelingsregnskaberne skal forbedres, og det fremgår af aftalen, at "regeringen og Danske Regioner er enige om, at analysearbejdets anbefalinger gennemføres".

Reguleringen af krav til fordelingsregnskaberne har således i 2009 og 2010 været omfattet af de årlige økonomiaftaler.

81. Herudover indgår parterne aftaler via udvalg og grupper, herunder bl.a. DRG-udvalget og AFERSOF-gruppen. Grupperne arbejder på fælles metoder og krav til at ensarte fordelingsregnskaberne og kommer med forslag til, hvordan regioner og sygehuse kan forbedre fordelingsregnskaberne.

Krav om brug af fælles skabelon

82. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i samarbejde med regionerne udarbejdet en skabelon, som regionerne og sygehusene skal bruge, når de udarbejder fordelingsregnskaberne. Formålet med skabelonen er at skabe en fælles ramme, der sikrer, at fordelingsregnskaberne udarbejdes på en ensartet måde, og at sygehusenes udgifter fordeles til afdelinger og underafdelinger ud fra samme krav og overordnede principper. Det er vigtigt, for at ministeriet kan fastsætte takster ud fra samme grundlag. Den fælles skabelon har derudover betydet, at regionerne og sygehusene lettere kan udarbejde fordelingsregnskaberne.

AFERSOF-gruppen

Arbejdsgruppen blev nedsat af kredsen af regionssundhedsdirektører i foråret 2007. Gruppens formål er at komme med forslag, som kan forbedre og ensarte sygehusenes fordelingsregnskaber. Arbejdsgruppens medlemmer består af regionale repræsentanter fra sygehusene, regionerne, Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

DRG-udvalget (Udvalget for udvikling og drift af DRG-området)

Udvalget er nedsat med repræsentation af Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand), KL, Danske Regioner og regionerne. Udvalget skal være med til løbende at udvikle og revidere DRG-systemet og -metodikken, herunder grupperingslogik, indsamling af aktivitets- og økonomidata, fastsættelse af takster mv.

Model for fordeling af fællesudgifter

83. Ud over de udgifter, som sygehusene i fordelingsregnskaberne direkte kan henføre til de kliniske afdelinger, er der en række fællesudgifter. Det er udgifter til fx fælles administration på sygehuset og i regionen, energiforbrug og rengøring. Udgifterne skal fordeles til de endelige omkostningssteder, jf. pkt. 76. Afdelingernes samlede udgifter er dermed andelen af fællesudgifterne, andre overførte udgifter og de udgifter, som afdelingerne selv afholder.

84. Regionerne er blevet enige om at bruge en overordnet model for fordelingen af fællesudgifterne. Modellen fordeler udgifterne til det underliggende organisatoriske niveau, indtil alle udgifter er fordelt ud på de kliniske afdelinger og de tværgående kliniske afdelinger. Dette er vist i figur 4, hvor det fremgår, at regionens udgifter bliver fordelt til sygehusene, som igen fordeler udgifter videre ud på afdelinger og underafdelinger.

Modellen omfatter ikke principperne for selve fordelingen af fællesudgifterne til det underliggende niveau. Fx kan et sygehus have en ordning, hvor rengøring bliver betalt direkte af hver afdeling efter det faktiske forbrug. Dermed kan sygehuset fordele udgifterne meget nøjagtigt i fordelingsregnskabet. Andre sygehuse kan bruge et princip om at fordele udgiften til rengøring ud på afdelingerne ud fra det antal m², som afdelingen råder over på sygehuset (m²-princip). Sygehuset kan også fordele udgiften til rengøring ud fra den relative andel, som afdelingens udgifter udgør i forhold til sygehusets samlede udgifter (bruttoudgiftsprincip).

85. Der er generel enighed i regionerne om at bruge det princip for fordeling, som fordeler udgifterne mest præcist på de enkelte sygehuse, da det kan være forskelligt, hvilken nøgle der giver den mest præcise fordeling.

Principper for fordeling af afdelingernes personaleudgifter

86. Personaleudgifterne, der er en af de væsentlige udgifter i sygehusenes regnskaber, skal også fordeles ud på det endelige omkostningssted. Fx kan en ortopædkirurgisk afdeling bestå af underafdelinger for henholdsvis hoftepatienter og knæpatienter, hvortil udgifterne skal fordeles.

87. Sygehusene bogfører som oftest lønnen til sygeplejersker og sekretærer på de underafdelinger, hvor de er ansat, mens lønnen til lægerne ofte er bogført på afdelingsniveau. Da målet med fordelingsregnskaberne er at få lønningerne fordelt ud på det endelige omkostningssted, giver det ofte en særlig udfordring at fordele udgiften til lægernes løn.

88. I 2009 udarbejdede AFERSOF-gruppen anbefalinger til, hvordan lægernes løn skal fordeles ud på afdelinger og underafdelinger. Ifølge anbefalingerne skal sygehusene om muligt tage udgangspunkt i faktiske tidsregistreringer ved fordelingen af lønnen, og hvis det ikke er muligt, skal de bruge vagtplaner. Hvis de heller ikke kan bruges, skal sygehusene bruge en foreslået pointmodel, som skal afspejle lægernes tidsforbrug på afdelingerne. Det er hensigten, at pointmodellen skal suppleres af en dialog med afdelingsledelsen om, hvordan lægernes løn skal fordeles ud på afdelingerne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet anser ikke pointmodellen som brugbar, da der er stor forskel på den organisatoriske opbygning af sygehusene, og det tager pointmodellen ikke hensyn til. Ministeriet er derfor uenig i anbefalingen om at bruge pointmodellen.

Der er nu i regi af AFERSOF-gruppen igangsat et arbejde med at udvikle en ny model, hvor sygehusene skal bruge vagtplaner som grundlag for at fordele lægelønninger.

Krav til fordeling af særlige udgiftstunge ydelser

89. Udgifter til dyr medicin og implantater bliver i dag i DRG-systemet ikke koblet direkte til de patienter, som modtager medicinen eller implantatet. Det betyder, at udgiften ikke direkte medregnes i patientens behandlingsforløb. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at en manglende kobling og deraf en misvisende fordeling af disse udgifter på forskellige behandlingsforløb kan have stor effekt på taksterne. Hvis taksterne skal være retvisende, bør ministeriet derfor kunne koble udgifterne direkte til patienterne, som det også er muligt med fx røntgenydelser og blodprøver. Behovet for at koble udgifterne til de rigtige patienter skærpes endvidere af, at der er meget store forskelle i udgifterne til de forskellige typer af medicin og implantater.

90. Der er i dag et krav om, at sygehusene skal opgøre udgifter til forskellige typer dyr medicin og implantater særskilt i fordelingsregnskaberne. Dette kan gøres ved at angive, hvilken ydelse – fx hvilken type operation eller behandling – medicinen eller implantatet bruges i forbindelse med. Hermed kan udgifterne fordeles på den gruppe af patienter, som har modtaget medicinen eller implantatet. Det giver grundlag for mere retvisende takster, end hvis udgiften generelt bliver fordelt på afdelingens patienter, som har modtaget forskellige ydelser.

Når det gælder om at registrere medicinudgifter til patienterne på sygehusene, synes der på sigt at være en løsning via regionernes elektroniske medicinsystemer. I medicinsystemerne registreres, hvilken medicin patienterne modtager.

For registrering af implantater, og hvilke patienter der har modtaget implantatet, består vanskelighederne i, at sygehusene og regionerne ikke har systematiske, elektroniske oversigter. Oplysninger om implantater registreres almindeligvis kun i patientens journal. Regionerne og ministeriet arbejder p.t. med 2 modeller for, hvordan sygehusene fremover skal koble udgifterne til implantater til patienterne. Ministeriet håber, at erfaringerne herfra kan bidrage til en løsning inden for 2-3 år.

Takstfastsættelsen på det ambulante område

91. For godt 50 % af taksterne på det ambulante område – DAGS-taksterne – baserer Indenrigs- og Sundhedsministeriet ikke takstberegningen på fordelingsregnskaberne. Hertil er beregningsgrundlaget for usikkert. Det skyldes bl.a., at de ambulante besøg ikke bliver registreret tilstrækkeligt detaljeret i sygehusenes registreringssystemer. Det har betydet, at afdelingernes udgifter på det ambulante område i fordelingsregnskabet har været lagt sammen i en stor pulje med meget forskellige ydelser. Puljen indeholder fx de udgifter, som sygehusene bruger på at undersøge patienterne, uanset type af undersøgelse, undersøgelsens varighed, eller hvad ambulante besøg har omfattet af andre ydelser.

92. Ministeriet har som supplement til fordelingsregnskaberne sammen med regionerne igangsat studier af udgifter med det formål at udregne mere præcise takster på det ambulante område. Ministeriet overvejer tillige i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, hvordan de kan beskrive registreringen af den ambulante aktivitet mere korrekt til gavn for det kliniske arbejde, og så fordelingen af udgifterne i fordelingsregnskabet kan blive mere nuanceret.

Ministeriet oplyser, at forbedringerne først forventes at slå rigtigt igennem inden for et par år.

C. Indberetning af fordelingsregnskaber

93. Rigsrevisionens undersøgelse af processen for indberetning af fordelingsregnskaber har vist følgende:

- Der er fastlagt en klar og entydig fordeling af opgaver og ansvar vedrørende drift af DRG-systemet, udregning af takster og indberetning af regnskabsdata til systemet.
- Det har været hensigten at få alle sygehuse til at indberette regnskabsdata i fordelingsregnskaber til DRG-systemet. For regnskabsåret 2009 indgår data fra 4 sygehuse ikke i taksberegningen i 2011 på grund af, at sygehuse afleverede for sent, eller at der manglede data i fordelingsregnskabet.
- En ændret tidsplan, hvor regnskabsdata kan indberettes over en længere periode, har givet bedre rammer for dialog mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne om at sikre kvaliteten af fordelingsregnskaberne.

Ansvars- og opgavefordeling ved indberetning af fordelingsregnskaber

94. Fordelingsregnskaberne er som nævnt omfattet af aftalesystemet på sundhedsområdet, jf. pkt. 80. På baggrund af de aftaler og den arbejdsdeling, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne har udviklet, er det i dag regionernes og sygehusernes opgave at indsende de data – bl.a. i form af fordelingsregnskaber – som udgør grundlaget for takstberegningen. Det er regionernes ansvar at sikre, at disse data er pålidelige, og at fordelingsregnskaberne opfylder kravene i de indgåede aftaler. Det er ministeriets ansvar at beregne taksterne, at formidle dem til regioner og sygehuse og at drive og vedligeholde DRG-systemet, herunder også omkostningsdatabasen. Den formelle opgave- og ansvarsfordeling for DRG-systemet er således klar og entydig.

95. Opgaven med fortsat at forbedre og ensarte fordelingsregnskaberne er lagt ud til de udvalg, som ministeriet og regionerne har nedsat på sundhedsområdet, herunder DRG-udvalget. Ministeriet og regionerne arbejder således i AFERSOF-gruppen med anbefalinger og områder udpeget af DRG-udvalget med det formål at ensarte fordelingsregnskaberne og højne kvaliteten af dem.

Opgaven med at udvikle fordelingsregnskaberne sker således i et samarbejde mellem ministeriet og regionerne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets tilrettelæggelse af processen

96. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har tilrettelagt processen for indberetning af fordelingsregnskaberne for 2009 og 2010 til takstberegning i henholdsvis 2010 (fordelingsregnskabet for 2009) og 2011 (fordelingsregnskabet for 2010), så de endelige takster offentliggøres i oktober.

97. Ministeriet har indført en mindre ændring i processen for aflevering af oplysninger til ministeriet for takstberegning i 2011. Frem for at aflevere hele fordelingsregnskabet i april afleverer sygehuse fordelingsregnskabet eller dele heraf over en længere periode. Sygehuse afleverer således allerede i december en oversigt over de kliniske afdelinger og de tværgående kliniske afdelinger, hvortil de skal fordele udgifterne (endeligt omkostningssted). Det giver ministeriet mulighed for at verificere antallet af afdelinger. Herefter afleverer sygehuse skabelonen med de foreløbige regnskabstal sammen med principper for fordeling af udgifter eller forslag hertil i februar. Tidspunktet for aflevering af fordelingsregnskabet med de endelige tal for fordelingen af udgifterne på afdelingerne er uændret i forhold til taksberegningen i 2010.

Den ændrede procedure for aflevering af oplysninger i 2011 giver ministeriet mere tid til at kvalitetssikre fordelingsregnskaberne på baggrund af en løbende dialog med regionerne og sygehusene. Samtidig fordeler tidsplanen arbejdsbyrden for regionerne og sygehusene på flere måneder.

Ifølge ministeriet har den ændrede tidsplan forbedret rammerne for dialog og kvalitetssikring af fordelingsregnskaberne.

98. Fristen for at indlevere fordelingsregnskabet for 2009 var den 30. april 2010. Alle sygehuse – undtagen 3 – afleverede inden for fristen. 2 fordelingsregnskaber er efterfølgende blevet afleveret, men på grund af den sene aflevering indgår de ikke i taksterne for 2011. Efter afleveringen den 30. april 2010 viste det sig, at yderligere et fordelingsregnskab havde mangler og derfor ikke kunne indgå, da ministeriet beregnede taksterne for 2011. For regnskabsåret 2009 indgik således ikke data fra 4 sygehuse i taksberegningen i 2010.

Det er aftalen, at alle sygehuse skal aflevere fordelingsregnskaber efter modellen. Én region starter efter aftale med ministeriet med at aflevere fordelingsregnskabet efter modellen i 2012 for regnskabsåret 2011. Det betyder, at det ikke er muligt at se de enkelte oplysninger, som indgår i beregningen af taksterne for denne region, før i 2012.

D. Sygehusenes fordelingsregnskaber

99. Rigsrevisionen har i samarbejde med Indenrigs- og Sundhedsministeriet undersøgt 9 sygehusenes fordelingsregnskaber. Undersøgelsen har vist følgende:

- En stikprøve udtaget i samarbejde mellem Rigsrevisionen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet viser, at 4 ud af 9 fordelingsregnskaber for 2010 ved første aflevering havde behov for et kvalitetsløft. Ministeriet og sygehusene arbejdede sammen om at kvalificere fordelingsregnskaberne frem til den endelige levering i juni 2011.
- Sygehusene er kommet langt med at fordele udgifterne efter en fælles model, men der er fortsat store udfordringer vedrørende fordelingen af bl.a. løn til lægerne på afdelingerne.
- Der er derudover fortsat en række ydelser, hvor sygehusene mangler at koble ydelsen direkte til den enkelte patient. Dermed kommer udgifterne ikke til at fremgå af patientens behandlingsforløb, og det kan give usikkerhed i det datagrundlag, som ministeriet bruger til at udregne taksterne.

Gennemgang af en stikprøve af sygehusenes fordelingsregnskaber

100. Sygehusene afleverer fordelingsregnskaber til Indenrigs- og Sundhedsministeriet efter den skabelon og fælles retningslinjer, som ministeriet og regionerne har aftalt.

101. Ministeriet har i samarbejde med Rigsrevisionen gennemgået en stikprøve på 9 fordelingsregnskaber for 2010 for at vurdere kvaliteten og identificere eventuelle problemområder, som har betydning for udregning af taksterne.

Stikprøven viste, at der i 4 ud af 9 fordelingsregnskaber ved første aflevering ultimo april 2011 var behov for fortsat dialog mellem ministeriet og sygehusene med henblik på forbedring af kvaliteten af fordelingsregnskaberne. Ministeriet og regionerne har løbende arbejdet med kvaliteten af fordelingsregnskaberne indtil juni 2011.

Rigsrevisionen konstaterer, at næsten halvdelen af fordelingsregnskaberne ved første aflevering ikke levede op til den forventede kvalitet. En højere kvalitet på dette tidspunkt kunne betyde en hurtigere aflevering af de endelige fordelingsregnskaber og forbedre mulighederne for at offentliggøre taksterne på et tidligere tidspunkt. Det kan være en fordel i forhold til sygehusenes økonomi- og aktivitetsstyring.

102. Som omtalt i pkt. 86 er fordeling af løn, herunder løn til lægerne, en væsentlig udgift for sygehusene og derfor vigtig at fordele korrekt i forhold til afdelingernes faktiske forbrug. Sygehusene kan anvende flere forskellige metoder til fordeling, afhængigt af hvilke data der er til rådighed på afdelingen. Ministeriets og Rigsrevisionens stikprøve viste, at 7 ud af 9 sygehuse havde opdelt løn på stillingskategorier (lægeløn, sygeplejerskeløn, sekretærløn, anden løn og vikarløn). Stikprøven viste også, at den mest udbredte metode til fordeling af løn tager udgangspunkt i vagtplanerne.

I 3 ud af 9 fordelingsregnskaber viste stikprøven, at sygehusene har brugt AFERSOF's pointmodel, som ifølge ministeriet ikke giver et retvisende billede af fordelingen af de faktiske udgifter. Ét af de 3 sygehuse har brugt pointmodellen uden at supplere med en dialog med afdelingsledelsen om den faktiske fordeling.

103. Udgifter til dyr medicin og implantater er 2 områder, som har stor betydning for udregning af taksterne, jf. pkt. 89. I fordelingsregnskaberne skal sygehusene derfor angive, hvilke afdelinger der har afholdt udgifterne, og i hvilke typer behandlinger sygehuset har brugt implantatet eller den dyre medicin.

Stikprøven har vist, at 6 ud af 9 fordelingsregnskaber har angivet implantater efter retningslinjerne, dvs. de har oplyst, i hvilke typer behandlinger afdelingerne har brugt implantatet. For dyr medicin gælder det samme for 4 ud af 9 fordelingsregnskaber. Hvis det ikke er angivet korrekt efter retningslinjerne, er det ikke muligt at koble udgifterne til implantater eller dyr medicin til den gruppe patienter, som har modtaget ydelsen.

104. Ministeriet har identificeret en række områder foruden implantater og dyr medicin, som har stor betydning for opgørelsen af den faktiske udgift forbundet med et behandlingsforløb. For en del af disse områder får ministeriet oplysninger fra de kliniske systemer om, hvilke patienter der modtager hvilke typer ydelser. Det drejer sig bl.a. om klinisk biokemi (blodprøver), patologisk anatomi (fx vævsprøver) og radiologi (fx strålebehandling).

Der er fortsat sygehuse, som ikke leverer oplysningerne fra de tværgående kliniske afdelinger. Det drejer sig fx om klinisk mikrobiologi (fx analyse af typer af bakterier, som forårsager sygdom hos patienten), hvor 2 ud af 3 sygehuse, som har denne ydelse, i stikprøven ikke leverede data til ministeriet. Årsagen kan være, at sygehuset ikke registrerer ydelsen direkte på den patient, der modtager ydelsen. Det kan også være, at sygehusene registrerer oplysningerne på en måde i lokale systemer, der ikke umiddelbart egner sig til takstberegning.

105. Ministeriet oplyser, at de i fællesskab med regionerne arbejder på at finde løsninger og afprøve løsninger til at få bedre data og erfaring på områderne. Der pågår fx et analysearbejde sammen med Region Hovedstaden om at indhente erfaringer om operationstider på forskellige typer operationer, som har betydning for resurseforbruget og de faktuelle udgifter forbundet hermed.

106. Ministeriet har i samarbejde med sygehusene – efter gennemgangen af de 9 fordelingsregnskaber – udarbejdet en prioriteret indsatsliste, som ministeriet og sygehusene vil samarbejde om frem til afleveringen af fordelingsregnskaber i 2011. Indsatslisten viser, at ministeriet og sygehusene har fokus på fordeling af udgifter til dyr medicin og implantater samt fordeling af lægeløn.

Rigsrevisionen, den 17. august 2011

Henrik Otbo

/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Ordliste

Afdeling og underafdeling	En afdeling kan bestå af flere underafdelinger med hvert sit funktionsområde, fx ambulatorium og sengeafsnit.
AFERSOF-gruppen	Arbejdsgruppe vedrørende Forbedring og Ensretning af Registreringerne til Sundhedsstyrelsens Omkostningsdatabase med udgangspunkt i sygehusenes Fordelingsregnskaber. Arbejdsgruppen blev nedsat af kredsen af regionssundhedsdirektører i foråret 2007. Gruppens formål er at komme med forslag, som kan forbedre og ensrette sygehusenes fordelingsregnskaber. Arbejdsgruppens medlemmer består af regionale repræsentanter fra sygehusene og regionerne, Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
Aktivitets- og takststyring	Aktivitets- og takststyring indebærer, at sygehusets eller afdelingens budget fastlægges med udgangspunkt i en forventet aktivitet, og at afregning for eventuel mer- eller mindreaktivitet tager udgangspunkt i taksterne. Alle regioner baserer deres aktivitets- og takststyring på de gældende takster.
Ambulant patient	En patient, som behandles på sygehuset uden at være indlagt.
Baseline	Et mål for den aktivitet, som sygehuset skal præstere det pågældende år. Regionen udregner baseline ved at gange sygehusets ydelser med de gældende takster for ydelserne. Derved kan den aktivitet, som sygehuset skal præstere, udtrykkes i en samlet værdi i kroner.
Behandlingsforløb	Et behandlingsforløb er knyttet til en patient og den sygdom, som patienten har. Et behandlingsforløb kan bestå af flere forskellige ydelser, herunder undersøgelser, blodprøvetagning, røntgenundersøgelse, operation mv. En patient kan have flere samtidige behandlingsforløb, fx behandling for et brækket ben og undersøgelse for uregelmæssig hjerterytme.
DAGS	Dansk Ambulant GrupperingsSystem (DAGS) er et system, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet bruger til at gruppere somatiske ambulante patienter (patienter uden indlæggelse) ud fra fællestræk i sygdommene. Patienterne skal endvidere inden for hver gruppe være nogenlunde lige dyre at behandle på sygehusene. I 2011 omfatter DAGS 198 grupper. For hver DAGS-gruppe er fastsat en takst, som regionerne bruger ved afregning af sygehuse for behandling af ambulante patienter (se DRG- og DAGS-takst).
Det frie sygehusvalg	Det frie sygehusvalg, der blev indført i 1993, giver patienter ret til at vælge mellem offentlige sygehuse (også uden for eget amt/egen region) og enkelte private specialsygehuse og klinikker.
Diagnose	Bestemmer en sygdoms art. Lægen stiller diagnosen på baggrund af lægens egen observation og de symptomer, som patienten beskriver.
DRG	Diagnose Relaterede Grupper (DRG) er et system, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet bruger til gruppering af somatiske indlagte patienter ud fra fællestræk i sygdomme. Patienterne skal endvidere inden for hver gruppe være nogenlunde lige dyre at behandle på sygehusene. I 2011 omfatter DRG 674 grupper. For hver DRG-gruppe er fastsat en takst, som regionerne bruger ved afregning af sygehuse for behandling af indlagte patienter (se DRG- og DAGS-takst).
DRG-creep (udgiftsglidning)	Udtryk for en stigning i den gennemsnitlige værdi for et behandlingsforløb. Det kan opstå, hvis registreringen ændrer sig som følge af en ændret patientsammensætning, eller hvis nye koder har ændret på grupperingen i DRG-grupperne. Men DRG-creep kan også være udtryk for, at sygehusene registrerer mere, end der er belæg for. Hvis den gennemsnitlige udgift for et behandlingsforløb stiger mere end 1,5 %, skal sygehusene redegøre nærmere for årsagerne til stigningen.

DRG-systemet	<p>Systemet bygger på oplysninger om, hvilken sygdom patienten har, og hvilke ydelser patienten har modtaget koblet sammen med sygehusafdelingernes udgifter.</p> <p>DRG-systemet består overordnet af 2 elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gruppering af patienter i DRG- og DAGS-grupper • landsgennemsnitlige udgifter ved behandling på offentlige sygehuse. <p>Formålet med DRG-systemet er at udregne DRG- og DAGS-takster.</p>
DRG- og DAGS-takst	<p>Udtryk for den landsgennemsnitlige udgift på de offentlige sygehuse ved behandling af patienter inden for den pågældende DRG- og DAGS-gruppe (se DRG og DAGS).</p>
DRG-udvalget (Udvalget for udvikling og drift af DRG-området)	<p>Udvalget er nedsat med repræsentation af Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand), KL, Danske Regioner og regionerne. Udvalget skal være med til løbende at udvikle og revidere DRG-systemet og -metodikken, herunder grupperingslogik, indsamling af aktivitets- og økonomidata, fastsættelse af takster mv.</p>
Endeligt omkostningssted	<p>Fordelingsregnskabet fordeler udgifter til én eller flere afdelinger, der producerer ydelser, som er relevante for patientbehandlingen. Et endeligt omkostningssted opsamler egen andel af afdelingens, sygehusets og regionens resurseforbrug, dvs. også fællesudgifter på fx regionsniveau.</p>
eSundhed	<p>Et informationssystem, som formidler opgørelser af finansiering, afregning og sygehusenes aktivitet baseret på DRG-systemet. eSundhed håndterer i praksis afregnings- og betalingsstrømme ved den kommunale medfinansiering og finansiering af sundhedsområdet.</p>
Fordelingsregnskab	<p>Et regnskab over regionens og sygehusenes udgifter fordelt på afdelinger og underafdelinger.</p>
Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter (Fællesindholdet)	<p>Regler for dokumentation i patientadministrative systemer og indberetning til Landspatientregisteret. Fællesindholdet gælder på tværs af alle lægefaglige specialer og udgør minimumskravene til registreringen af sygdomme og behandlinger. Formålet med Fællesindholdet er at sikre, at registreringerne bliver så ensartede som muligt på tværs af afdelinger, sygehuse og regioner.</p>
Implantater	<p>Der findes en række forskellige former for implantater. Implantater indopereres og erstatter fx dele af en hofte eller et knæ. Et implantat kan også være en pacemaker eller et indopereret høreapparat.</p>
Journalaudit	<p>Anvendes i forbindelse med kvalitetsudvikling af afdelingens dokumentation af sygdom og behandling af patienten. Patientjournalen bliver sammenholdt med oplysningerne i det patientadministrative system for at finde eventuelle fejl og mangler.</p>
Kliniske afdelinger	<p>Afdelinger, hvor patienten er registreret og modtager behandling. En klinisk afdeling kan bestå af flere underafdelinger med hvert sit funktionsområde, fx ambulatorium og sengeafsnit.</p>
Kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag	<p>En kommune betaler en andel af regionens udgifter gennem det kommunale aktivitetsafhængige bidrag, jf. §§ 13 og 14 i lov om regionernes finansiering. Bidraget udregnes bl.a. på baggrund af antal behandlinger på sygehusene for patienter i kommunen.</p>
Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering	<p>Fastlægger reglerne for indberetninger til Landspatientregisteret. I gruppen deltager regionerne, Center for Psykiatrisk Forskning, Danske Regioner, KL, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.</p>
Landspatientregisteret	<p>Indeholder oplysninger om patienternes sygdomme og behandlinger. For indlæggelser går registeret tilbage til 1977. Skadestuekontakter og ambulante kontakter er registreret siden 1995. Registeret ajourføres ved dataoverførsel fra de lokale patientadministrative systemer.</p>
Lægevidenskabelige selskaber	<p>Der er 38 såkaldte specialebærende selskaber, hvor medlemmerne repræsenterer et selvstændigt lægefagligt speciale. Selskabernes formål er bl.a. at fremme dansk lægevidenskab og sparre med centrale sundhedsmyndigheder om spørgsmål inden for de kliniske specialer.</p>

Omkostningsdatabase	Danner grundlag for beregningen af DRG-taksterne. Databasen indeholder oplysninger om udgifter og aktivitet vedrørende de patienter, som er blevet behandlet på de offentlige sygehuse.
Patientadministrative systemer	Indeholder oplysninger om patienterne. Patienterne bliver registreret med cpr-nr., og systemet indeholder bl.a. oplysninger om indlæggelses- og udskrivningsdato, sygehusafdeling, diagnoser og operationer samt patientens bopælskommune.
Pointmodel	En model til fordeling af udgifter til lægelønninger på afdelinger og underafdelinger.
Sammedagspakker	Sammedagspakker bruges på det ambulante område. Pakkerne betyder, at sygehuse opnår en samlet afregning for flere sammenhængende ydelser i ét ambulante forløb, uanset om de ligger på samme dag eller over flere dage.
Specialespecifikke retningslinjer for registrering	Beskriver de registreringer og koder, som personalet skal bruge med udgangspunkt i det lægefaglige speciale, som afdelingens patienter tilhører. Retningslinjerne er målrettet en afgrænset gruppe af patienter, som har fællestræk i sygdomme og behandlinger.
Stationær patient	En patient, som er indlagt.
Sundhed.dk	En it-portal, som skal give borgerne mulighed for at bruge sundhedsvæsenet. Portalen skal endvidere gøre det nemmere for det sundhedsfaglige personale at kommunikere med hinanden. På sundhed.dk kan man bl.a. finde oplysninger om sygehuse, behandlingstilbud, medicin og egne tidligere sygdomme og behandlinger.
Tværgående klinisk afdeling	Afdeling, som primært servicere de kliniske afdelinger, fx røntgenafdelinger og laboratorier.