



Rigsrevisionens notat om beretning om  
**DRG-systemet**



revision  
revision

revision

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

3. oktober 2016

RN 408/16

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

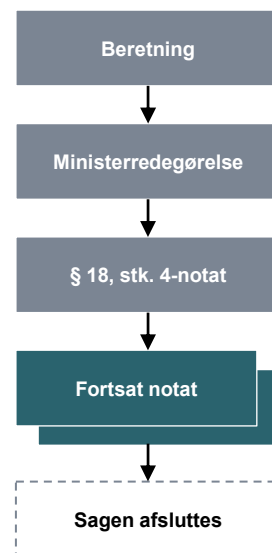
**KONKLUSION**

Det er Rigsrevisionens vurdering, at Sundheds- og Ældreministeriet med udrulning af det nye nationale sundhedsdataprogram – Sundhedsdataprogrammet – er ved at tilvejebringe et godt grundlag for at kunne forbedre kvaliteten af de data og registreringer, som ligger til grund for DRG-systemet og Landspatientregisteret. Ministeriet har som led heri bl.a. taget initiativ til at forbedre regionernes og sygehusenes registrering af patienternes sygdomme og behandling og at sikre en større standardisering af regionernes indberetninger af økonomi- og aktivitetsdata i fordelingsregnskaberne. Rigsrevisionen har noteret sig, at ministeriet har taget en række initiativer, og vurderer, at sagen kan afsluttes.

Rigsrevisionen baserer konklusionen på følgende:

- Sundheds- og Ældreministeriet har i samarbejde med de lægevidenskabelige selskaber og regionerne udarbejdet specialespecifikke retningslinjer, som skal styrke den specialespecifikke registrering af patienternes sygdomme og behandlinger.
- Sundheds- og Ældreministeriet er som led i Sundhedsdataprogrammet ved at indføre et nyt Landspatientregister (LPR3) og forbedre definitioner af begreber, som skal medføre en mere præcis og entydig registrering af den ambulante behandling og dermed en bedre beskrivelse af patientbehandlingen på det ambulante område.
- Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne er ved at udfolde en ny strategi for registrering af aktivitet på sygehusene, som skal resultere i mere præcise retningslinjer for registreringen af aktiviteten, styrke undervisningsindsatsen samt validerings- og kvalitetssikringen af data. Initiativerne skal tilsammen forbedre kvaliteten af registreringer af patienternes sygdomme og behandlinger.
- Sundheds- og Ældreministeriet har øget antallet af sammedagspakker for i højere grad at skabe sammenhængende ambulante patientforløb på sygehusene og en hensigtsmæssig afregning.

**Sagsforløb for en større undersøgelse**



Du kan læse mere om forløbet og de enkelte step på [www.rigsrevisionen.dk](http://www.rigsrevisionen.dk)

**Sundhedsdataprogrammet** understøtter regeringens sundhedsstrategi "Jo før – jo bedre" med fokus på synlighed om data som redskab til at løfte kvaliteten i behandlingen. Formålet med programmet er at sikre stabil levering af relevante nationale sundhedsdata om kvalitet, aktivitet og økonomi til sundhedspersonale på tværs af sektorer og til beslutningstagere i sundhedsvæsenet.

- Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har taget initiativ til at ensarte regionernes indberetninger af økonomi- og aktivitetsdata i fordelingsregnskaberne. Initiativerne skal tilsammen øge kvaliteten i fordelingsregnskaberne og hermed forbedre grundlaget for beregningen af DRG-taksterne.

## I. Baggrund

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

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

4. På baggrund af beretningen, Rigsrevisionens tidligere notater og Statsrevisorernes bemærkninger har vi fulgt op på følgende punkter:

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

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

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

Hele sagen og dens dokumenter kan følges på [www.rigsrevisionen.dk](http://www.rigsrevisionen.dk) og på [www.ft.dk/Statsrevisorerne](http://www.ft.dk/Statsrevisorerne).

## II. Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes initiativer

6. Vi gennemgår i det følgende Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes initiativer i forhold til de udestående opfølgningsspørgsmål.

7. Rigsrevisionen har siden afgivelsen af notat til Statsrevisorerne af 4. marts 2014 fulgt området gennem møder med Sundheds- og Ældreministeriet og skriftlige redegørelser fra ministeriet.

### Initiativer, som understøtter den specialespecifikke registrering

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

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

10. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at der i dag er udarbejdet specialespecifikke retningslinjer inden for 10 lægefaglige specialer, som understøtter retningslinjerne for basisregistreringen af patienternes sygdomme og behandling. Sundhedsdatastyrelsen er i løbende dialog med de lægefaglige selskaber for at vurdere behovet for at ajourføre de specialespecifikke retningslinjer og for nye specialespecifikke retningslinjer. Behovet for specialespecifikke retningslinjer er p.t. dækket med de eksisterende retningslinjer.

11. Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at Sundheds- og Ældreministeriet i samarbejde med de lægevidenskabelige selskaber og regionerne har udarbejdet specialespecifikke retningslinjer for at understøtte de generelle retningslinjer for registreringen, og at Sundhedsdatastyrelsen sammen med de lægevidenskabelige selskaber løbende vurderer behovet for nye retningslinjer. Rigsrevisionen vurderer derfor, at denne del af sagen kan afsluttes.

### Initiativer, som generelt forbedrer kvaliteten af registreringen af patienternes sygdomme og behandlinger

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

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

**Landspatientregistret (LPR)** er et nationalt register over patienters kontakt med det danske sygehusvæsen. LPR indeholder bl.a. data om patienternes sygdomme og behandling. LPR anvendes i den generelle sundhedsplanlægning og styring på sundhedsområdet, i sundhedsforskningen og til information over for borgere om bl.a. ventetider. Endvidere bruges data i LPR som grundlag for den kommunale medfinansiering af sygehusdriften og til økonomisk afregning med sygehusene.

**Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter** indeholder basiskrav til registreringen af patienternes kontakter med sygehusene på tværs af alle lægefaglige specialer.

### *Bedre mulighed for registrering af ambulante besøg med det nye Landspatientregister (LPR3)*

14. Det fremgik af beretningen, at det eksisterende Landspatientregister (LPR) rummer udfordringer i forhold til den måde, de ambulante patienter registreres. Bl.a. kan man ikke i det nuværende LPR entydigt skelne mellem, hvilke koder der knytter sig til de enkelte ambulante besøg, når en patient har flere besøg samme dag.

15. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at der i løbet af 2018 vil blive indført et nyt LPR (LPR3), hvor alle patienters kontakt med sygehusvæsenet vil blive indberettet som selvstændige kontakter med oplysninger om patienternes diagnoser og behandling. Det nye LPR indføres som led i Sundhedsdataprogrammet, som er ministeriets nye nationale program for udvikling af en ny it-infrastruktur på sundhedsområdet og samarbejde omkring brug og deling af sundhedsdata på tværs af stat, regioner og kommuner.

16. Det nye LPR medfører bl.a., at det vil blive muligt at bevare sammenhængen mellem patienternes diagnose og behandling. Derudover forbedres datakvaliteten ved at sikre bedre definition af begreber, hvormed indrapporteringen af data bliver mere entydig. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det nye LPR vil give nye muligheder for på længere sigt at optimere behandlingsforløbene.

### *Ny strategi til at forbedre registreringen på sygehusene*

17. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet sideløbende med indførelsen af det nye LPR har udarbejdet en ny strategi, der skal forbedre registreringen på sygehusene og dermed kvaliteten af de data, der leveres fra sygehusene til LPR. Strategien er udarbejdet som led i ministeriets sundhedsdataprogram. Som grundlag for strategien har Sundhedsdatastyrelsen kortlagt den nuværende registreringspraksis på sygehusene. Kortlægningen viste bl.a., at der blandt sundhedspersonalet på sygehusene har været en udbredt opfattelse af, at de generelle retningslinjer for registrering "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" (herefter Fællesindholdet) gav et betydeligt rum for fortolkning, hvilket har ført til, at der mange steder er udarbejdet lokale vejledninger til hele eller dele af Fællesindholdet. Dette har ført til en uens praksis for registrering.

Strategien resulterede i anbefalinger rettet mod at revidere retningslinjerne for registrering, herunder Fællesindholdet, arbejdsgangene for registrering på sygehusene samt kvalitets sikring og validering af indberettede data, som er gennemgået nedenfor.

18. Sundheds- og Ældreministeriet har om *revision af retningslinjerne* oplyst, at Sundhedsdatastyrelsen sammen med regionerne er ved at revidere Fællesindholdet for registreringen, herunder identificere de områder, der medfører forskelle i den lokale fortolkning af retningslinjerne. Dette er grundlaget for at foretage en præcisering af retningslinjerne på disse områder. Herudover har Sundhedsdatastyrelsen igangsat formidling af information om Fællesindholdet i form af yderligere vejledningsmateriale og undervisningsaktiviteter.

19. Sundheds- og Ældreministeriet har om *ændring af arbejdsgangene* oplyst, at et centralt element i strategien er, at indberetningerne fremover primært skal baseres på de oplysninger, som klinikkerne lægger ind i journalen som dokumentation for behandlingen. Hermed baseres registreringen i mindre omfang på efterregistrering foretaget af andre personalegrupper, og risikoen for fejl reduceres dermed. Samtidig kommer indberetningerne til at ligge tættere på patientens behandlingsforløb og den kliniske praksis, bl.a. som følge af indførelsen af det nye LPR.

Desuden er målet at få skabt et generelt større ledelsesfokus på registreringsopgaven. Hertil skal bl.a. opstilles en række nøgleindikatorer for registreringspraksis og datakvalitet, som kan indgå i regionernes og sygehusenes styringsgrundlag. Ministeriets og regionernes forventning er, at dette vil kunne skærpe ledelsens fokus på, at data i højere grad bliver korrekte, tidstro og relevante.

20. Sundheds- og Ældreministeriet har videre oplyst, at ministeriets overvågning af data til LPR vil blive styrket. Formålet er at forbedre *kvalitetssikring og validering* af indberettede data. Overvågningen vil have fokus på variationen i de indberettede data, hvilket skal gøre det muligt at kontrollere data, som ikke er klinisk eller fagligt begrundet. Samtidig vil de decentrale validerings- og kvalitetssikringsprocesser på sygehusene blive forbedret. Dette skal bl.a. ske ved, at ledelse og registreringsansvarlige på sygehusene hurtigere får adgang til data i en overskuelig form med henblik på en løbende kontrol af data. Kontrollen skal bl.a. have fokus på udsving i data som grundlag for at vurdere, om disse er udtryk for aktuelle ændringer i aktiviteterne på afdelingerne eller fejl i registreringen.

#### *Flere sammedagspakker er indført*

21. Det fremgik af beretningen, at de ambulante besøg ikke var klart nok defineret i Fællesindholdet. Det betød, at sygehusafdelinger kunne tilrettelægge og indberette flere ambulante besøg for den samme patient – fx et besøg hos en læge med henblik på samtale og et ambulante besøg for en blodtryksmåling – over flere dage og dermed opnå en højere afregning. Ud over at dette kunne være til gene for patienterne, var der også en risiko for, at takstafregningen blev kunstig høj, fordi sygehusene kunne opnå afregning for hvert besøg. Det lykkedes ikke at præcisere definitionen af ambulante besøg, men i stedet havde Sundhedsstyrelsen indført sammedagspakker, som betød, at sygehusene opnåede én samlet afregning for et ambulante forløb. Dette skulle give sygehusene incitament til at samle sammenhængende ydelser på samme dag og herved sikre mere sammenhængende patientforløb. Sammedagspakkerne var dog på det tidspunkt kun blevet indført på få områder.

22. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at der i dag er indført 49 sammedagspakker på det ambulante område. Dette afspejler, at Sundhedsstyrelsen gennem de seneste år har haft stort fokus på at etablere det nødvendige antal sammedagspakker, som kan muliggøre sammenhængende patientforløb. Indførelsen af sammedagspakkerne er sket løbende i samarbejde med de lægevidenskabelige selskaber og regionerne. Det er ministeriets vurdering, at der i dag er det antal pakker, som afspejler behovet, men at antallet af pakker samtidig vil stige, i takt med at den kliniske praksis ændrer sig til mere ambulante behandling.

#### *Opsamling*

23. Rigsrevisionen finder det positivt, at Sundheds- og Ældreministeriet på flere områder har taget initiativ til at forbedre registreringen af patienternes sygdomme og behandling. Forudsætningen for at opnå den ønskede effekt er dog, at initiativerne implementeres korrekt. Dels indføres et nyt LPR-system, som giver mulighed for en mere præcis og entydig registrering, der i højere grad afspejler den kliniske praksis, dels vil ministeriet sammen med regionerne arbejde ud fra en klart defineret strategi for bedre registrering. Strategien omfatter bedre retningslinjer for registreringen, ændrede arbejdsgange samt en ny og bedre validering og kvalitetssikring af data. Endelig har ministeriet med indførelsen af sammedagspakker taget initiativ til i højere grad at skabe sammenhængende patientforløb og en hensigtsmæssig afregning for ambulante forløb. Rigsrevisionen vurderer med disse initiativer, at denne del af sagen kan afsluttes.

*Fordelingsregnskaberne for-  
deler sygehusenes og regioner-  
nes udgifter til behandling og  
pleje ud på de kliniske afdelin-  
ger og tværgående kliniske af-  
delinger. Fordelingsregnskaber-  
ne viser, hvad en aktivitet koster  
på en afdeling. Fordelingsregn-  
skaberne indgår som et vigtigt  
grundlag for beregning af tak-  
sterne i DRG-systemet.*

### **Initiativer til at få sygehusenes fordelingsregnskaber indberettet med den rette kvalitet**

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

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

#### *De generelle indberetningskrav til fordelingsregnskaberne er skærpet*

26. Som led i ministeriets sundhedsdataprogram kortlagde Statens Serum Institut i 2015 processerne omkring dannelsen af de årlige DRG-takster. Formålet med kortlægningen var at opstille en række anbefalinger, som kunne sikre mere retvisende takster, herunder reducere risikoen for fejl i forbindelse med beregning af taksterne. Kortlægningen havde bl.a. fokus på en forbedring af sygehusenes og regionernes fordelingsregnskaber, herunder at samarbejdet mellem regionerne og Statens Serum Institut i forbindelse med indberetningen af data blev styrket.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at kortlægningen skal resultere i en større standardisering af indberetning af økonomi- og aktivitetsdata i fordelingsregnskaberne, hvor omfanget af særregler og forsøg på at tilgodese lokale forhold vil blive begrænset. Dette gælder bl.a. i forhold til opgørelse af forskellige typer omkostninger og valg af nøgler til fordeling af omkostninger på aktiviteter. En større ensretning af krav til indberetning af økonomidata vil sammen med en mere ensartet registreringspraksis på sygehusene betyde, at væsentlige fejlkilder i grundlaget for beregningen af DRG-taksterne elimineres, og taksterne vil blive mere retvisende.

Endvidere vil ministeriet i samarbejde med regionerne udarbejde et nyt it-værktøj til indberetning af fordelingsregnskaberne, som skal afløse de nuværende Excel-løsninger. Dette vil også kunne bidrage til en større standardisering i udarbejdelsen af fordelingsregnskaberne, og redskabet vil kunne reducere personafhængigheden for så vidt angår indberetningen.

#### *Fordeling af lægeløn, implantater og dyr medicin*

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

28. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at standardiseringen af økonomidata i fordelingsregnskaberne bl.a. omfatter fordelingen af lægeløn, implantater og medicin. Således bliver fordelingen af lægeløn allerede i dag baseret på lægernes vagtskemaer. For fordelingen af implantater og medicin overvejes forskellige muligheder, herunder om opgørelse og fordeling kan tage afsæt i standardpriser for specifikke medicinske præparater og implantater. Derved kan sygehusene alene fokusere på at identificere, hvilke patienter der har fået en bestemt medicinsk behandling eller implantat, og derefter tilknytte standardomkostningen for det pågældende præparat eller implantat. Derved undgås det, at implantat- og medicinomkostninger fordeles jævnt på alle patienter på en given afdeling, hvilket påvirker taksterne uhensigtsmæssigt.

Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har endvidere taget initiativ til at etablere et nyt register for implantater. Formålet er i første omgang sporing af implantater ud fra et patientsikkerhedssynspunkt, men i den udstrækning oplysningerne fra registret kan anvendes til at præcisere udgifter til implantater, og hvilke patienter der har fået indopereret implantater, vil disse oplysninger også indgå til standardisering af økonomidata i fordelingsregnskaberne.

29. Derudover er det med indgåelsen af økonomiaftalen mellem regeringen og regionerne for 2017 blevet aftalt, at der skal etableres et nyt nationalt register for sygehusmedicin. Registret, som skal være etableret senest med udgangen af 2017, vil bl.a. give bedre muligheder for at følge og styre forbruget af sygehusmedicin. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at registret på sigt vil kunne udgøre grundlaget for at koble medicinudgifter til de rigtige patienter og dermed forbedre grundlaget for at kunne beregne mere retvisende takster.

#### *Opsamling*

30. Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har på en række områder taget initiativ til at ensarte regionernes indberetninger af økonomi- og aktivitetsdata i fordelingsregnskaberne. Rigsrevisionen finder det positivt, at ministeriet har taget en række initiativer, og vurderer, at denne del af sagen kan afsluttes.

Lone Strøm