

DRG som grund för prestationsersättning inom psykiatri

Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Maj 2007
Bengt Kron

Bakgrund och uppdrag

Regionstyrelsen beslöt den 6 februari 2007 att ett nytt ersättningssystem för psykiatri skall införas från 2008. Hälso- och sjukvårdsutskottet beslöt i samma ärende den 13 december 2006 att uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att låta utreda om Nord-DRG kan användas som grund för prestationsersättningen inom allmänpsykiatriens slutenvård.

I den rapport som låg till grund för beslutet om ett nytt ersättningssystem beskrevs bakgrunden till HSUs beslut på följande sätt:

”Prestationsersättningen inom slutenvården bör dels stimulera till att den nuvarande vårdproduktionen upprätthålls och dels till att vårdtillfällenas längd minimeras med bibehållna kvalitetskrav. Detta kan antingen åstadkommas genom att som ersättningsgrund använda sig av vårdtillfällen, viktade vårddagar eller DRG. Under de senaste åren har den psykiatriska delen av Nord-DRG omarbetats för att uppnå medicinsk och kostnadsmässig homogenitet. Det vore värdefullt om såväl allmänpsykiatriens som somatikens prestationsersättningar i framtiden kunde grundas på samma beskrivningssystem, nämligen DRG. Arbetsgruppen föreslår därför att frågan om det är möjligt att använda Nord-DRG som grund för prestationsersättningen inom allmänpsykiatriens slutenvård utreds närmare.”

Enligt regionstyrelsens beslut ovan skall prestationsersättningen för rättspsykiatriens del som hittills baseras på vårddagar.

Prestationsersättningen inom vuxenpsykiatri exklusive rättspsykiatri baseras för närvarande på en kombination av vårddagar (90%) och vårdtillfällen (10%).

Metod och arbetsgrupp

Vårdtillfällen inom den slutna vuxenpsykiatriska vården i Västra Götaland under 2004 och 2005 grupperades med 2006 års DRG-grupperare. De psykiatriska DRG-grupperna framgår av bilaga 1. Materialet analyserades ur statistisk synvinkel för att beskriva vårddagsfördelningen. Gränser för inner- och ytterfall bestämdes. Variansen, ett spridningsmått, beräknades för varje DRG. Med hänsyn till arbetsgruppens samlade bedömning som framgår i slutet av detta dokument togs inte någon regional viktlista fram för psykiatriska DRG.

Arbetsgruppen har bestått av Per Sjöli Skaraborgs Sjukhus samt Annika Karlqvist, Göran Gustavsson och Bengt Kron hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Argument för DRG som ersättningsgrund inom psykiatri

Det finns en rad skäl för att använda DRG som grund för prestationsersättning inom psykiatri.

- I. Genom prestationsersättning med DRG som grund erhålls ett samband mellan diagnos och ersättning. Dagens vårddagsersättning ger ingen sådan koppling. Sambandet mellan diagnos och prestationsersättning finns inom den somatiska slutenvården där ersättningen grundas på DRG.
- II. Det vore värdefullt om såväl allmänpsykiatriens som somatikens prestationsersättningar grundades på samma beskrivningssystem, nämligen DRG.

- III. Med DRG förbättras uppföljningen av den psykiatriska slutenvården. För närvarande beskrivs psykiatrin oftast endast i termer av antalet producerade vård dagar respektive besök.
- IV. Produktivitet jämförelser skulle underlättas med DRG-ersatt psykiatri som baseras på en regiongemensam viktlista.
- V. Genom DRG-ersättning ges incitament för diagnosregistrering. Andelen ej diagnos satta vårdtillfällen är klart lägre inom psykiatrin än inom somatiken. Därmed kan inte innehållet i slutenvården fullständigt beskrivas ur diagnos synpunkt. Eftersom vissa psykiatriska sjukdomar (schizofreni och psykoser) tillhör de vård tunga grupperna som ingår i det statliga fördelningssystemet, kan det innebära att regionen går miste om en del av utjämningsbidraget.

Argument mot DRG som ersättningsgrund inom psykiatrin

Arbetsgruppen har också funnit en rad argument mot att använda DRG som grund för prestationsersättning inom psykiatrin.

- I. Kunskapen om vilka omständigheter som påverkar kostnaderna inom psykiatrins slutenvård är ofullständig. Man vet inte vilka patientkaraktäristika inom en viss diagnosgrupp som påverkar resursåtgången. Diagnosen enbart räcker inte för att avgöra den totala kostnaden under vårdtillfället. Därmed kan man inte i förväg prognostisera kostnaden för en viss patientgrupp.
- II. DRG-systemet utvecklades med utgångspunkten att varje DRG-grupp skall innehålla vårdtillfällen som är likartade ur diagnos- och kostnadssynpunkt. Detta brukar betecknas som medicinsk och kostnadsmässig homogenitet. DRG-ersättning bygger på att resursåtgången för respektive DRG är relativt likartad. Även om psykiatriska DRG är medicinskt homogena, det vill säga bygger på vårdtillfällets huvuddiagnos, är de inte kostnadsmässigt enhetliga. Kostnaderna för psykiatrisk slutenvård beskrivs idag som vårdavdelningskostnader, som består av hotellkostnad samt av kostnad för vårdpersonal. Denna vårdavdelningskostnad uttrycks som kostnad per vård dygn. Kostnaden för ett psykiatriskt vårdtillfälle är därmed proportionell mot antalet vård dagar. Korrelationen mellan en viss psykiatrisk DRG-grupp och vårdtillfälleskostnaden, beräknad som den totala vård dygnskostnaden för samma DRG, är i de flesta fallen liten.
- III. DRG-ersättning innebär i princip att man skapar ett tydligt incitament för att förkorta vårdtiderna. Är det bra att skapa ett sådant incitament inom psykiatrin? Med tanke på de senaste årens debatt om för tidiga utskrivningar och otillräcklig vård är det tveksamt om ett sådant incitament skall föras in ersättningssammanhang.
- IV. Vårdtiden och därmed kostnaderna påverkas inte enbart av sjukdomen utan även av vårdgränssnittet mellan regionen och kommunerna. I vissa kommuner kan patienten tas omhand tidigare och på ett bättre sätt än inom andra kommuner.
- V. För närvarande utgår vård dags ersättning till sjukhusen månadsvis även för pågående vårdtillfällen. Ersättning med DRG som grund förutsätter att ersättningen utgår först då patienten skrivs ut. Inom psykiatrin är vårdtiderna långa och många fall förekommer vårdtider över flera månader, ibland år. Med DRG-ersättning efter utskrivningen blir

ersättningsnivån ojämn och varierande inom psykiatrin. Om man inför mekanismer avsedda att korrigera för detta närmar man sig den modell som idag tillämpas, dvs vårdtagsersättning per månad. Ytterligare ett problem uppkommer vid årsskiftet. På vilket sätt skall man ersätta vårdtillfällena som passerar årsskiftet? Inom somatiken är vårdtillfällena så korta att man inte behöver ta hänsyn till detta, men inom psykiatrin måste problemet lösas.

Därtill har arbetsgruppen funnit ett antal ”tekniska” invändningar mot att använda DRG som grund för prestationsersättning inom psykiatrin:

1. En prestationsersättning med DRG som grund kräver två viktlistor för psykiatriska DRG, en för psykiatrin och en för somatiken. Skälet till detta är att det inom somatiken förekommer ett stort antal vårdtillfällen där DRG-grupperingen leder till psykiatriska DRG. Dessa DRG inom somatiken ersätts redan nu med DRG som grund och baseras på regionalt framtagna vikter. Kostnadsunderlaget vid viktberäkningen grundas på de relativt korta vårdtider som förekommer inom somatiken. Om även psykiatrin skall ha DRG-ersättning krävs speciella vikter för just psykiatrin med hänsyn till de avsevärt längre vårdtiderna. Dessa vikter kommer att skilja sig från de somatiska ”psykiatrivikterna” och vara högre eftersom kostnaderna för samma DRG (= vårdtiden) är mycket högre inom psykiatrin än inom somatiken.
2. I dagsläget klarar inte de patientadministrativa systemen av att hantera två olika viktlistor: en för somatiken och en för psykiatrin. Sannolikt är det möjligt att åtgärda detta, men det innebär omprogrammeringsarbete och kostnader som endast är motiverade om DRG-ersättning inom psykiatrin är överlägsen nuvarande ersättningsmetod.
3. De nationella kostnadsvikter som tagits fram av Centrum för patientklassificering är baserade på såväl rättspsykiatri som övrig vuxenpsykiatri. Det ersättningsbeslut som tagits av regionstyrelsen innebär att rättspsykiatrin skall ha vårdtagsersättning som tidigare. Av detta skäl kan inte de nationella vikterna användas, specifika regionala kostnadsvikter måste tas fram.
4. Med ytterfallsersättning menas en ytterligare ersättning som i vissa särskilda fall kan betalas utöver grundersättningen då kostnaden för vården avviker markant från den genomsnittliga kostnaden för aktuell produkt/vård. Det grundläggande syftet med separat ersättning för ytterfallskostnader är att förhindra att situationer uppkommer som kan innebära nackdelar för patient eller sjukhus. Ytterfallsersättning förebygger att sjukhusen sätter ekonomiska hänsyn före patientintresset och skyddar även enskilt sjukhus från förluster då kostnadstäckning saknas genom att DRG-genomsnittsansättningen i det enskilda fallet är för låg. Inom somatiken har ytterfallsgränserna grundats på statistiska beräkningar där man utgått från att 5% av vårdtillfällena skall bedömas som ytterfall. Dessa 5% vårdtillfällen utgör cirka 25% av kostnadsmassan. Om samma metod skulle användas vid DRG-ersättning inom psykiatrin skulle en mycket stor andel av vårddagarna definieras som ytterfall. Detta beror på ett antal vårdtillfällen som har extremt långa vårdtider. Antalet vård dagar för dessa vårdtillfällen är så många att andelen vård dagar inom psykiatrin som definieras som ytterfall uppgår till 50% eller mer. Eftersom ytterfallen skulle ersättas med

vårdtagsersättning (det finns inget alternativ) skulle även en DRG-baserad ersättning till stor del vara identisk med den nuvarande prestationsersättningen.

Arbetsgruppens samlade bedömning

Trots de stora fördelar som finns med att använda DRG som grund för prestationsersättning anser arbetsgruppen att nackdelarna med ett sådant arrangemang överväger. För att DRG ska kunna bli en bra grund för prestationsersättning är det nödvändigt att DRG-grupperingen, som nu baseras enbart på diagnos, kompletteras med andra grupperingsgrundande faktorer som kan leda till att vårdtillfällen inom samma diagnosgrupp kan särskiljas med avseende på resursåtgång.

Arbetsgruppen anser däremot att DRG bör användas även inom psykiatrin för att översiktligt beskriva innehållet i slutenvården ur diagnossynpunkt.

Psykiatriska DRG inom slutenvården

DRG	DRG-text
424N	Operationer vid psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende
426A	Bipolära syndrom, < 60 år
426B	Bipolära syndrom, > 59 år
426C	Övriga förstämningssyndrom, < 60 år
426D	Övriga förstämningssyndrom, > 59 år
427A	Ångestsyndrom
427B	Maladaptiva stressreaktioner, icke akuta tillstånd
427C	Maladaptiva stressreaktioner, akuta tillstånd
427D	Somatoforma och dissociativa syndrom
428N	Personlighetsstörningar
429A	Organiska psykosyndrom, komplicerat
429B	Organiska psykosyndrom, ej komplicerat
430A	Schizofreni, < 30 år
430B	Schizofreni, 30-59 år
430C	Schizofreni, >59 år
430D	Långvariga psykoser, ej schizofreni
430E	Kortvariga psykoser, ej schizofreni
430F	Övriga psykotiska syndrom
431A	Mental retardation
431B	Neuropsykiatriska tillstånd
431C	Övriga psykiatriska tillstånd som debuterar hos barn och ungdom
432A	Ätstörningar
432B	Övriga specificerade psykiska störningar
432C	Ospecifierade psykiska störningar
436A	Missbruk eller beroende av alkohol/droger utan psykos, komplicerat
436B	Missbruk eller beroende av alkohol/droger utan psykos, ej komplicerat
436C	Missbruk eller beroende av alkohol/droger med psykos eller personlighetsstörning