



Sundhedsstyrelsen
Sundhedsøkonomi
Islands Brygge 67
2300 København S
Att.: Poul Erik Hansen

15. januar 2010
JMH/mpk

Vedr. brev af 18. december 2009 ang. DRG-systemet

Dansk Medicinsk Selskab har med interesse læst brev af 18. december 2009 vedr. resultaterne af serviceeftersynet af DRG-systemet, som mundede ud i rapporten *Effektiv Styring på Sygehusområdet*.

DMS bifalder revisionen af DRG-systemet og støtter i forhold til Sundhedsstyrelsens brev rapportens overvejelser vedr. substitutionstakster på områderne telemedicin, antikoagulationsbehandling på hjerteområdet, hjemmehæmodialyse, insulinpumper mv.

I øvrigt henviser vi til DMS' medlemsselskabers konkrete faglige input på de nævnte områder.

På det generelle plan skal DMS pege på *alle* behandlinger, som skal følges op af jævnlige kontroller og objektive målinger, som lige så godt og sikkert kunne udføres i hjemmet – evt. af patienten selv. AK-behandling, diabetes er gode vel-etablerede eksempler, men andre koncepter er langt i evalueringen: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertesvigt, pacemakerkontrol, blodtryksbehandling, kroniske bensår etc. Fælles for de nævnte behandlinger er, at kontrol kan foretages meget hyppigere i hjemmet, behandlingen kan dokumenteres, og intervention kan foretages rettidigt, så komplikationer ikke udvikler sig inden næste aftalte kontrol i sygehusambulatorium.

Der er her tale om stærkt ekspanderende områder, som bør tilgodeses i DRG-systemet. I denne forbindelse bør det også overvejes, om rehabilitering efter sygehusbehandling kunne medinddrages i forhold til en proces ang. udarbejdelse af substitutionstakster. Der er en generel tendens til hurtige udskrivninger fra sygehusene, og der kan derfor ofte være problemer med at bibeholde kommunikationen mellem sygehusafdeling og patient i hjemmet efter udskrivelsen. Der

arbejdes i mange behandlingsregier på at løse dette problem og på at sikre, at såvel patient som dennes alment praktiserende læge har adgang til tilstrækkelig støtte fra specialitniveauet. Dette arbejde hæmmes i høj grad af manglende DRG-takster. Incitamentet til denne i øvrigt meget fornuftige disposition er således ikke til stede i øjeblikket.

Sammenfattende vil DMS pege på tre væsentlige årsager til at fremme de telemedicinske løsninger via DRG-systemet:

- Bedre service til såvel patient som primær sektor
- Bedre monitorering af patientens sygdom

Og heraf følgende

- Færre komplikationer i patientens sygdomsforløb.

DMS ønsker endvidere at benytte lejligheden til at gøre opmærksom på nogle problemområder i DRG-systemet i øvrigt:

- **Undervisning og uddannelse:** DMS vil hermed kraftigt opfordre til, at der bliver arbejdet målrettet videre med tiltag, der i DRG-systemet synliggør og honorerer afdelingerne for de meget betydelige undervisning- og uddannelsesforpligtelser, der skal varetages. Ændringerne af speciallægeuddannelsen som følge af Speciallægekommissionens betænkning af maj 2000 har medført mange fremskridt for uddannelsen af danske speciallæger. Disse fremskridt er imidlertid meget tids- og ressourcekrævende og bør derfor honoreres på lige fod med andre ydelser af vigtighed for et vel-fungerende sygehusvæsen.
- **For ringe tilgodeseelse af komplicerede patienter:** DRG-systemet er velegnet til ukomplicerede patienter med veldefineret mono-sygdom, men tager ikke tilstrækkelig højde for de omkostningstunge patienter, fx med komplikationer fra tidligere operation. Dette problem eksisterer i særlig grad på universitetssygehusene, som overtager patienter fra hovedsygehusene. Et eksempel er tyndtarmsfistel efter laparotomi, som udløser en relativt lav takst, på trods af at patienten kræver en dyr tværfaglig behandlings- og plejeindsats. Et andet eksempel vedrører komplikationer efter gastric bypass udført i privat regi.

DMS vil således opfordre til, at DRG-systemet fremover i højere grad tager højde for de forhold, der gør sig gældende for patienter med komplikationer overført fra et sygehus til et andet, og som har brug for særligt ressourcekrævende specialbehandling.

- Et meget væsentligt fagligt problem i det nuværende DRG-system er **en for langsom opdatering af behandlingskoderne**. Opdateringen af taksterne kan ikke følge med den faglige udvikling. Som eksempel kan nævnes behandling af kronisk myeloid leukæmi (CML), hvor den relevante DRG-takst ikke afspejler en del patienters sygdomsrelaterede behov for at skifte til nyere præparater. Den nyere medicin er dyrere end den gamle, uden at afdelingerne dog kompenseres tilsvarende. Da patienter med CML nu lever længere end tidligere, må det forventes, at den økonomiske byrde for afdelingerne vil stige mærkbart. Problemstillingen er her relevant for såvel universitetsafdelinger som ikke-universitetsafdelinger, da behandlingen af CML nu også kan varetages lokalt.

Eksemplet illustrerer, at der er behov for metoder, der muliggør en opdatering af DRG-taksterne, der er hurtigere, end det er tilfældet nu. Udarbejdelse af mini-MTV, som det sker årligt med varsling af ny Behandling, kan måske lægges til grund herfor.

- Samme sygdom, CML, kan tjene til at illustrere et andet problem i det nuværende DRG-system, som drejer sig om de **dyre, men nødvendige analyser**. Der er fx ingen koder, der relaterer sig til de analyser, der kan forudse og dermed forebygge sygdomsprogression, og som derved medvirker til, at patienterne kan leve en normal tilværelse og fortsat være i arbejde. På en afdeling med 60-70 CML-patienter udføres der analyser for ca. 520.000 kr. årligt. Nogle analyser indebærer anvendelse af allerede etablerede metoder, men brugt på en anden, hyppigere måde end tidligere, eller introduktion af ny teknik. Dette skal ses i forhold til alternativet: Knoglemarvstransplantation, som skønsmæssigt til selve behandlingen koster ca. 1 mio. kr. pr. patient, indebærer en dødelighedsrisiko samt risiko for invaliditet, og ofte langvarig opfølgning. Det ses altså, at der kan være betydelige samfundsøkonomiske og menneskelige fordele ved at inkludere relevante analyser i DRG-systemet.

Dansk Medicinsk Selskab står naturligvis til rådighed for en nærmere drøftelse af ovennævnte – og andre – relevante udfordringer ved det nuværende DRG-system.

Venlig hilsen



J. Michael Hasenkam
Formand