

Anbefalinger vedrørende god registreringspraksis i relation til den kliniske aktivitet på de arbejdsmedicinske klinikker

Fra 2007 vil en del af *regionernes* indtjening være afhængig af de arbejdsmedicinske klinikkers registreringer, idet klinikernes aktivitet indgår på linie med de øvrige somatiske områder i målingen af sygehusenes samlede aktivitet gennem anvendelsen af DRG-systemet. Regionernes finansiering kommer som hovedregel gennem 4 kilder; et bloktilskud fra staten, et grundbidrag fra kommunerne, et aktivitetsbaseret statsligt tilskud og et kommunalt aktivitetsbaseret tilskud. De to sidstnævnte beregnes bl.a. på baggrund af DRG, og registreringerne i de arbejdsmedicinske klinikker indgår i aktivitetsopgørelserne i begge størrelser. Fordelingen af det statslige bloktilskud mellem regionerne baserer sig på en opgørelse af regionernes forbrug af sundhedsydelser. DRG anvendes tillige som et redskab i denne forbrugsberegning. DRG-taksterne er fastsat efter lange og komplicerede overvejelser med Sundhedsstyrelsen.

Der er 3 hovedprincipper, der fremover vil være gældende:

1. *Klinikkernes* budget vil som hidtil blive fastlagt i en dialog mellem klinikken, sygehuset og i sidste ende regionen på baggrund af den enkelte regions prioritering af specialet. Det vil ske gennem lokalt aftalte finansieringsmodeller.
2. Beregningen af DRG-tasksterne vil ske med udgangspunkt i de samlede driftsudgifter på de arbejdsmedicinske klinikker.
3. Erfaringsmæssigt må de Arbejdsmedicinske Klinikker fremover forventes at blive sammenlignet mht. produktivitet. Et af de værktøjer, der kan tages i anvendelse i denne forbindelse, er DRG-systemet

Ovennævnte indebærer, at målinger af klinikernes aktiviteter og produktivitet nu er blevet mere forbundne end tidligere, idet den enkelte kliniks adfærd kommer til at påvirke de øvrige gennem opgørelserne i DRG-systemet.

Afhængig af den lokalt valgte finansieringsmodel kan forskelle i registreringspraksis medføre forskellige budgettildelinger til de enkelte klinikker uanset den reelle bagvedliggende produktivitet måske er den samme.

En øgning i den samlede produktivitet på landsplan kan betyde reduktion i DRG taksten. Et væsentligt problemfelt i den forbindelse er de patienter, hvor udgiften til undersøgelsen afholdes af Arbejdsskadesstyrelsen, kommunerne eller virksomhederne som en direkte indtægt til den pågældende klinik (indtægtsdækket virksomhed).

DASAM finder derfor at det er vigtigt at grundlaget for den kliniske registrering er ensartet og opfordrer til at følgende retningslinier for god praksis i relation til registrering følges.

Hovedprincippet for registrering i klinikkerne er at:

1. Der kun foretages klinisk korrekt registrering
2. I det omfang en arbejdsmedicinsk ydelse finansieres af andre end regionen tilføjes en **tillægskode** for betaler til ydelsen. De mulige betalerkoder er:

AZAB betaler af sygehusbehandling:
AZAB1 100 % selvbetaler
AZAB2 100 % forsikringsbetalt
AZAB3 delvis selvbetaler/delvis forsikringsbetalt
AZAB4 betalt af bopælskommune
AZAB5 betalt af bopælsregion
AZAB9 anden betaler

(Man må lokalt sikre sig koderne er gjort aktive i det patientregistreringssystem man bruger.)

Derved bliver det muligt at adskille de patienter, der er betalt af andre end regionen med henblik på at undgå dobbeltafregning mv. Det gør det muligt, at patienter, der f.eks. er betalt af Arbejdsskadestyrelsen på den ene side registreres i patientregistreringssystemerne, så data og journaler senere kan fremfindes, laboratorieprøver bestilles mv., og på den anden side "mærkes", så de ikke tæller i de aktivitetsbaserede opgørelser, der bygger på DRG-systemet.

Det indebærer også, at patienter, der er set i privat regi, dvs. hvor indtægten går personligt til den læge, der har foretaget undersøgelsen, kan håndteres i systemet.

Ovennævnte er udarbejdet i samarbejde med kontorchef Poul Erik Hansen i Sundhedsstyrelsen.

DASAM har i relation til patienter set i privat regi forespurgt FAS om der foreligger nogle officielle eller aftalte retningslinier for privathonorerede aktiviteter i relation til ansættelse på landets sygehuse.

FAS har oplyst at det gør der ikke. Det er opfattelsen i FAS, at man skal holde alle privathonorerede aktiviteter skarpt adskilt fra dagarbejdstiden, hvis der ikke foreligger en meget konkret **skriftlig** aftale med sygehusledelsen om noget andet. Påberåbelse af den fri arbejdstilrettelæggelse kan kun bruges i enkeltstående tilfælde - f.eks. en akut erklæring – men kan ikke bruges generelt. Det er FAS's opfattelse, at enhver sag der måtte komme i pressens søgelys mht. privatindtægt erhvervet i dagarbejdstid (udover et meget begrænset omfang), vil være en udpræget tabersag.

Sven Viskum
01-05-2007