

Område: Økonomi
Afdeling: Sundhedsøkonomi
Journal nr.: 11/30507
Dato: 4. januar 2012
Udarbejdet af: Karina Edvardsen
E-mail: Karina.Edvardsen@regionsyddanmark.dk
Telefon: 76631665



C:\Documents and Settings\yhe5ih\Local Settings\Temp\4\TRI19712\2833-12_v1_Model for cpr creep 2012 - tilrettet.DOC

Notat

Model for CPR creep i 2012

Baggrund

I Region Syddanmark er der i de seneste år gennemført en række reformer og tiltag i sygehusbehandlingen. Det gælder bl.a. etablering af fælles akut modtagelser, udarbejdelse af standardiserede tidsstyrede patientforløb, gennemførelse af kronikerstrategien og implementering af specialeplanlægningen. En væsentlig baggrund for disse tiltag er at sikre en større kvalitet i patientbehandlingen.

Det er vigtigt at der følges op på, at tiltagene virker efter hensigten. Det er derfor nødvendigt at udarbejde nye kvalitetsmål og nye værktøjer til opfølgning af kvaliteten. Et af de nye mål, der tages i anvendelse fra 2012, er "beregning af CPR-creep".

CPR creep modellen skal ses i sammenhæng med, at der iværksættes en klinisk baseret gennemgang af, hvilke ydelser der tilfører patientforløbet værdi. Forventningen er, at dette medfører en reduktion i antallet af kontakter. For at understøtte dette arbejde lægges der derfor loft over, hvad der pr automatik udløser finansiering for så vidt angår væksten i antallet af ydelser pr patientforløb.

Udviklingen i de diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder indebærer alt andet lige, at indholdet i nogle patientforløb forøges.

For at få plads til at kunne gøre mere af det nyttige er det nødvendigt at revurdere det, vi allerede laver. Frem for kontinuerligt at udbygge aktiviteten med flere ydelser skal overflødige ydelser fjernes for herved at skabe plads til de nye og relevante ydelser.

En model for cpr-creep skal således understøtte incitamentet til kun at gennemføre det nødvendige og rigtige antal sygehusydelser til den enkelte patient.

God kvalitet af sygehusbehandlingen bør derfor også fra 2012 vise sig ved, at antallet af kontakter ikke vokser kraftigere end antallet af behandlede patienter(cpr-numre) på

Model

Denne model tager udgangspunkt i, at der beregnes cpr creep for antal kontakter dvs. antal ambulante besøg og indlæggelser samlet set. Beregningerne laves kun på aktivitet der afregnes.

Creepen beregnes for sygehuset samlet set og tager således højde for, at patienter får stigende antal ydelser på tværs af afdelinger på sygehuset.

For hvert sygehus fastlægges et maks niveau på 0,5 pct. for, hvor meget antallet af kontakter må vokse i forhold til væksten i antal cpr. numre i forhold til sidste år.

Såfremt væksten i kontakter overskrider væksten i antal cpr. numre med mere end 0,5 pct. point, afregnes der ikke for overskydende kontakter. Værdien af kontakterne beregnes ud fra den gennemsnitlige værdi for de ambulante kontakter på afdelingen. Dette gøres ud fra en forståelse af, at det primært vil være de ambulante kontakter, der kan være relevante at skære væk.

Dvs. hvis der på et sygehus har været en vækst i antallet af cpr. numre på 3 pct. og en vækst i antallet af kontakter på 6 pct. fra 100.000 til 106.000 kontakter, så afregnes der ikke for de sidste 2,5 pct. vækst i kontakter. Der afregnes således ikke for 2500 kontakter. Hvis den gennemsnitlige DAGS-værdi pr. ambulant kontakt på sygehuset er 2.500 kr. fjernes der afregning på $2500 \times 0,55 \times 2.500$ kr. = 3.437.500 kr. Der fjernes altså afregning svarende til 55 pct. af den gennemsnitlige DAGS værdi.

Dataafgrænsning og undtagelser fra modellen

Ved beregning af cpr crepen tages besøg grupperet til telefonkonsultationer samt telemedicinske ydelser (BG50E og BG50F) ikke med, ligesom det i øvrigt kun er aktivitet, der afregnes, der tages med.

Kontakter, der har en DRG-værdi på 0 kr. i Region Syddanmarks takstmodel, medtages ikke.

For OUH foretages beregningen alene for patienter med bopæl på Fyn. Dette gøres for at undgå, at beregningen påvirkes af aftalerne med Region Sjælland, effekterne af specialeplanen og hjemtagningen af højtspecialiseret behandling.

For 2012 er det besluttet, at besøg som følge af fødeplanen ikke tages med. Besøgene defineres her som moder og barns besøg 14 dage efter fødslen. Fødeplanen forventes at medføre en øgning af den ambulante aktivitet pr. patient som følge af efterkontroller efter ambulant fødsel.

Ligeledes tages besøg for Våd AMD ud af modellen i 2012, idet dette er en aktivitet i kraftig vækst, hvor antallet af besøg pr. patient er meget højt. Våd AMD defineres som besøg hvor operationskoden KCKD05* indgår.

Sygehusene kan ved strukturelle ændringer af væsentlig betydning søge om fritagelse/kompensation i forhold til modellen. Det gælder f.eks., hvis et behandlingsområde flyttes fra et område til et andet.

Ændringer i behandlingsregimer giver ikke umiddelbart anledning til fritagelse fra modellen.

Undtagelser fra modellen er gældende et år ad gangen og skal genvurderes hvert år.

Opfølgning

CPR crepen skal opgøres løbende. Det betyder, at der vil være en løbende baseline for vækst i antal kontakter målt som 0,5 pct. point over vækst i cpr numre for den givne periode. Denne vil ændre sig måned for måned. Når der beregnes creep for perioden januar til maj, sammenlignes aktiviteten således med aktiviteten januar til maj det foregående år.

De første creepberegninger vil forventeligt kunne foreligge i marts måned hvor aktiviteten i januar 2012 sammenlignes med aktiviteten i januar 2011. Herefter opdateres creepberegningerne hver måned. Den endelige creepberegning for 2012, som vil være den gældende i forhold til en eventuel budgetkorrektion, vil forventeligt kunne foreligge ultimo april 2013, hvor hele aktiviteten for 2012 er kendt.

Sygehusene vil blive afregnet for cpr. creep på sygehusniveau, men det vil være relevant for sygehusene at kunne følge cpr creopen på afdelingsniveau i forhold til den interne proces på sygehuset, og beregninger på afdelingsniveau vil derfor skulle stilles til rådighed for sygehusene.

Opgørelsen af CPR creep vil fremgå af takststyringsrapporterne i Sydlis. Ligeledes vil en detaljeret beregning af cpr. creopen på såvel sygehus- som afdelingsniveau fremgå af en særskilt rapport i Sydlis.

I samarbejde med sygehusenes skal der udarbejdes forskellige rapporter i Sydlis, der kan understøtte sygehusenes arbejde med at få nedbragt antallet af kontakter pr. patient.