

Endeligt udkast
LØBENDE
OFFENTLIGGØRELSE AF
PRODUKTIVITET I SYGEHUSSEKTOREN

(VII delrapport)

Udviklingen fra 2009 til 2010



Danske Regioner
Finansministeriet
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

September 2011

Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (VII delrapport)

Udviklingen fra 2009-2010

Danske Regioner
Finansministeriet
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

September 2011

Indholdsfortegnelse

1. Derfor produktivetsmålinger	4
1.1 Indledning	4
1.2 Måling af produktivitet i sygehussektoren.....	5
2. Resultater.....	8
2.1 Resultater på landsplan.....	8
2.2. Resultater på regionsniveau 2009-2010	11
2.3 Den historiske udvikling på regionsniveau.	13
2.4 Resultater på sygehusniveau.....	15
3. Metode og validering	22
3.1 Gennemgang af metoden anvendt til produktivetsmåling	22
3.2 Validering af datagrundlag og datakvalitet.....	25
Bilag A: Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen.....	27

1. Derfor produktivitetsmålninger

1.1 Indledning

Det er vigtigt at fastholde fokus på at sikre en så effektiv ressourceanvendelse som muligt på sygehusene. Det er som led i denne bestræbelse, at de årlige offentliggørelser og opgørelser af produktivitet i sygehussektoren skal betragtes.

Aftalen mellem regionerne og regeringen vedr. regionernes økonomi for 2012 fastlægger, at der fortsat skal offentliggøres sammenlignelige målinger af produktiviteten på bl.a. sygehusniveau, og at analyserne skal videreudvikles til et stadigt lavere niveau (afdelings-, behandlings- og diagnosniveau).

Formålet med opgørelserne i indeværende publikation er at skabe et overblik over niveauet og udviklingen i omkostningseffektivitet på de offentlige sygehuse.

Som tidligere år er opgørelserne udarbejdet i et samarbejde mellem regionerne, Danske Regioner, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand). Arbejdsgruppen har løbende arbejdet med en udvikling af målingerne. Dette vedrører bl.a. en forbedring og synliggørelse af målingernes datakvalitet.

Arbejdsgruppen har med denne rapport opgjort og offentliggjort produktiviteten på lands-, regions- og sygehusniveau for syvende år i træk (dog kun for sjette år i træk på sygehusniveauet).

I lighed med tidligere års målinger opgøres produktiviteten på lands-, regions- og sygehusniveau ved anvendelse af omkostningsbrøkmotoden. Dette er en simpel opgørelsesmetode, hvor aktiviteten sættes i forhold til de udgifter, der er medgået til at skabe denne aktivitet.

Mens aktiviteten værdisættes og opgøres ved anvendelse af DRG- og DAGS-taksterne, opgøres udgiftssiden på baggrund af regionernes og sygehusenes regnskabsindberetninger til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Det har været et gennemgående hensyn i arbejdsgruppen, at den samme opgørelsesmetode anvendes til produktivitetmålingerne fra år til år. Dette skyldes bl.a. ønsket om at skabe sammenlignelighed mellem opgørelserne fra år til år. Samtidig er det et meget væsentligt hensyn, i produktivitetmålingerne, at forsøge at anvende en relativ simpel opgørelsesmetode for herved at sikre gennemsigthed i målingerne.

I lighed med tidligere år er opgørelserne – både på aktivitets- og udgiftssiden – korrigeret for en række forhold. Disse korrektioner foretages for at sikre et bedre sammenligningsgrundlag mellem sygehuse og regioner.

Som det også har været tilfældet i forbindelse med de tidligere målinger, er datagrundlaget for målingerne i denne rapport valideret af regionerne og sygehusene.

Det er ikke muligt at opnå fuldkommen sammenlignelighed på tværs af sygehuse på trods af korrektioner. Som det også fremgår af bilag C er patientsammensætningen på sygehusniveau forskellig. Således kan forskelle i patienternes alder og socioøkonomiske baggrund medføre over- henholdsvis undervurdering af produktionsværdien. Om end DRG-taksterne til en hvis grad tager højde for patienternes behandlingstyngde, må det forventes, at patientsammensætningen og registreringspraksis samt andre områder har indflydelse på produktivitetniveauet i opgørelsen.

På udgiftssiden vil der ligeledes fortsat kunne være konterings- og afgrænsningsforskelle mellem sygehusene med betydning for målingen af produktivitet. Der har løbende været fokus på at forbedre sammenligneligheden på tværs af regioner og sygehuse, bl.a. ved udarbejdelse af fælles retningslinjer for fordeling af regionernes fælles udgifter og udtømmende lister for, hvilke udgifter der kan udelades.

Endvidere har der i forbindelse med de seneste opgørelser pågået et arbejde med at ensrette opgørelsen af sygehusenes udgifter til medicin blandt ambulante patienter.

1.2 Måling af produktivitet i sygehussektoren

Siden 2006 har opgørelse og offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren været en fast bestanddel af økonomiaftalerne mellem Danske Regioner (tidligere Amtsrådsforeningen) og regeringen. Med denne syvende delrapport er det således syvende år i træk, at

der offentliggøres systematiske opgørelser af produktivitet i sygehussektoren¹ og denne kontinuitet har en række fordele.

For det første bevirker kontinuiteten i opgørelserne, at målingerne kan anvendes som et pejlemærke for, hvordan regionerne og sygehusene udnytter ressourcerne. Opgørelserne bidrager til et løbende overblik over ressourceanvendelsen i sygehussektoren, hvilket både for politikere, administratorer og ledelser på sygehusene er væsentlig information. Den løbende offentliggørelse bidrager f.eks. til, at sygehusene løbende kan sammenligne sig selv med lignende sygehuse. Herved skabes der et grundlag for udveksling af erfaring og gensidig læring. Kun ved at synliggøre forskelle bliver det muligt at diskutere, hvad disse forskelle er udtryk for.

For det andet, anvendes den samme opgørelsesmetode år efter år. Produktiviteten på lands-, regions- og sygehusniveau opgøres således igen i denne delrapport ved anvendelse af omkostningsbrøkmotoden. Dette er en simpel metode, hvor aktiviteten (udtrykt ved den samlede produktionsværdi) sættes i forhold til de udgifter, der er medgået til at skabe denne aktivitet. Produktivetsopgørelsen er således at betragte som et mål for omkostningseffektivitet. Det er et bevidst, men væsentligt hensyn i produktivetsmålingerne at anvende en relativ simpel opgørelsesmetode. Herved sikres gennemsigthed i målingerne.

For det tredje, og ligeledes for at sikre mulighederne for sammenligning, er det væsentligt, at såvel produktivetsudviklingen over tid som produktivetsniveau det enkelte år opgøres (se i øvrigt afsnit 3.1).

Opgørelserne af produktivetsudvikling kan bl.a. anvendes som pejlemærke for, om det enkelte sygehus eller region bevæger sig i den ønskede retning over tid. Produktivetsniveauet kan i højere grad anvendes til sammenligning af sammenlignelige enheder.

I tillæg til opridsningen af fordelene ved en fælles og simpel opgørelsesmetode bør det nævnes, at produktivetsmålinger ligeledes har sine begrænsninger. Produktivetsmålinger er udelukkende et udtryk for omkostningseffektiviteten på de danske sygehuse. Produktivetsmålinger udtrykker derimod intet om, hvilken behandlingskvalitet der opnås ved et givet ressourceforbrug. Dette vil kræve, at der ligeledes måles på, hvilken effekt der skabes ved de givne ressourcer. Arbejdet med kvalitetsindikatorer for sygehusvæsenet offentliggøres, f.eks. på www.sundhed.dk, www.sundhedskvalitet.dk og www.nip.dk. Pro-

¹ Der er i afgrænsningen af hvad der betegnes som et sygehus, taget udgangspunkt i det ledelsesmæssigt relevante niveau. Det betyder, at de enheder der i rapporten betegnes som sygehuse, i nogle tilfælde, dækker over flere matrikler.

duktivitetstestninger udgør således kun en del af det samlede billede af, hvordan sygehusvæsenet præsterer.

2. Resultater

2.1 Resultater på landsplan

Med denne syvende systematiske opgørelse af produktivitet i sygehussektoren er det muligt at få et relativt nuanceret billede af, hvordan produktiviteten på landsplan udvikler sig.

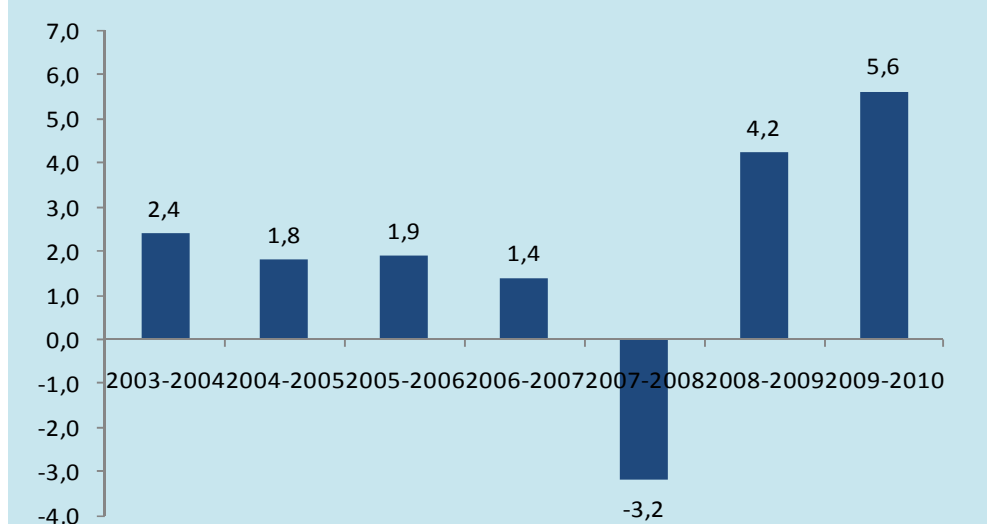
Produktivitetsudviklingen på landsplan er beregnet på baggrund af den totale produktionsværdi (ambulant og stationær) og de totale korrigerede tilrettede driftsudgifter på landsplan, se i øvrigt afsnit 3.1.

Produktivitetsudviklingen fra 2009 til 2010 ligger på 5,6 pct. og dermed over den gennemsnitlige produktivitetsudvikling fra 2003 til 2007. Denne produktivitetsudvikling skyldes et fald i udgifterne sammenholdt med en øget aktivitet. Ligeledes skal udviklingen ses i sammenhæng med produktivitetsudviklingen fra 2007 til 2008 på -3,2 pct. og 2008 til 2009 på 4,2 pct. Udviklingen dækker over en udgiftsvækst på 4,9 pct. i 2008-2009, som er højere end gennemsnittet for hele perioden.

I årene 2003- 2007 var der på landsplan år for år en positiv udvikling i produktiviteten på landets offentlige sygehuse på 1,9 pct. i gennemsnit. Denne udvikling blev brudt i 2008, idet produktiviteten fra 2007 til 2008 faldt med 3,2 pct. jf. figur 2.1. En væsentlig årsag til dette produktivitetsfald var konflikten, der ramte sundhedsområdet i foråret 2008³. Fra 2008 til 2009 er produktiviteten steget med 4,2 pct. hvor en del aktivitet skulle indhentes efter overenskomstkonflikten. Produktiviteten er fortsat steget frem mod 2010, hvor stigningen bl.a. skyldes forsat øget aktivitet og fald i udgiftsniveauet for fire ud af fem regioner. Set over perioden 2003-2010 er den gennemsnitlige årlige produktivitetsvækst på 2 pct.

³ Sundhedsområdet var i foråret 2008 ramt af en otte ugers konflikt. Det betød bl.a. at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud pga. aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehusene blev ramt af strejken i forskelligt omfang

Figur 2.1: År til år produktivitetsudviklingen i procent, 2003-2010.



Anm.: Sundhedsområdet var i foråret 2008 ramt af en otte ugers konflikt. Det betød bl.a. at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud pga. aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehusene blev ramt af strejken i forskelligt omfang

Den årlige stigning i produktiviteten har ligget på mellem 1,4 og 2,4 pct. i perioden fra 2003 til 2007, jf. figur 2.1. Konflikten på sundhedsområdet i 2008 betød imidlertid, at sygehuskapaciteten ikke kunne udnyttes fuldt ud, og at produktiviteten i dette år ligger væsentlig under 2007-niveauet.

Sammenholdes udviklingen fra 2003 og frem til 2010 fremgår det, at man i 2010 havde forbedret produktiviteten med 14,8 pct. i forhold til i 2003, jf. figur 2.2.

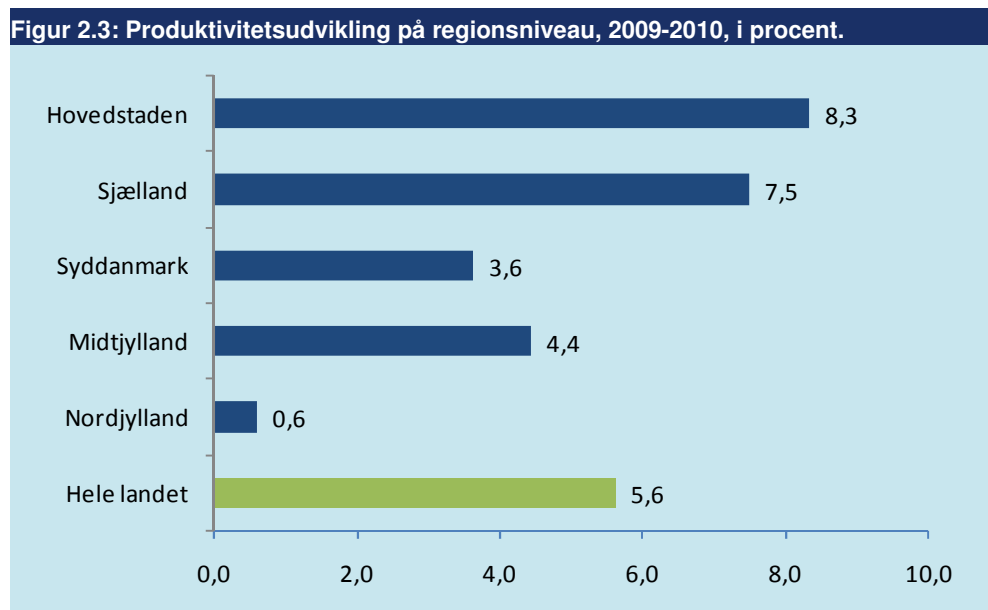
Figur 2.2: Akkumuleret produktivitsudvikling, 2003-2010, indeks 2003 = 100



Anm.: Sundhedsområdet var i foråret 2008 ramt af en otte ugers konflikt. Det betød bl.a. at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud pga. aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehusene blev ramt af strejken i forskelligt omfang.

2.2. Resultater på regionsniveau 2009-2010

En sammenligning på tværs af regioner viser en stor spredning i produktivitsudviklingen, der fra 2009 til 2010 har ligget på mellem 0,6 og 8,3 pct., jf. figur 2.3.



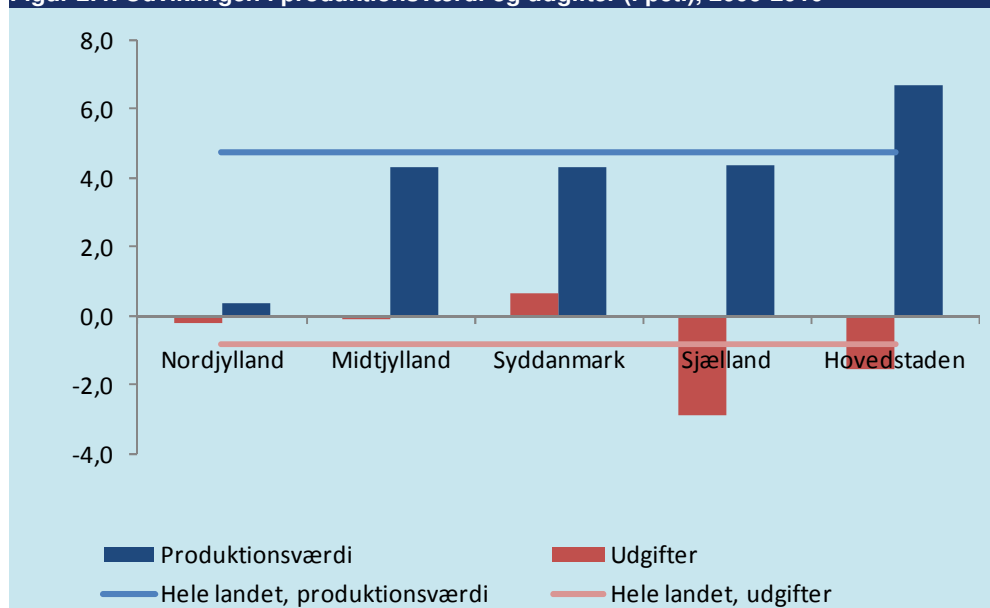
Bag forskellene ligger betydelige regionale forskelle i udgiftsudviklingen, som varierer mellem -2,9 pct. og 0,6 pct., hvor fire ud af fem regioner har haft et fald i udgiftsudviklingen mellem 2009 og 2010. Udgiftsudviklingen var på landsplan fra 2007 til 2008 på 3,1 pct. og fra 2008 til 2009 på 4,9 pct. Væksten i produktionsværdien er også forskellig på tværs af regionerne, og er på mellem 0,4 og 6,7 pct., jf. tabel 2.1.

Tabel 2.1: Udviklingen i produktion, udgifter og produktivitet 2009-2010, samt produktivitetsniveau for 2010.

Region	Udvikling fra 2009-2010 i procent			2010
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	Produktivitetsniveau
Hovedstaden	6,7	-1,6	8,3	100
Sjælland	4,4	-2,9	7,5	100
Syddanmark	4,3	0,6	3,6	104
Midtjylland	4,3	-0,1	4,4	100
Nordjylland	0,4	-0,2	0,6	93
Hele landet	4,8	-0,8	5,6	100

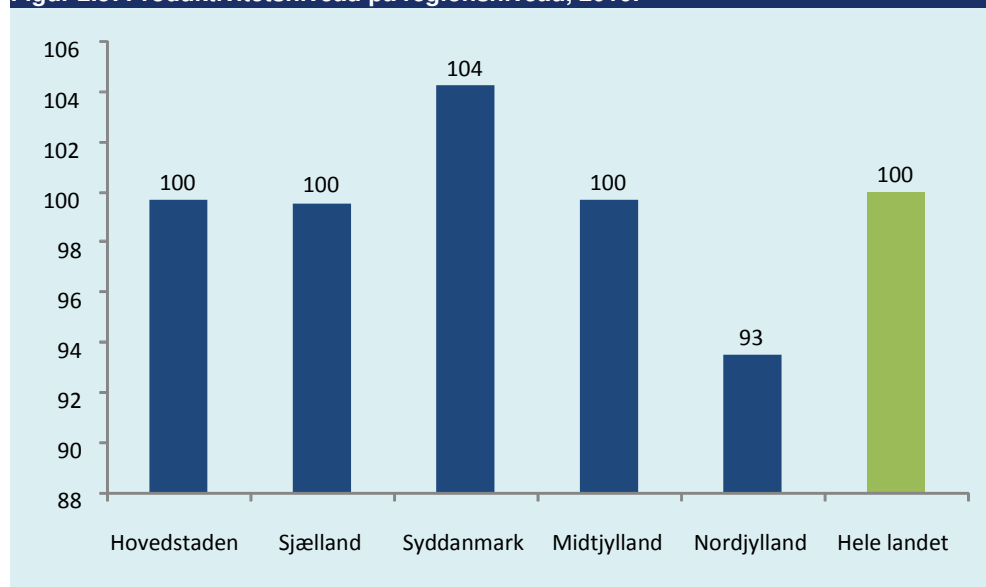
Sammenhængen mellem aktivitetsvækst og udgiftsvækst er ikke entydig på tværs af regionerne, jf. figur 2.4. Fire ud af fem regioner har haft fald i udgiftsniveaueet fra 2009 til 2010.

Figur 2.4: Udviklingen i produktionsværdi og udgifter (i pct.), 2009-2010



I lighed med tidligere år kan der konstateres forskelle i regionernes produktivetsniveauer. Region Syddanmark havde, med et produktivetsniveau på 4,0 pct. over landsgennemsnittet, den højeste produktivitet i 2010. Region Nordjylland havde, med et produktivetsniveau på 7,0 pct. under landsgennemsnittet, det laveste produktivetsniveau jf. figur 2.5.

Figur 2.5: Produktivetsniveau på regionsniveau, 2010.



2.3 Den historiske udvikling på regionsniveau.

I perioden 2003 til 2007 var den gennemsnitlige årlige stigning i produktiviteten ca. 1,9 pct. Fra 2009 til 2010 var stigningen på 5,6 pct. Kombineret med faldet på 3,2 pct.⁴ fra 2007 til 2008 er den gennemsnitlige stigning for hele perioden fra 2003 til 2010 på 2,0 pct., jf. tabel 2.2. Set over hele perioden havde Region Hovedstaden en gennemsnitlig produktivetsudvikling på 2,3 pct. mens Region Nordjylland havde en produktivetsudvikling på 1,4 pct..

⁴ Sundhedsområdet var i foråret 2008 ramt af en otte ugers konflikt. Det betød bl.a. at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud pga. aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehusene blev ramt af strejken i forskelligt omfang.

Tabel 2.2: Produktivitetsudviklingen i regionerne, årligt fra 2003-2010

Region	Udviklingen i produktivitet år til år, i procent							Gennemsnit (pct.)
	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2003-10
Hovedstaden	2,2	1,9	1,9	0,1	-2,7	4,7	8,3	2,3
Sjælland	1,6	-0,3	1,6	1,5	-2,7	5,2	7,5	2,1
Syddanmark	2,7	2,4	2,1	1,0	-2,0	5,0	3,6	2,1
Midtjylland	2,8	2,1	1,4	2,4	-5,6	2,4	4,4	1,4
Nordjylland	2,8	1,9	2,7	4,2	-2,7	4,1	0,6	2,0
Hele landet	2,4	1,8	1,9	1,4	-3,2	4,2	5,6	2,0

¹⁾ Den gennemsnitlige årlige udgiftsudvikling fra 2003 til 2010 er beregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2010.

Anm.: Regionerne blev oprettet 1. januar 2007 og erstattede de tidligere 15 amter.

Sundhedsområdet var i foråret 2008 ramt af en otte ugers konflikt. Det betød bl.a. at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud pga. aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehusene blev ramt af strejken i forskelligt omfang.

Udviklingen i udgifterne har varieret over tid og på tværs af regioner. Over perioden fra 2003 til 2010 har der på landsplan været en gennemsnitlig udgiftsstigning på 2,2 pct. I Region Sjælland har den gennemsnitlige stigning ligget på 1,9 pct., dvs. 0,3 pct. point under landsgennemsnittet, mens den i Region Midtjylland har ligget på 2,8 pct., jf. tabel 2.3.

Tabel 2.3: Udgiftsudviklingen i regionerne, årligt fra 2003-2010

Region	Udviklingen i udgifter år til år, i procent							Gennemsnit (pct.)
	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2003-10
Hovedstaden	1,3	2,1	2,6	2,9	2,3	5,6	-1,5	2,2
Sjælland	2,2	2,8	3,6	1,4	2,2	4,0	-2,9	1,9
Syddanmark	1,4	1,5	1,9	2,3	2,3	3,7	0,6	2,0
Midtjylland	1,5	0,6	3,3	3,7	5,5	5,0	-0,1	2,8
Nordjylland	0,7	1,1	2,4	2,2	3,6	5,5	-0,2	2,2
Hele landet	1,4	1,7	2,7	2,7	3,1	4,9	-0,8	2,2

¹⁾ Den gennemsnitlige årlige udgiftsudvikling fra 2003 til 2010 er beregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2010.

Anm.: Regionerne blev oprettet 1. januar 2007 og erstattede de tidligere 15 amter.

Sundhedsområdet var i foråret 2008 ramt af en otte ugers konflikt. Det betød bl.a. at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud pga. aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehusene blev ramt af strejken i forskelligt omfang.

Fra 2003 til 2010 har produktionsværdien, med undtagelse af 2008, udviklet sig positivt. Den gennemsnitlige stigning i produktionsværdien er i perioden på 4,3 pct. Produktionsværdien steg på landsplan med 4,8 pct. fra 2009-2010, jf. tabel 2.4. Dette dækker over en spredning på tværs af regioner, på 6,3 pct. point. I Region Hovedstaden steg produktionsværdien med 6,7 pct., mens den i Region Nordjylland steg med 0,4 pct.

Tabel 2.4: Udviklingen i produktionsværdien i regionerne, årligt fra 2003-2010

Region	Udviklingen i produktionsværdi år til år, i procent							Gennemsnit (pct.)
	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2003-10
Hovedstaden	3,5	4,1	4,5	3,0	-0,5	10,6	6,7	4,5
Sjælland	3,8	2,5	5,2	3,0	-0,6	9,4	4,4	4,0
Syddanmark	4,1	4,0	4,0	3,3	0,3	8,8	4,3	4,1
Midtjylland	4,3	2,8	4,8	6,2	-0,4	7,6	4,3	4,2
Nordjylland	3,5	3,1	5,2	6,5	0,8	9,9	0,4	4,2
Hele landet	3,8	3,5	4,6	4,1	-0,2	9,3	4,8	4,3

¹⁾ Den gennemsnitlige årlige udvikling i produktionsværdien fra 2003 til 2010 er beregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2010.

Anm.: Regionerne blev oprettet 1. januar 2007 og erstattede de tidligere 15 amter.

Sundhedsområdet var i foråret 2008 ramt af en otte ugers konflikt. Det betød bl.a. at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud pga. aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehuse blev ramt af strejken i forskelligt omfang

2.4 Resultater på sygehusniveau

Der kan, både hvad angår produktivetsniveauet for 2010 og produktivetsudvikling fra 2009 til 2010, konstateres betydelige forskelle mellem sygehuse, jf. tabel 2.5.

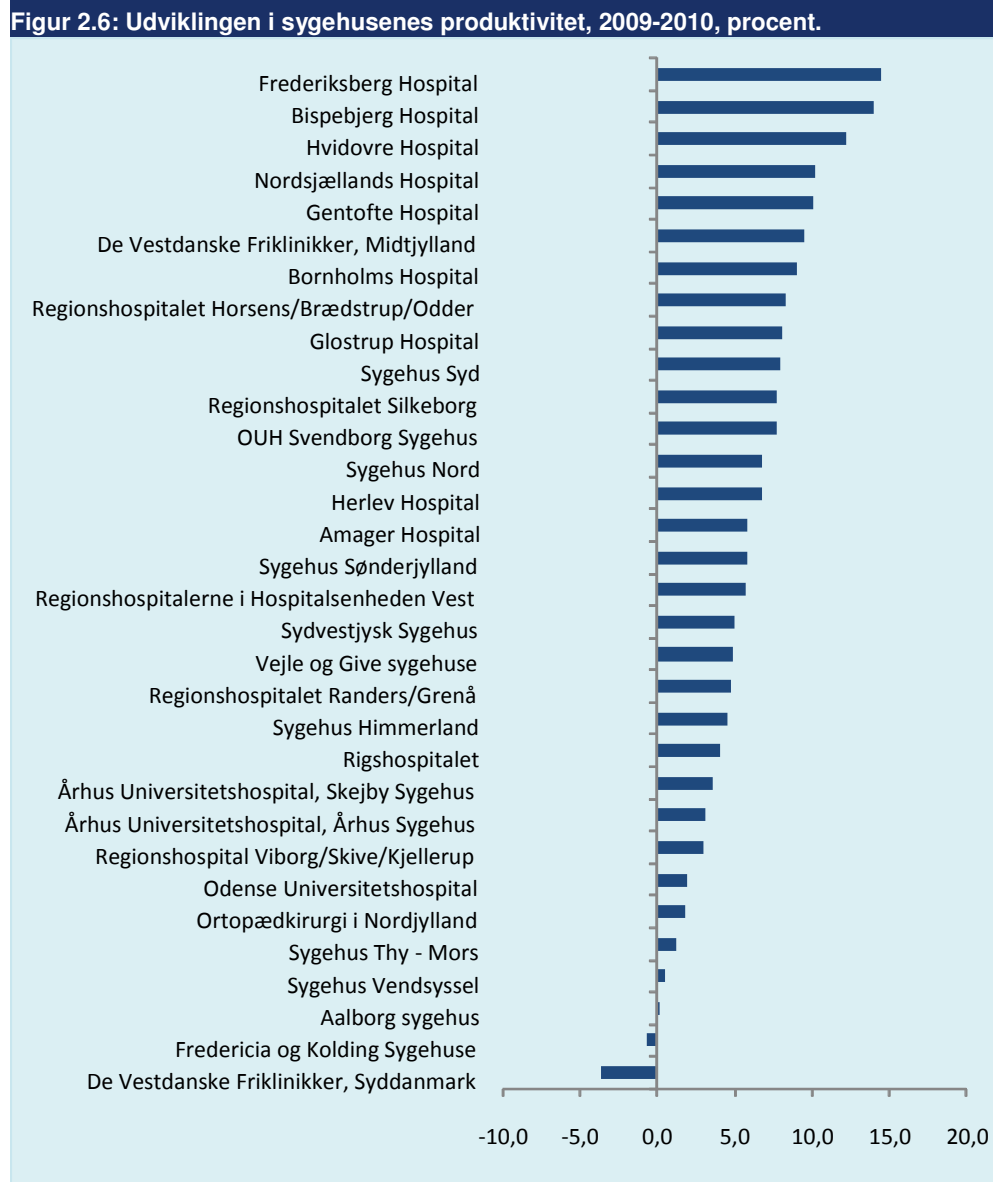
Tabel 2.5: Udviklingen i produktivitet 2009-2010, samt produktivetsniveauet 2010. På sygehusniveau.

Sygehus	Udvikling, 2009-2010, pct.			Produktivetsniveau
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2010
Rigshospitalet	6,6	2,5	4,0	98
Bispebjerg Hospital	14,4	0,4	14,0	108
Hvidovre Hospital	0,8	-10,1	12,2	104
Amager Hospital	1,4	-4,2	5,8	95
Frederiksberg Hospital	13,7	-0,6	14,5	102

Tabel 2.5: Udviklingen i produktivitet 2009-2010, samt produktivetsniveauet 2010. På sygehusniveau.

Sygehus	Udvikling, 2009-2010, pct.			Produktivetsniveau
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2010
Gentofte Hospital	6,6	-3,1	10,1	99
Glostrup Hospital	7,4	-0,6	8,0	102
Herlev Hospital	8,0	1,2	6,8	104
Nordsjællands Hospital	4,0	-5,6	10,2	93
Bornholms Hospital	6,7	-2,1	9,0	74
Sygehus Syd	1,9	-5,6	7,9	94
Sygehus Nord	6,6	-0,1	6,8	105
Odense Universitetshospital	4,7	2,7	2,0	100
OUH Svendborg Sygehus	2,6	-4,7	7,7	106
Sygehus Sønderjylland	2,4	-3,1	5,8	98
Sydvestjysk Sygehus	1,0	-3,9	5,0	105
Fredericia og Kolding Sygehuse	4,0	4,7	-0,7	107
Vejle og Give sygehuse	10,7	5,5	4,9	118
De Vestdanske Friklinikker, Syddanmark	7,0	11,1	-3,7	145
De Vestdanske Friklinikker, Midtjylland	6,9	-2,3	9,5	147
Regionshospitalet Horsens/Brædstrup/Odder	3,9	-4,0	8,3	110
Regionshospitalet i Hospitalsenheden Vest	4,4	-1,3	5,7	97
Regionshospitalet Silkeborg	7,2	-0,5	7,7	106
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	5,3	2,2	3,1	96
Regionshospitalet Randers/Grenå	3,3	-1,3	4,7	112
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	6,8	3,1	3,6	99
Regionshospital Viborg/Skive/Kjellerup	-1,2	-4,0	3,0	93
Sygehus Thy - Mors	-1,5	-2,6	1,2	85
Aalborg sygehus	-0,5	-0,5	0,0	95
Sygehus Vendsyssel	1,2	0,7	0,4	98
Sygehus Himmerland	1,9	-2,5	4,5	85
Ortopædkirurgi i Nordjylland	4,7	2,9	1,8	91
Hele landet	4,8	-0,8	5,6	100

Udviklingen i produktiviteten har på tværs af sygehuse varieret fra en stigning på ca. 14,5 pct. til et fald på ca. -3,7 pct.. På 30 ud af 32 sygehuse var der en positiv produktivitetsudvikling fra 2009 til 2010, jf. figur 2.6.



Hvad angår produktivetsniveauet er der en variation på ca. 34 pct. point mellem sygehuse, når der ses bort fra De Vestdanske Friklinikker og Bornholms Hospital, jf. figur 2.7. Det skal bemærkes, at en højere produktivetsstigning end landsgennemsnittet ikke nød-

vendigvis medfører et stigende produktivetsniveau fra år til år, jf. boks 3.3. Dette skyldes tekniske forhold.



En sammenligning af udviklingen i udgifter og aktivitet på tværs af sygehusene viser meget forskellige tendenser. Mange af landets sygehuse har fra 2009 til 2010 haft et fald i udgifterne, og enten et mindre fald eller en stigning i aktiviteten, mens størstedelen har haft stigninger i aktivitet og fald i udgifter, jf. figur 2.8.

Figur 2.8: Udviklingen i produktionsværdi og udgifter (i pct.), 2009-2010.

Sorteret efter produktivitetsudviklingen 2009-2010, faldende.

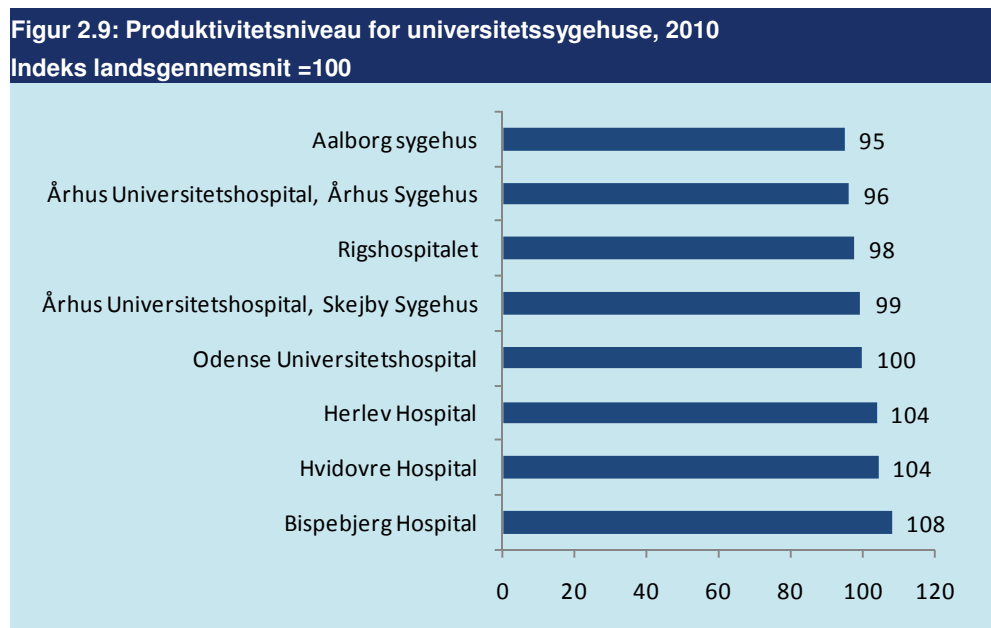


Note: De Vestdanske Friklinikker, Give og Brædstrup er udeladt af denne figur.

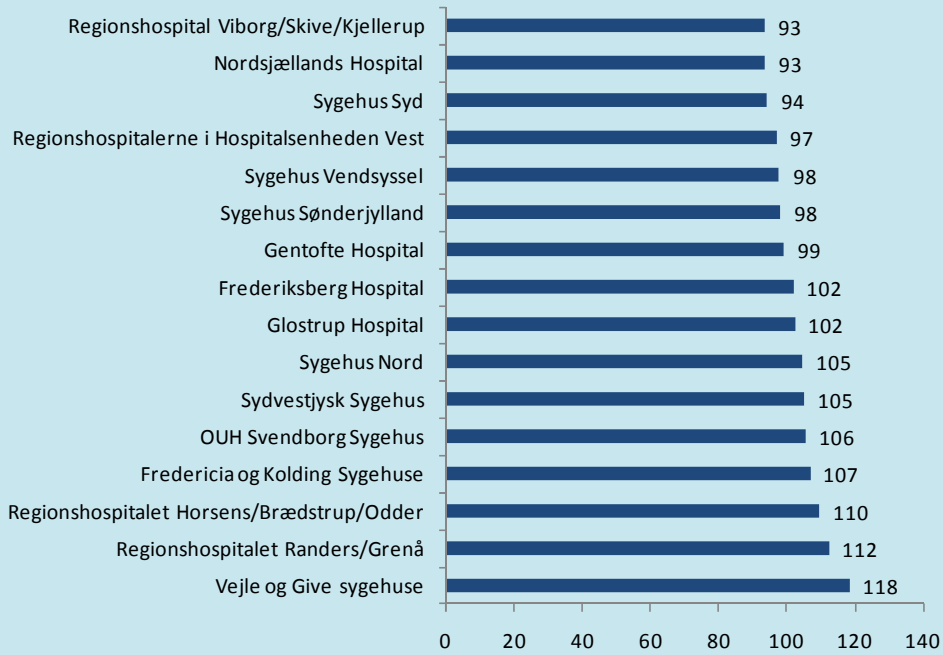
Når sygehusenes produktivitet skal sammenlignes er det nærliggende at sammenligne de sygehuse, der ud fra objektive kriterier ligner hinanden mest. Det er på den baggrund, at sygehusene i figurerne 2.9 til 2.11 er opdelt efter størrelse.

Af figur 2.9 fremgår produktivetsniveauet for landets universitetshospitaler, da disse har en række fællestræk. De resterende sygehuse er inddelt på baggrund af størrelsen af sygehusenhedernes produktionsværdi i 2010.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at det der i denne publikation omtales som sygehuse i mange tilfælde reelt er udtryk for sygehusenheder, hvor der behandles på flere forskellige matrikler. Blandt sygehusenheder med en produktionsværdi i samme størrelsesorden kan der således være betydelige forskelle i størrelsen af de enkelte matrikler.

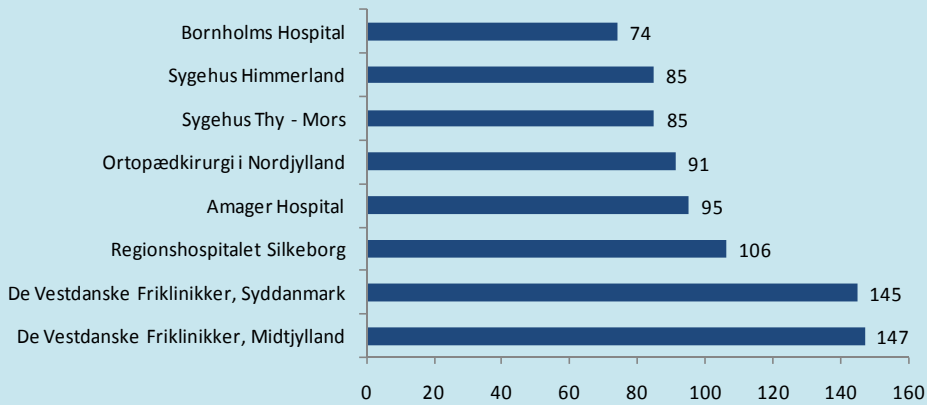


Figur 2.10: Produktivitetens niveau for store og mellemstore sygehuse, 2010
Indeks landsgennemsnit= 100



Note: Store og mellemstore sygehuse er udvalgt som de 16 sygehuse med højest produktionsværdi i 2010 (ekskl. universitetshospitaler).

Figur 2.11: Produktivitetens niveau for mindre sygehusenheder 2010,
Indeks landsgennemsnit = 100



Note: Små sygehuse er udvalgt som de 8 sygehuse med lavest produktionsværdi i 2010.

3. Metode og validering

3.1 Gennemgang af metoden anvendt til produktivetsmåling

Som det tidligere er omtalt, opgøres produktiviteten ved anvendelse af omkostningsbrøkmotoden. Dette betyder, at produktivitet måles som forholdet mellem værdien af sygehusbehandlingerne og de medgåede ressourcer.

Ydelserne i sygehusvæsenet værdifastsættes i det såkaldte DRG-system. DRG-systemet indeholder oplysninger om de gennemsnitlige udgifter for de behandlinger, der udføres i det danske sygehusvæsen.

Værdien af sygehusvæsenets aktivitet måles ved de såkaldte DRG- og DAGS-produktionsværdier, der dækker over takster for behandling af henholdsvis indlagte og ambulante patienter. Taksterne udtrykker den gennemsnitlige værdi af behandlingerne. I disse takster er der derfor også, i et betydeligt omfang, taget hensyn til hvor ressourcekrævende behandlingen af patienterne er.

Sammenlignet med andre sektorer i den offentlige sektor, er sygehussektoren derfor be- gunstiget af, at det er muligt, ved hjælp af en ensartet metode, at opgøre værdien af de ydelser, der ydes borgeren på landets sygehuse.

Samlet set betyder DRG-systemet, at det, i kraft af at det tager højde for forskellige be- handlingers kompleksitet og derfor ressourceforbrug, er velegnet til at sammenligne ydel- serne på forskellige sygehuse.

Det bør i denne forbindelse nævnes, at der også er forhold, som DRG-systemet og tak- sterne ikke umiddelbart tager højde for. For at sikre, at opgørelse af behandlingernes vær- di kan sammenlignes mellem forskellige sygehuse, er der efter enighed i arbejdsgruppen foretaget visse korrektioner af hospitalernes DRG- og DAGS-produktionsværdier, jf. boks 3.1.

Boks 3.1. Oversigt over beregningen af den korrigerede produktionsværdi

Stationær produktionsværdi inkl. genoptræning
+ Ambulant produktionsværdi inkl. genoptræning
= Ukorrigeret produktionsværdi
- Korrektion for udgifter til medicin på ambulante afdelinger
- Korrektion for forskelle i organisering
- Regionsspecifikke korrektioner
= Korrigeret produktionsværdi

Den ukorrigerede DRG- og DAGS-produktionsværdi udtrykker den totale værdi af sygehusets behandlinger og kan betragtes som udgangspunktet. Denne størrelse er imidlertid ikke direkte sammenlignelig på tværs af sygehuse, hvorfor der foretages enkelte korrektioner.

Der korrigeres fortsat for medicinudgifter på ambulante afdelinger. Udgifterne til medicin på ambulante afdelinger indgår ikke retvisende i DAGS-produktionsværdien, da forbruget af medicin er uensartet fordelt mellem sygehusene. Derfor foretages en korrektion. Formålet hermed er, at sygehuse med ekstraordinært store medicinudgifter ikke skal stilles dårligere i produktivitetsmålningerne end sygehuse med relativt lave medicinudgifter. På den baggrund korrigeres både produktionsværdien samt de tilrettede driftsudgifter for medicin på ambulante afdelinger.

Ligeledes korrigeres der for, at sygehusene internt i regionerne er organiseret forskelligt. Dette har indflydelse på, hvordan de enkelte udskrivninger værdifastsættes. For at sikre en rimelig sammenligning på tværs af sygehuse og regioner korrigeres der således, at organiseringen ikke har indflydelse på den tildelte produktionsværdi.

Mens værdien af sygehusenes behandlinger måles ved DRG- og DAGS-produktionsværdi, opgøres sygehusenes udgifter ved de såkaldte korrigerede tilrettede driftsudgifter. Udgifterne er beregnet på baggrund af regnskabsindberetninger fra sygehusene og det er også disse udgifter, der ligger til grund for beregning og fastsættelse af DRG- og DAGS-taksterne.

Som det også gør sig gældende for DRG- og DAGS-produktionsværdien, er sygehusenes udgifter ikke i alle tilfælde direkte sammenlignelige.

Det er essentielt, at der forsøges at skabe sammenhæng mellem produktionsværdien og de korrigerede tilrettede driftsudgifter. Dette er væsentligt ud fra den betragtning, at det kun er rimeligt at sætte aktiviteten i forhold til de udgifter, der faktisk er medgået til at skabe denne aktivitet. Derfor har arbejdsgruppen fundet det nødvendigt at foretage enkelte kor-

rektioner af sygehusenes totale driftsudgifter. I produktivetsopgørelserne indgår derfor de korrigerede tilrettede driftsudgifter, jf. boks 3.2.

Boks 3.2. Oversigt over beregningen af de tilrettede driftsudgifter

Sygehusvæsenets totale driftsudgifter (skema 1 – 3)
– Udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling (skema 4 til 7)
= Totale driftsudgifter ekskl. udgifter der ikke bidrager til somatisk patientbehandling
– Udgifter til internt finansieret forskning
– Udgifter til medicin på ambulante afdelinger
= De korrigerede tilrettede driftsudgifter

Sygehusenes udgifter er forsøgt tilrettet, således at de sikrer den størst mulige sammenlignelighed mellem sygehusene samt mellem årene 2009 og 2010. For det første sikres det, at alene udgifter, der bidrager til den somatiske patientbehandling, medtages. Herudover er der mellem sygehusene stor forskel på udgifterne til internt finansieret forskning, hvorfor udgifterne hertil heller ikke indgår i de tilrettede driftsudgifter. Endelig korrigeres både produktionsværdi og udgifter for medicin på ambulante behandlinger for at sikre, at disse medicinudgifters indflydelse på produktivetsberegningerne neutraliseres.

I bilag B og E (excel-fil) er der en grundig gennemgang og redegørelse for de gennemførte korrektioner i forbindelse med opgørelserne i denne delrapport.

På baggrund af det beregnede udtryk for produktiviteten opgøres såvel produktivetsudviklingen fra år til år, ligesom også produktivetsniveauet opgøres og sammenlignes på tværs af regioner og sygehuse, jf. boks 3.3.

Boks 3.3: Manglende sammenhæng mellem produktivetsudvikling og produktivetsniveau

I denne boks redegøres der for, hvorfor det ikke er meningsfuldt at sammenligne regionernes og sygehusenes produktivetsniveauer over tid.

Til beregning af produktivetsudviklingen fra 2009 til 2010 benyttes DRG-takster for 2010 for begge år. Dette er for at sikre sammenlignelighed mellem de to år. Hvis taksterne er ændret markant på bestemte behandlinger, kan dette have indflydelse på sygehuse, der foretager mange af de behandlinger, der har gennemgået takstændringer.

Da takstsystem 2010 altså også anvendes på aktiviteten for 2009, vil der ikke være fuldstændig

overensstemmelse mellem produktivetsopgørelsen for 2009 i delrapport VI, hvor 2009-taksterne er anvendt og den tilsvarende opgørelse for 2009 beregnet på baggrund af 2010-taksterne (som i denne delrapport VII). For de sygehuse, hvor den korrigerede produktionsværdi er mindsket, som følge af anvendelsen af taksterne for 2010, vil en genberegning af produktivetsniveauet for 2009 således være relativt mindre, end det fremgår af delrapport VI.

Produktivetsniveauet er beregnet ud fra et landsgennemsnitligt produktivetsniveau i pågældende år. Det enkelte sygehus' produktivetsniveau er således afhængigt af, hvordan produktivetsniveauet er på alle andre sygehuse i Danmark, og det er således ikke meningsfuldt at sammenligne et sygehus produktivetsniveau over tid.

Skal et enkelt sygehus' produktivitet følges over tid, bør målet "produktivetsudviklingen" benyttes. Dette skyldes, at "produktivetsudviklingen" alene dannes på baggrund af udviklingen i sygehusets egne udgifter og produktionsværdi, og altså ikke er afhængig af produktivetsniveauet på landsplan. På samme vis er dette grunden til, at det i rapporten er "produktivetsudviklingen" som betragtes når udviklingen på regions- og sygehusniveau betragtes over tid.

Produktivetsniveauet kan udelukkende anvendes til at fastslå, hvordan produktiviteten på et sygehus eller i en region er, i ét år, i forhold til produktiviteten på andre sygehuse eller i andre regioner.

3.2 Validering af datagrundlag og datakvalitet

Som ved tidligere opgørelser er det et væsentligt hensyn fra arbejdsgruppens side, at de data, der indgår i produktivetsopgørelserne, gennemgår en grundig validering i de enkelte regioner. Valideringen skal dels bidrage til en kvalitetssikring af data og dels til en åben og gennemsigtig proces, hvad angår opgørelsen af produktivitet.

Datagrundlaget for de løbende målinger på lands-, regions- og sygehusniveau har således været rundsendt til regionerne og sygehusene. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse modtog primo september 2011 samlede valideringssvar fra de fem regioner.

Der blev i arbejdsgruppen, i forbindelse med udarbejdelsen af femte delrapport vedr. 2007 og 2008, diskuteret behovet for at sikre, at de ambulante medicinudgifter på landets sygehuse opgøres efter en ensartet metode, og på denne baggrund nåede regionerne i fællesskab frem til den metode som også bruges i forbindelse med opgørelserne af produktivitet i denne delrapport VII.

Metoden baserer sig på, at det er aktiviteten på de enkelte sygehusafdelinger, som er bestemmende for, om medicinforbruget på afdelingerne klassificeres som ambulante eller stationært.

På nogle afdelinger er aktiviteten blandet eller typen af aktivitet ukendt, og i disse tilfælde fordeles medicinforbruget på afdelingen, efter en fordelingsnøgle lavet på baggrund af sygehusets samlede aktivitetsfordeling.

BILAG

Bilag A: Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen

20. september 2005

Kommissorium for offentliggørelse af produktivetsanalyser på sundhedsområdet

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har primo september 2005 offentliggjort en pjeces om systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger på sundhedsområdet. Disse målinger skal skabe åbenhed og synlighed om produktivetsforholdene i det danske sundhedsvæsen.

Af aftale om strukturreformen fremgår, at "systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsanalyser på regions-, sygehus-, afdelingsniveau eller andet relevant niveau skal skabe synlighed om evnen til at levere mest mulig sundhed for pengene". Det er endvidere i økonomiaftalen for 2006 mellem amterne og regeringen aftalt at "gennemføre systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger på sundhedsområdet".

På den baggrund nedsættes en arbejdsgruppe, som får til opgave at udarbejde en model for systematisk og løbende offentliggørelse af produktivetsmålinger for sundhedsvæsenet.

Arbejdsgruppen skal bl.a.:

- Udvikle forslag til ensartede, systematiske produktivetsmålinger og analyser på regions-, sygehus-, afdelings- eller andet niveau på sygehusområdet.
- Udvikle en generel, obligatorisk model for løbende offentliggørelse af produktivetsmålingerne for sundhedsvæsenet på Internettet.
- Opstille retningslinjer, så registrering og indberetning af systematiske oplysninger om aktivitet og omkostninger er egnet til anvendelse bl.a. ved produktivetsmålinger, herunder sammenligning af produktivitet mellem forskellige enheder.
- Undersøge og vurdere, hvorledes der ved en systematisk anvendelse og udbredelse af produktivetsmålinger kan opnås produktivetsforbedringer f.eks. gennem effektivisering af arbejdstilrettelæggelsen i sygehussektoren mv.

I relevant omfang vil der blive indhentet inspiration fra andre lande samt ideer fra andre dele af den offentlige sektor, herunder arbejdet om sammenlignelig brugerinformation og klare mål.

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra Danske Regioner, H:S, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand).

Offentliggørelsen af produktivitetmålinger vil bl.a. ske på sundhed.dk, som vil blive inddraget i den tekniske løsning.

Arbejdsgruppen afrapporterer foreløbigt til Styregruppen og Økonomiudvalget ultimo 2005, hvor der bl.a. skal indgå forslag til, hvilke målinger der skal offentliggøres i 2006. Arbejdsgruppen fortsætter arbejdet i 2006 med henblik på en endelig afrapportering.

Sammensætning af arbejdsgruppen

Kontorchef Henrik Grosen Nielsen (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, formand)

Fuldmægtig Kathrine Støvring Nielsen (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) udtrådt juli 2011

Akademisk medarbejder Signe Elholm (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse)

Fuldmægtig Nathja Rudolph Kræmmer (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) indtrådt maj 2011

Kontorchef Malene Højsted Kristensen (Danske Regioner)

Konsulent Marie Bussey Rask (Danske Regioner)

Sygehusdirektør Jens Ole Skov (Region Nordjylland)

Kontorchef Simon Andersen (Region Nordjylland)

Fuldmægtig Morten Roslev Bukh (Region Nordjylland)

Kontorchef Leif Paul Christensen (Region Midtjylland)

Souschef Mette Jensen (Region Midtjylland) indtrådt oktober 2011

Kontorchef Morten Helleberg Christiansen (Region Midtjylland)

Specialkonsulent Laurits Thomsen (Region Midtjylland)

Afdelingschef Jan Højgaard Funder (Region Syddanmark)

Fuldmægtig Jørn Frydendall (Region Syddanmark)

Økonomichef Lene Jørndrup (Region Sjælland)

Budgetchef Søren Helsted (Region Hovedstaden)

Specialkonsulent Liselotte Oldelund Kreilgaard (Region Hovedstaden)

Chefkonsulent Søren Varder (Finansministeriet)

Chefkonsulent Charlotte Hougaard Møller (Finansministeriet)

Bilag B: Dokumentation

1. Indledning og formål

I dette bilag redegøres der for, hvordan opgørelserne for produktivetsniveauet i 2010 samt produktivetsudviklingen fra 2009 til 2010 på lands-, regions- og sygehusniveau er gennemført.

Bilaget redegør for, hvordan de relevante data er indhentet og beregnet, samt hvilke korrektioner, der er gennemført. Formålet hermed er, at skabe gennemsigtighed omkring målingerne, så alle er bekendte med forudsætningerne for beregningerne.

I lighed med tidligere år opgøres produktivitet som omkostningseffektivitet ved anvendelse af brøkmotoden. Produktivitet er derfor defineret ved forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi (opgjort via DRG-systemet) og de korrigerede tilrettede driftsudgifter (opgjort på baggrund af regnskabsindberetningerne) på det somatiske sygehusområde. Konkret udregnes produktivetsudviklingen og produktivetsniveauet på følgende måde.

Beregning af produktivetsudviklingen

Produktivetsudviklingen beregnes som den procentvise ændring i produktiviteten fra 2009 til 2010, i det produktiviteten i et givet år opgøres, som forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi og de korrigerede tilrettede driftsudgifter. Konkret benyttes følgende formel:

$$\text{Produktivetsudvikling} = \frac{\text{Produktivitet}_{09} - \text{Produktivitet}_{08}}{\text{Produktivitet}_{08}} * 100$$
$$\text{Produktivetsudvikling} = \frac{\frac{\text{Produktionsværdi}_{09}}{\text{Udgifter}_{09}} - \frac{\text{Produktionsværdi}_{08}}{\text{Udgifter}_{08}}}{\frac{\text{Produktionsværdi}_{08}}{\text{Udgifter}_{08}}} * 100$$

Beregning af produktivetsniveauet

Produktivetsniveauet opgøres som forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi og de korrigerede tilrettede driftsudgifter målt i forhold til landsgennemsnittet. Et produktivetsniveau på 102 svarer således til en produktivitet, der er 2 pct. højere end gennemsnittet for hele landet. Konkret udregnes produktivetsniveau for en given region eller sygehus på følgende måde:

$$\text{Produktivitet sniveau}_{\text{sygehus X}} = \frac{\frac{\text{Produktionsværdi}_{\text{sygehus X}}}{\text{Udgifter}_{\text{sygehus X}}}}{\frac{\text{Produktionsværdi}_{\text{Hele landet}}}{\text{Udgifter}_{\text{Hele landet}}}} * 100$$

I det følgende gennemgås forudsætningerne for beregning af produktionsværdi, og der gøres rede for, hvordan de korrigerede tilrettede driftsudgifter er tilvejebragt.

2. Den korrigerede produktionsværdi

Den korrigerede produktionsværdi er opgjort som det fremgår af den overordnede skabelon i tabel 1.

Tabel 1: Oversigt over beregning af korrigeret produktionsværdi
Ukorrigeret DRG- og DAGS-produktionsværdi
– Korrektion for udgifter til medicin på ambulante afdelinger
– Korrektion for forskelle i organisering
– Regionsspecifikke korrektioner
= Korrigeret produktionsværdi

I det følgende redegøres nærmere for indholdet af de enkelte delelementer vist i tabel 1.

Ukorrigeret produktionsværdi

Værdien af sygehusvæsenets aktivitet måles ved den såkaldte DRG- og DAGS-produktionsværdi. Denne udtrykker værdien af produktionen med hensyntagen til, hvor ressourcekrævende behandlingen af den enkelte stationære eller ambulante patient er.

Den ukorrigerede produktionsværdi svarer til den DRG- og DAGS-produktionsværdi, som findes på Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses eSundhed, ved en afgrænsning til sygehusudskrivninger, dog trækkes aktiviteten på enkelte afdelinger ud. Disse afdelinger er Montebello (under Rigshospitalet i 2009 og under Hospitalerne i Nordsjælland i 2010) og Garantiklinikken under Sygehus Syd i Region Sjælland. Endvidere indgår Regionshospitalet Hammel Neurocenter i Region Midtjylland ikke i opgørelsen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse opgør den ukorrigerede produktionsværdi ved trækning i det grupperede Landspatientregister. Opgørelse af aktiviteten i 2009 og 2010 er baseret på årsopgørelserne, dvs. Landspatientregistret hhv. pr. 10. april 2010 og pr. 10. marts 2011.

Korrektion for medicin på ambulante afdelinger

Udgifterne til medicin på ambulante afdelinger indgår ikke retvisende i DAGS-produktionsværdien, da forbruget af medicin er uensartet fordelt mellem sygehusene. Derfor foretages en korrektion. Formålet hermed er, at sygehuse med ekstraordinært store medicinudgifter ikke skal stilles dårligere i produktivitetmålingerne end sygehuse med relativt lavere medicinudgifter. På den baggrund korrigeres både produktionsværdien samt de tilrettede driftsudgifter for medicin på ambulante afdelinger.

Korrektionen af produktionsværdien foretages ved, at de ambulante besøg, hvor det ikke er muligt, at opkræve særydelser til medicin tildeles besøgstaksten samt evt. concertakst. Konkret foretages korrektionen på følgende måde:

- observationer slettes hvis der grupperes til proceduregrupperne PG12A: "kemoterapi, højdosis", PG12B: "kemoterapi, kompliceret og antistofbehandling", PG12C: "kemoterapi, kompliceret", PG12D: "kemoterapi, basis og antistofbehandling", PG12E: "kemoterapi, basis" eller PG12I: "antistofbehandling" uden at der er registreret et besøg.
Taksten sættes derimod til besøgstaksten for enten barn under 7 år på + concertakst(1.775 + 800, DAGS10-takster) eller almindeligt ambulante besøg for patienter mindst 7 år + concertakst (1.271+800, i DAGS10-takster), hvis der samtidig er registreret et besøg.
- observationer slettes hvis der grupperes til proceduregrupperne PG12J: "Brachyterapi", PG12H: "biologisk modificerende stof", PG12R: "behandling med ciclosporin" eller PG12Q: "Botulinumtoksin-injektion" eller til diagnosegruppen DG30I: "HIV- infektion" uden at der samtidig er registreret et besøg.
Taksten sættes derimod til besøgstaksten for patienter mindst 7 år (1.271 i DAGS10-takster) eller til besøgstaksten for patienter under 7 år (1.775 i DAGS10-takster), hvis der samtidig er registreret et besøg.

Korrektion for forskelle i organisering

Afregning i DRG-systemet sker på baggrund af sygehusudskrivninger, hvor en sygehusudskrivning er defineret som en udskrivning fra et sygehus, uden at der inden for den samme dag, sker indlæggelse på en anden afdeling på samme sygehus. En sygehusudskrivning kan altså enten være udskrivning af en færdigbehandlet patient, eller en udskrivning til et andet sygehus i samme eller anden region.

Et sygehus defineres i DRG-systemet ud fra Sundhedsstyrelsens sygehus- og afdelingsklassifikation (dvs. som sygehuse med selvstændigt sygehusnummer). I produktivitetso-

gørelsen defineres et sygehus ud fra det ledelsesmæssigt relevante niveau. Da flere sygehuse i produktivitetsopgørelsen har én ledelse, men flere sygehusnumre, er der behov for en korrektion. Sygehuse med flere sygehusnumre, hvor patienterne som del af behandlingen overflyttes mellem forskellige sygehusnumre, vil derfor opnå relativt flere sygehusudskrivninger, og dermed højere produktionsværdi, end sygehuse der alene har ét sygehusnummer. Sygehusenes organisering kan altså uden en korrektion påvirke produktionsværdien for ellers identiske patienter. Med korrektionen tilstræbes det, at organiseringen af sygehuse ikke påvirker produktivitetmålingen.

I produktivitetsopgørelsen er der korrigeret for forskelle i organisering med udgangspunkt i følgende metode:

- 1) Sygehuse med én ledelse, men flere sygehusnumre identificeres (se nedenstående tabel 2).
- 2) Takstbærende udskrivninger mellem flere sygehuse under samme ledelse identificeres.
- 3) DRG-taksten for et indlæggelsesforløb, uanset hvilken definition af sygehuse der benyttes, fastsættes efter den dyreste afdelingsudskrivning, derfor identificeres den dyreste afdelingsudskrivning for hvert patientforløb, og de øvrige udgår.
- 4) Antallet af takstbærende udskrivninger i produktivitetsopgørelsen reduceres altså, og dette bevirker at den samlede produktionsværdi umiddelbart reduceres. For at holde den samlede produktionsværdi uændret, normeres korrektionerne for sygehusorganisering⁵.

⁵ Normeringsfaktoren er i 2009 og 2010 hhv. 1,00543 og 1,00530.

Af tabel 2 fremgår den definition af de sygehuse der benyttes i produktivetsopgørelsen. Omkostningsbrøken opgøres for hvert "Sygehus".

Tabel 2. Oversigt over sygehuse med én ledelse (sygehusenheder)

Sygehus, som defineret i produktivetsopgørelse	Sygehusnumre
Rigshospitalet	1301
Bispebjerg Hospital	1309
Hvidovre Hospital	1330
Amager Hospital	1351
Frederiksberg Hospital	1401
Gentofte Hospital	1501
Glostrup Hospital	1502
Herlev Hospital	1516
Nordsjællands Hospital	2000
Bornholms Hospital	4001
Sygehus Syd	3000*, 3500*, 3800*
Sygehus Nord	2501, 2502, 3000*, 3500*, 3800*
Odense Universitetshospital ¹	4202
OUH Svendborg Sygehus ¹	4212
Sygehus Sønderjylland	5001, 5002, 5003, 5004
Sydvestjysk Sygehus	5501
Vejle og Give sygehuse ²	6004, 6008
Fredericia og Kolding Sygehuse ²	6007
Regionshospitalet Horsens/Brædstrup/Odder	6002, 6006, 7008
De Vestdanske Friklinikker, Give	6013
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	6014
Regionshospitalet i Hospitalsenheden Vest	6501, 6502, 6503, 6504, 6505
Regionshospitalet Silkeborg	7002
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	7003, 7004, 7013
Regionshospitalet Randers/Grenå	7005, 7009
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	7026
Regionshospital Viborg/Skive/Kjellerup	7601
Sygehus Thy - Mors	7603
Aalborg sygehus	8001
Sygehus Vendsyssel	8003
Sygehus Himmerland	8005
Ortopædkirurgi i Nordjylland	8040

* Sygehusnumrene 3000, 3500 og 3800 er fordelt mellem Sygehus Syd og Sygehus Nord på baggrund af afdelingsnumre

¹ I beregningen af korrektion for forskelle i organisering behandles OUH Odense og OUH Svendborg, som ét sygehus, da de har samme ledelse.

² I beregningen af korrektion for forskelle i organisering behandles Vejle og Give sygehuse, og Fredericia og Kolding sygehuse, som ét sygehus, da de har samme ledelse.

3. De korrigerede tilrettede driftsudgifter

Ved opgørelse af produktivitet opgøres de tilrettede driftsudgifter med udgangspunkt i de såkaldte skemaer 1 til 7. Summen af skema 1, 2 og 3 er udtryk for sygehusvæsenets *totale driftsudgifter*. Disse udgifter indeholder imidlertid andet end udgifter til behandling af patienter. Skemaerne 4-7 sikre, at kun omkostninger forbundet med den somatiske behandling medtages. Desuden korrigeres for bl.a. udgifter til internt finansieret forskning og medicin på ambulante behandlinger. På baggrund heraf opgør Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse de korrigerede tilrettede driftsudgifter.

De tilrettede driftsudgifter, opgjort via skema 1-7, indberettes af sygehusene til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, og anvendes bl.a. til takstberegningen. For en nærmere gennemgang henvises til følgende hjemmeside:

<http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/DRG%20Sygehus%20regnskabstal/Indberetningsdel.aspx>

For at sikre den størst mulige sammenlignelighed mellem det enkelte sygehus over tid samt den størst mulige sammenlignelighed mellem de forskellige sygehuse, foretages i produktivitetmålingen en række korrektioner af de tilrettede driftsudgifter.

De korrigerede tilrettede driftsudgifter kan i koncentreret form opstilles som vist i tabel 3.

Tabel 3: Oversigt over beregning af korrigerede tilrettede driftsudgifter	
	Sygehusvæsenets totale driftsudgifter (skema 1 – 3)
–	Udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling (skema 4 til 7)
=	Totale driftsudgifter, ekskl. udgifter der ikke bidrager til somatisk patientbehandling
–	Udgifter til internt finansieret forskning
–	Udgifter til medicin på ambulante afdelinger ^a
=	De korrigerede tilrettede driftsudgifter

a) Kilde: Lægemiddelstyrelsen. Valideres af sygehusejerne.

I lighed med beskrivelsen af indholdet i DRG-produktionsværdien gennemgås nedenfor kort, hvad de forskellige korrektioner udtrykker, hvorfor de er medtaget og hvilke drøftelser, der har været i arbejdsgruppen mht. beregningen af de korrigerede tilrettede driftsudgifter.

Ekstraordinære korrektioner vedr. 2009 og 2010

I forbindelse med udarbejdelsen af indeværende rapport er der korrektioner i de tilrettede driftsudgifter i 2009 for at sikre sammenlignelighed mellem 2009 og 2010. Udgifter til hospice indgår ikke længere, udgifter til praksisreservelæger, praksiskonsulenter, akut-biler,

helikoptere, lægeambulancer samt bløderudligningsordningen skal ligeledes ikke indgå, og der korrigeres derfor for de regioner, hvor det er indregnet i de tilrettede driftsudgifter

Da udgifter Klinik for Rygmarvsskade på Rigshospitalet er medregnet i de tilrettede driftsudgifter, indgår denne enhed igen under Rigshospitalet ved opgørelse af produktionsværdien.

Grundet ændring i Region Nordjyllands organisatoriske tilhørsforhold for skadestuerne, er der foretaget en korrektion. Korrektionen er neutral på regionsniveau, hvorfor det ikke har betydning på dette niveau, men mellem de nordjyske sygehuse har det en reel betydning for produktivetsniveauet.

Udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling fjernes

Sygehusvæsenets totale driftsudgifter fratrækkes udgifter, der ikke bidrager til den somatiske patientbehandling (skema 4-7). Dette sker for at sikre en ensartet vurdering mellem sygehusene. Udgiftposterne omfatter bl.a. huslejudgifter, leasing, psykiatrisk behandling mv.

Internt finansieret forskning fjernes

Udgifterne til internt finansieret forskning trækkes ud af de tilrettede driftsudgifter, idet de ikke bidrager direkte til den somatiske patientbehandling.

Fra 2008 har Danmarks Statistik overtaget opgaven med at indhente disse oplysninger. Det er disse tal for 2008, 2009 og 2010 som bruges i opgørelsen.

Medicin på ambulante afdelinger korrigeres

Udgifterne til medicin på ambulante afdelinger indgår ikke retvisende i DAGS-produktionsværdien, da forbruget af medicin er uensartet fordelt mellem sygehusene. Der foretages derfor en korrektion. Formålet hermed er, at sygehuse med meget store medicinudgifter ikke skal stilles dårligere i produktivetsmålingerne end sygehuse med relativt lavere medicinudgifter.

Lægemiddelstyrelsen opgør udgifter til medicin på ambulante og stationære afdelinger. Lægemiddelstyrelsens fordeling af udgifterne sendes i validering hos regioner og sygehuse med henblik på at opnå den korrekte fordeling mellem ambulante og stationær aktivitet. Da der på landets sygehuse findes en del serviceafdelinger o. lign. hvor aktiviteten ikke er takstbærende og ikke entydigt kan defineres som værende ambulante eller stationære, benyttes her en fordelingsnøgle, hvor medicinudgifterne fordeles efter aktivitetsfordelingen på hele sygehuset.

Bilag C: Datakvalitet

Det er nødvendigt at tage forbehold for de data, der ligger til grund for de offentliggjorte produktivitetmålinger for sygehusvæsenet på lands-, regions-, amts- og sygehusniveau.

Det har af arbejdsgruppen været tilstræbt at gøre opgørelserne så sammenlignelige som muligt. Selvom de gennemførte korrektioner bidrager til sammenligneligheden er der stadig områder, hvor datakvaliteten kan forbedres og hvor et forbehold i forhold til opgørelser i delrapport VI er berettiget. Nedenfor gennemgås udvalgte områder, der medvirker til datakvalitetsproblemer.

1. De tilrettede driftsudgifter

Forskelligheder i forbindelse med konteringen af driftsudgifterne samt forskellig afgrænsning i forhold til indberetning af disse til skema 1 til 7 kan få betydning for de tilrettede driftsudgifter. Problemets omfang er ikke eksakt kendt, hvorfor det er nødvendigt at tage et forbehold for opgørelserne af de tilrettede driftsudgifter.

Ændringer i regnskabspraksis kan ligeledes påvirke opgørelsen af udviklingen i udgifterne. Det er imidlertid – hvor det har været muligt – forsøgt at korrigere for ændringer i registreringspraksis, således at betydningen heraf neutraliseres. Overgangen fra amter til regioner gjorde denne problemstilling særligt præsent i forbindelse med delrapport IV vedr. udviklingen fra 2006-2007.

Af øvrige generelle forhold, der kan påvirke datakvaliteten kan nævnes forskelle i udgifter til leasing/leje, forskelle i sygehusenes beregninger af træk på sygehusenes psykiatriske og sygehusenes somatiske ressourcer samt forskelle i opgørelser af centrale administrationsudgifter.

Endelig kan der nævnes helt specifikke forhold, der kan bevirke at nogle sygehuse har systematisk højere omkostninger til behandling end andre sygehuse.

2. Produktionsværdien

Hvad angår datakvalitetsproblemer, der relaterer sig til DRG- og DAGS produktionsværdien, knytter disse sig primært til forhold, som der ikke eksplicit er taget højde for i takstsystemet.

Forskelle i patientsammensætningen på tværs af sygehuse og regioner kan påvirke produktivitetmålingerne. Det skyldes, at DRG- og DAGS-systemet afspejler de landsgennemsnitlige omkostninger ved patientbehandling. Derfor kan det forekomme, at produktionsværdien både kan blive overvurderet og undervurderet, hvis patientsammensætningen adskiller sig fra gennemsnittet inden for den enkelte DRG- eller DAGS-gruppe.

Såfremt grupperingslogikken i DRG- og DAGS-systemet f.eks. indebærer, at enkelte komplicerede og sjældent udførte behandlinger ikke grupperes til selvstændige grupper, men indgår i grupper med mindre ressourcekrævende behandlinger, kan det betyde en undervurdering af produktiviteten, hvor disse behandlinger udføres.

Denne problemstilling er særligt aktuell for enheder, der udfører de såkaldte højt specialiserede lands- og landsdelsbehandlinger. Dette kan betyde, at produktionen bliver undervurderet for disse enheder og dermed også påvirke produktiviteten. Omvendt kan produktiviteten overvurderes, hvis en region/sygehus udfører mange mindre ressourcekrævende behandlinger.

Visse behandlinger kan være særligt ressourcekrævende som følge af socioøkonomiske faktorer. Her kan forekomme tilfælde, hvor en patient har en sygdom, som diagnosticeres til en DRG- eller DAGS-gruppe, som er dyrere end den gennemsnitlige behandling i den pågældende DRG- eller DAGS-gruppe. Det er vanskeligt at omfatte behandlingen af disse særlige patienttyper i takstsystemet, idet behandlingerne udføres i begrænset mængde.

Særlige socioøkonomiske forhold kan altså indebære, at nogle sygehuse systematisk behandler patienter, men hvor behandlingen er dyrere end gennemsnittet i DRG-gruppen, hvorved produktiviteten undervurderes. Andre gange vil der imidlertid være patienter, der er billigere at behandle end gennemsnittet, og her vil produktiviteten blive overvurderet. Socioøkonomiske forhold kan således alene påvirke produktiviteten, hvis der er en overvægt af patienter, der er henholdsvis dyrere/billigere at behandle end gennemsnittet.

Antallet af sengedage, for de enkelte patienter, kan også påvirke produktiviteten. DRG- og DAGS-taksterne søger at angive ressourcetrækket ved indlæggelse op til et begrænset antal sengedage. Har patienten behov for at ligge længere på sygehuset, tildeles sygehuset en langliggertakst pr. ekstra dag patienten ligger på sygehuset. Langliggertaksten er ens for alle patienttyper og er ikke omkostningsbestemt. Dette forhold kan forventes særligt at kunne påvirke produktiviteten negativt for sygehuse, der har systematisk flere ældre patienter end andre sygehuse.

Eksempelvis vil sygehuse – ofte mindre sygehuse – med relativt mange medicinske patienter, der er indlagt i særlig lang tid, få produktiviteten undervurderet. Omvendt kan produktiviteten overvurderes, hvis et sygehus eller en region har mange patienter med meget kort liggetid.

Ud over faktiske forskelle i patientsammensætningen, kan der endvidere være forskelle i registreringspraksis, som vil kunne føre til en systematisk over- eller undervurdering af de enkelte sygehuses produktionsværdi.

Det er således sammenfattende nødvendigt at tage forbehold for, at systematiske forskelle i patientsammensætning eller registreringspraksis kan have betydning for de opgjorte produktionsværdier og derfor også de opgjorte produktivetsmålinger.