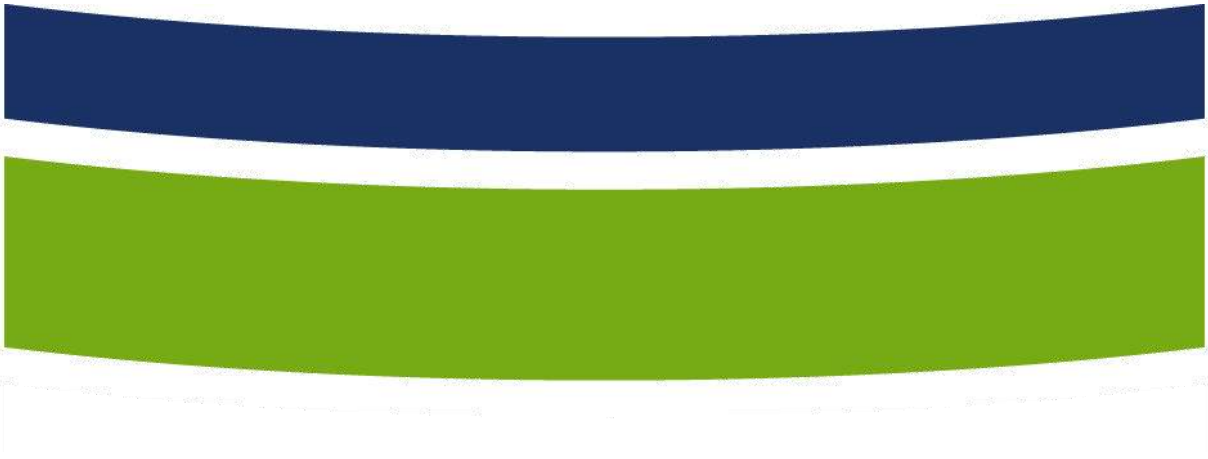
LØBENDE OFFENTLIGGØRELSE AF PRODUKTIVITET I SYGEHUSSEKTOREN

(VI delrapport)

Udviklingen fra 2008 til 2009



Danske Regioner
Finansministeriet
Indenrigs- og Sundhedsministeriet

December 2010

Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (VI delrapport)

Udviklingen fra 2008-2009

Danske Regioner
Finansministeriet
Indenrigs- og Sundhedsministeriet

December 2010

Indholdsfortegnelse

1. Derfor produktivitetsmålinger 4
1.1 Indledning 4
1.2 Måling af produktivitet i sygehussektoren 5
2. Resultater 8
2.2 Resultater på landsplan 8
2.3. Resultater på regionsniveau 2008-2009 10
2.4 Den historiske udvikling på regionsniveau. 13
2.4 Resultater på sygehusniveau 15
3. Metode og validering 23
3.1 Gennemgang af metoden anvendt til produktivitetsmåling 23
3.2 Validering af datagrundlag og datakvalitet 26
Bilag A: Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen 28

1. Derfor produktivitetsmålinger

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 2011 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 diagnoseniveau).

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 Indenrigs- og Sundhedsministeriet (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 sjette år i træk (dog kun for femte år i træk på sygehusniveauet).

I lighed med tidligere års målinger opgøres produktiviteten på lands-, regions- og sygehusniveau ved anvendelse af omkostningsbrøkmetoden. 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 Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Det har været et gennemgående hensyn i arbejdsgruppen, at den samme opgørelsesmetode anvendes til produktivitetsmålingerne 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 produktivitetsmålingerne, at forsøge at anvende en relativ simpel opgørelsesmetode for herved at sikre gennemsigtighed 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 det bedst mulige 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 produktivitetsniveauet 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 sjette delrapport er det således sjette år i træk, at der of-

fentliggøres systematiske opgørelser af produktivitet i sygehussektoren[1] 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 omkostningsbrøkmetoden. 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. Produktivitetsopgørelsen er således at betragte som et mål for omkostningseffektivitet. Det er et bevidst, men væsentligt hensyn i produktivitetsmålingerne at anvende en relativ simpel opgørelsesmetode. Herved sikres gennemsigtighed i målingerne.

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

Opgørelserne af produktivitetsudvikling kan bl.a. anvendes som pejlemærke for, om det enkelte sygehus eller region bevæger sig i den ønskede retning over tid. Produktivitetsniveauet 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 produktivitetsmålinger ligeledes har sine begrænsninger. Produktivitetsmålinger er udelukkende et udtryk for omkostningseffektiviteten på de danske sygehuse. Produktivitetsmålinger 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.

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

2. Resultater

2.2 Resultater på landsplan

Med denne sjette 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.

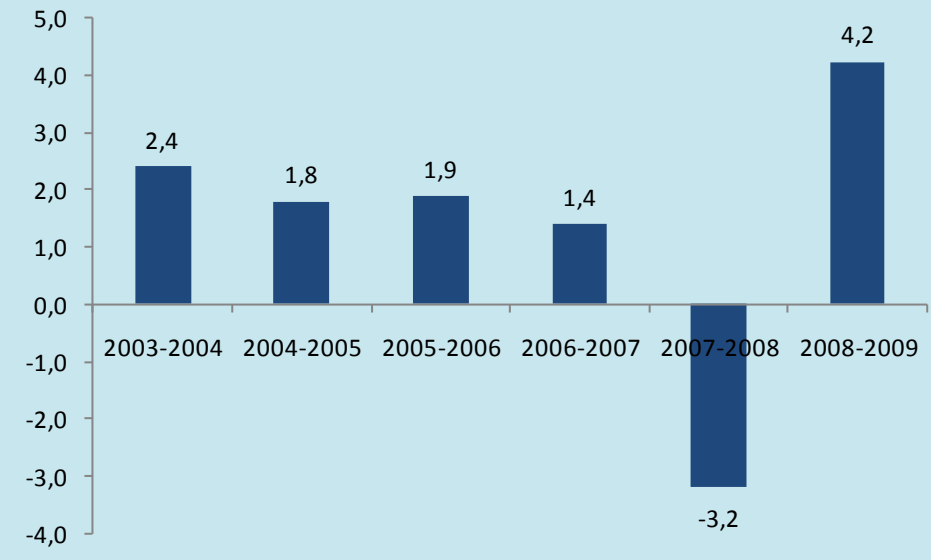
I årene 2003- 2007 var der på landsplan år for år en positiv udvikling i produktiviteten på landets offentlige sygehuse. Denne udvikling blev brudt i 2008, idet produktiviteten fra 2007 til 2008 faldt med 3,2 pct. jf. figur 2.1. En væsentlig årsag til dette produktivitetsfald var konflikten, der ramte sundhedsområdet i foråret 2008[2].

Produktivitetsudviklingen på landsplan var fra 2008 til 2009 på 4,2 pct., jf. figur 2.1. Sygehussektoren har således haft en positiv produktivitetsudvikling, ligesom det var tilfældet i mellem hvert af årene fra 2003 til 2007.

At stigningen fra 2008 til 2009 ligger på 4,2 pct. og væsentligt over den gennemsnitlige produktivitetsudvikling fra 2003 til 2007, skal ses i lyset af produktivitetsfaldet på 3,2 pct. fra 2007 til 2008.

[2] *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, 2003-2009.



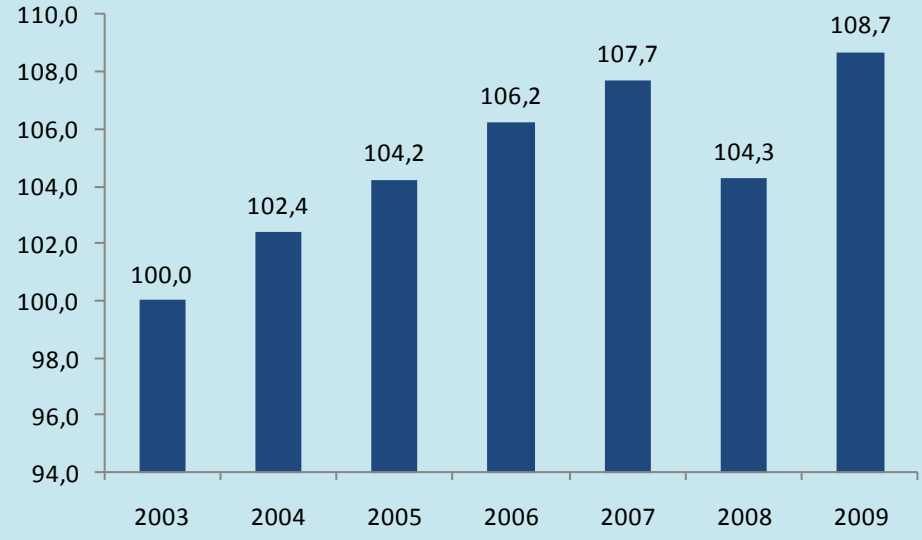
Anm.: Sundhedsområdet var i foråret 2008 ramt af en otte ugers konflikt. Det betød bl.a. at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud pga. aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehusene blev ramt af strejken i forskelligt omfang

Sammenholdes udviklingen fra 2003 og frem til 2009 fremgår det, at man i 2009 havde forbedret produktiviteten med 8,7 pct. i forhold til i 2003, jf. figur 2.2.

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.

Den gennemsnitlige produktivitetsstigning lå på 1,9 pct. i gennemsnit i årene 2003-2007. Med produktivitetsstigningen i 2009 er produktivitetsniveauet dette år kun 1,0 pct. point over 2007-niveauet, jf. figur 2.2.

Figur 2.2: Akkumuleret produktivitetsudvikling, 2003-2009, indeks 2003 = 100

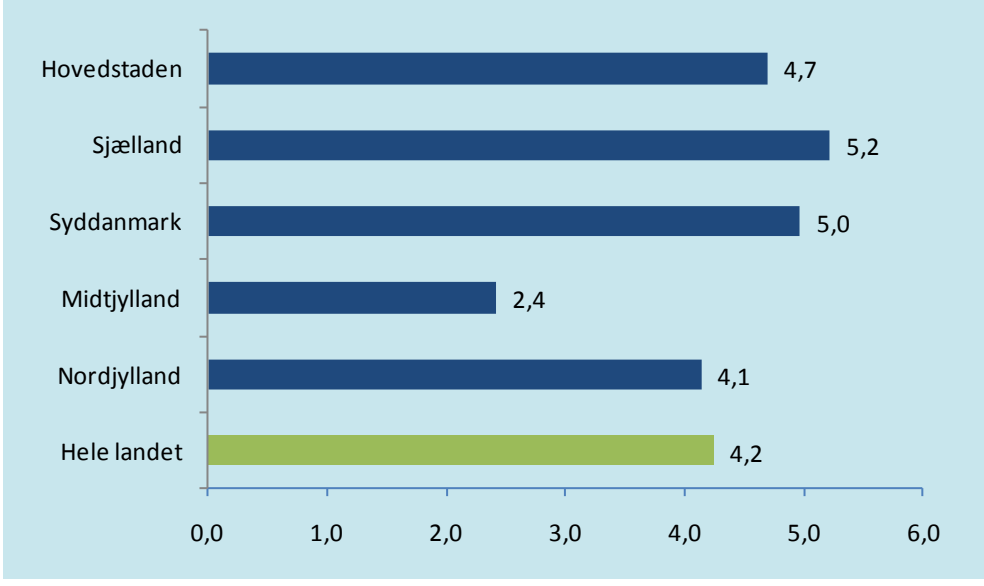


Anm.: Sundhedsområdet var i foråret 2008 ramt af en otte ugers konflikt. Det betød bl.a. at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud pga. aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehusene blev ramt af strejken i forskelligt omfang.

2.3. Resultater på regionsniveau 2008-2009

En sammenligning på tværs af regioner viser en stor spredning i produktivitetsudviklingen, der fra 2008 til 2009 har ligget på mellem 2,4 og 5,2 pct., jf. figur 2.3.

Figur 2.3: Produktivitetsudvikling på regionsniveau, 2008-2009, i procent.

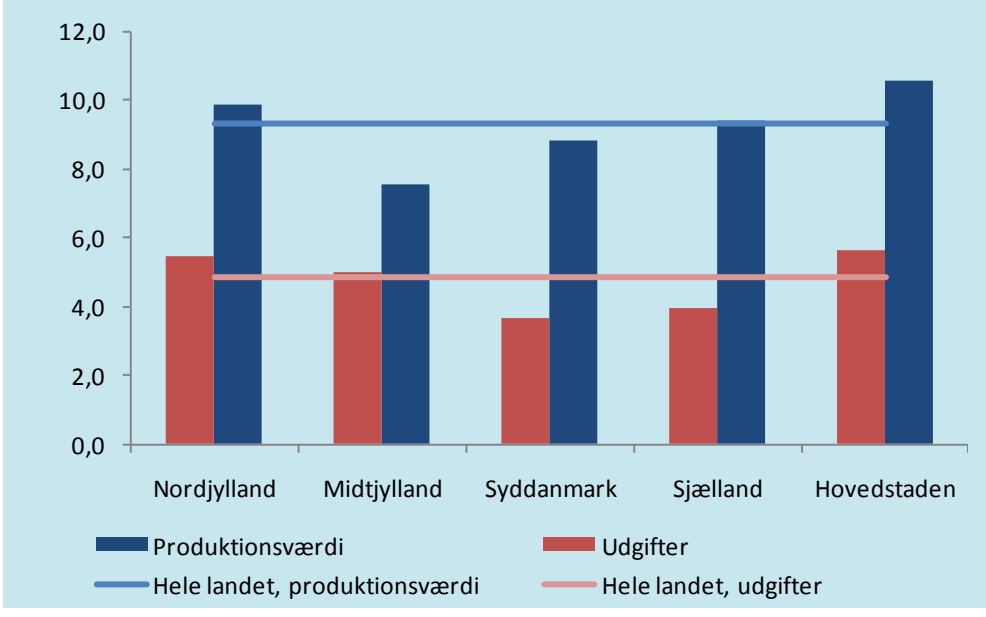


Bag forskellene ligger betydelige regionale forskelle i udgiftsudviklingen, som varierer mellem 3,7 pct. og 5,6 pct. Væksten i produktionsværdien er også forskellig på tværs af regionerne, og er på mellem 7,6 og 10,6 pct., jf. tabel 2.1.

Tabel 2.1: Udviklingen i produktion, udgifter og produktivitet 2008-2009, samt produktivitetsniveau for 2009.

	Udvikling fra 2008-2009, i procent			2009
Region	**Produktions-værdi**	**Udgifter**	**Produktivitet**	**Produktivitets-niveau**
Hovedstaden	10,6	5,6	4,7	97
Sjælland	9,4	4,0	5,2	98
Syddanmark	8,8	3,7	5,0	105
Midtjylland	7,6	5,0	2,4	102
Nordjylland	9,9	5,5	4,1	97
Hele landet	9,3	4,9	4,2	100

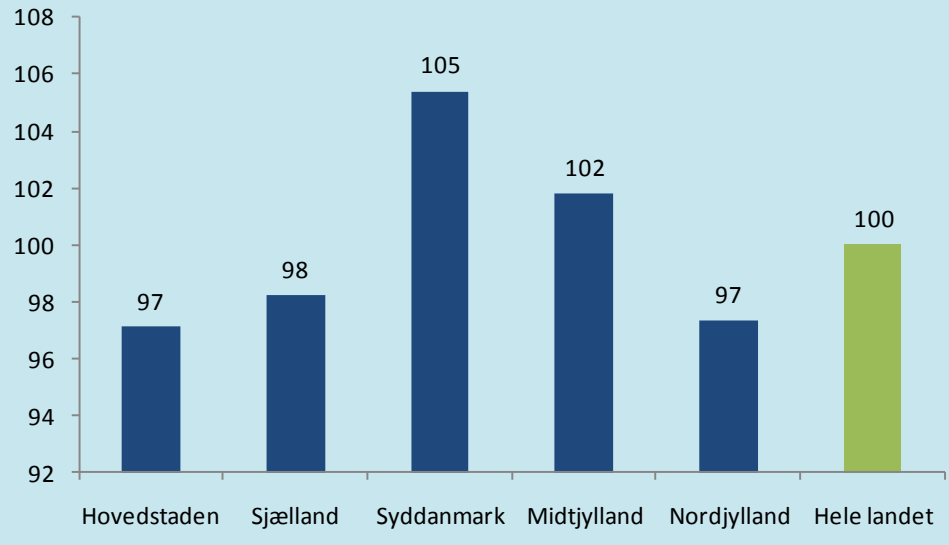
Figur 2.4: Udviklingen i produktionsværdi og udgifter (i pct.), 2008-2009



Sammenhængen mellem aktivitetsvækst og udgiftsvækst er ikke entydig på tværs af regionerne, jf. figur 2.4

I lighed med tidligere år kan der konstateres forskelle i regionernes produktivitetsniveauer. Region Syddanmark havde, med et produktivitetsniveau på 5 pct. over landsgennemsnittet, den højeste produktivitet i 2009. Region Hovedstaden og Region Nordjylland havde, med et produktivitetsniveau på 3 pct. under landsgennemsnittet, det laveste produktivitetsniveau jf. figur 2.5.

Figur 2.5: Produktivitetsniveau på regionsniveau, 2009.



2.4 Den historiske udvikling på regionsniveau.

I perioden 2003 til 2007 var den gennemsnitlige årlige stigning i produktiviteten ca. 1,9 pct. Fra 2008 til 2009 var stigningen på 4,2 pct., men kombineret med faldet på 3,2 pct.[3] fra 2007 til 2008 er den gennemsnitlige stigning for hele perioden fra 2003 til 2009 på 1,4 pct., jf. tabel 2.2.

[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*.

Tabel 2.2: Produktivitetsudviklingen i regionerne, årligt fra 2003-2009

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

[1)] Den gennemsnitlige årlige udgiftssudvikling fra 2003 til 2009 er beregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2009.

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.

Tabel 2.3: Udgiftsudviklingen i regionerne, årligt fra 2003-2009

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

[1)] Den gennemsnitlige årlige udgiftssudvikling fra 2003 til 2009 er beregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2009.

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.

Tabel 2.4: Udviklingen i produktionsværdien i regionerne, årligt fra 2003-2009

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

) Den gennemsnitlige årlige udvikling i produktionsværdien fra 2003 til 2009 er beregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2009.

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 2009 har der på landsplan været en gennemsnitlig udgiftsstigning på 2,7 pct. I Region Syddanmark har den gennemsnitlige stigning ligget på 2,2 pct., dvs. 0,5 pct. point under landsgennemsnittet, mens den i Region Midtjylland har ligget på 3,3 pct., jf. tabel 2.3.

Produktionsværdien steg på landsplan med 9,3 pct. fra 2008-2009, jf. tabel 2.4. Dette dækker over en spredning på tværs af regioner, på 3 pct. point. I Region Midtjylland steg produktionsværdien med 7,6 pct., mens den i Region Hovedstaden steg med 10,6 pct.

2.5 Resultater på sygehusniveau

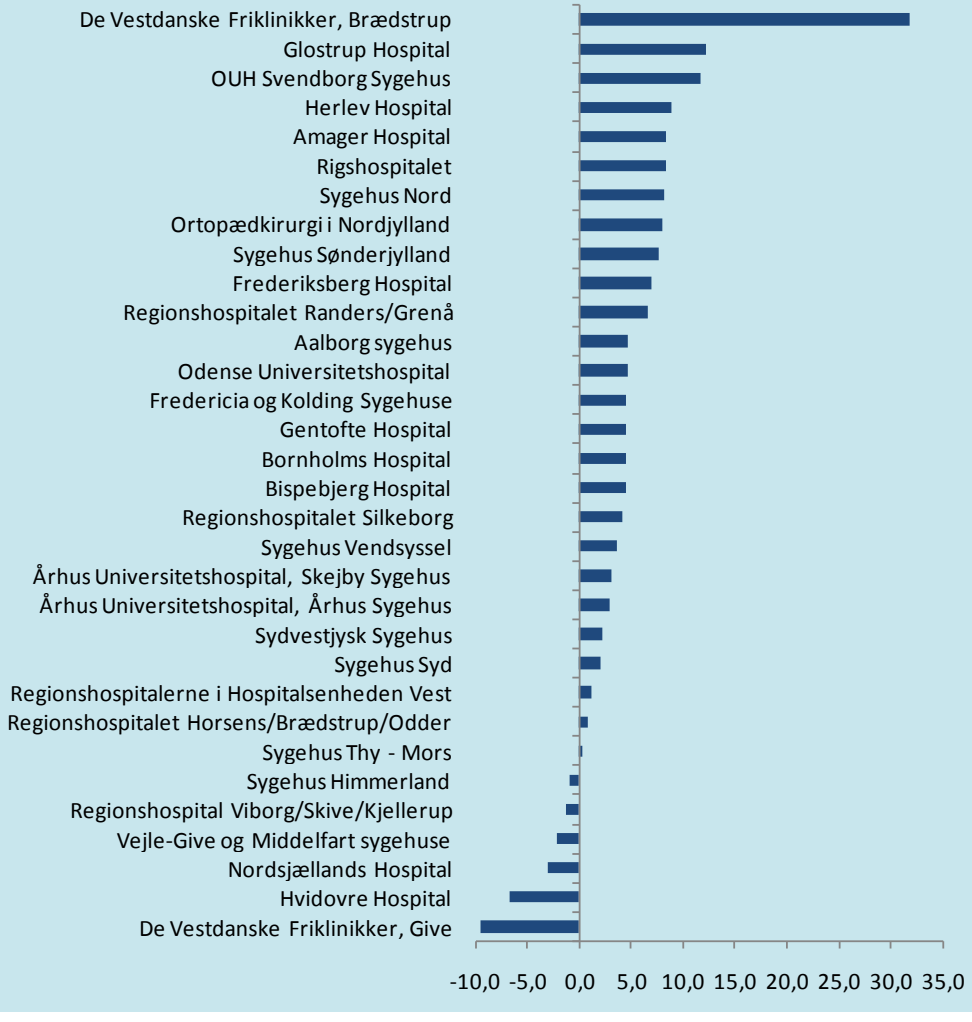
Der kan, både hvad angår produktivitetsniveauet for 2009 og produktivitetsudvikling fra 2008 til 2009, konstateres betydelige forskelle mellem sygehusene, jf. tabel 2.5.

Tabel 2.5: Udviklingen i produktivitet 2008-2009, samt produktivitetsniveauet 2009. På sygehusniveau.

	Udvikling, 2008-2009, pct.			Produktivitetsniveau
Sygehus	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2009
Rigshospitalet	12,4	3,8	8,3	99
Bispebjerg Hospital	14,1	9,2	4,5	100
Hvidovre Hospital	18,3	26,9	-6,8	98
Amager Hospital	-21,6	-27,6	8,3	97
Frederiksberg Hospital	8,9	1,7	7,0	97
Gentofte Hospital	13,7	8,7	4,6	97
Glostrup Hospital	-1,7	-12,4	12,2	101
Herlev Hospital	18,0	8,4	8,8	102
Nordsjællands Hospital	4,9	8,1	-3,0	89
Bornholms Hospital	7,0	2,4	4,5	72
Sygehus Syd	6,6	4,5	2,1	92
Sygehus Nord	12,0	3,5	8,2	105
Odense Universitetshospital	8,9	4,1	4,6	101
OUH Svendborg Sygehus	8,4	-2,9	11,6	105
Sygehus Sønderjylland	5,4	-2,1	7,7	98
Sydvestjysk Sygehus	4,7	2,5	2,2	106
Fredericia og Kolding Sygehuse	10,0	5,2	4,6	113
Vejle-Give og Middelfart sygehuse	13,2	15,6	-2,1	120
De Vestdanske Friklinikker, Give	99,7	120,5	-9,4	161
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	15,7	-12,2	31,8	142
Regionshospitalet Horsens/Brædstrup/Odder	3,5	2,7	0,8	106
Regionshospitalerne i Hospitalsenheden Vest	4,5	3,4	1,1	97
Regionshospitalet Silkeborg	1,8	-2,4	4,2	106
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	10,9	7,7	3,0	99
Regionshospitalet Randers/Grenå	9,5	2,8	6,5	115
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	8,1	4,8	3,1	103
Regionshospital Viborg/Skive/Kjellerup	7,0	8,5	-1,4	97
Sygehus Thy - Mors–	7,9	7,6	0,2	89
Aalborg sygehus	10,5	5,6	4,7	98
Sygehus Vendsyssel	7,3	3,6	3,6	103
Sygehus Himmerland	6,6	7,5	-0,9	88
Ortopædkirurgi i Nordjylland	13,5	5,2	7,9	97
Hele landet	9,3	4,9	4,2	100

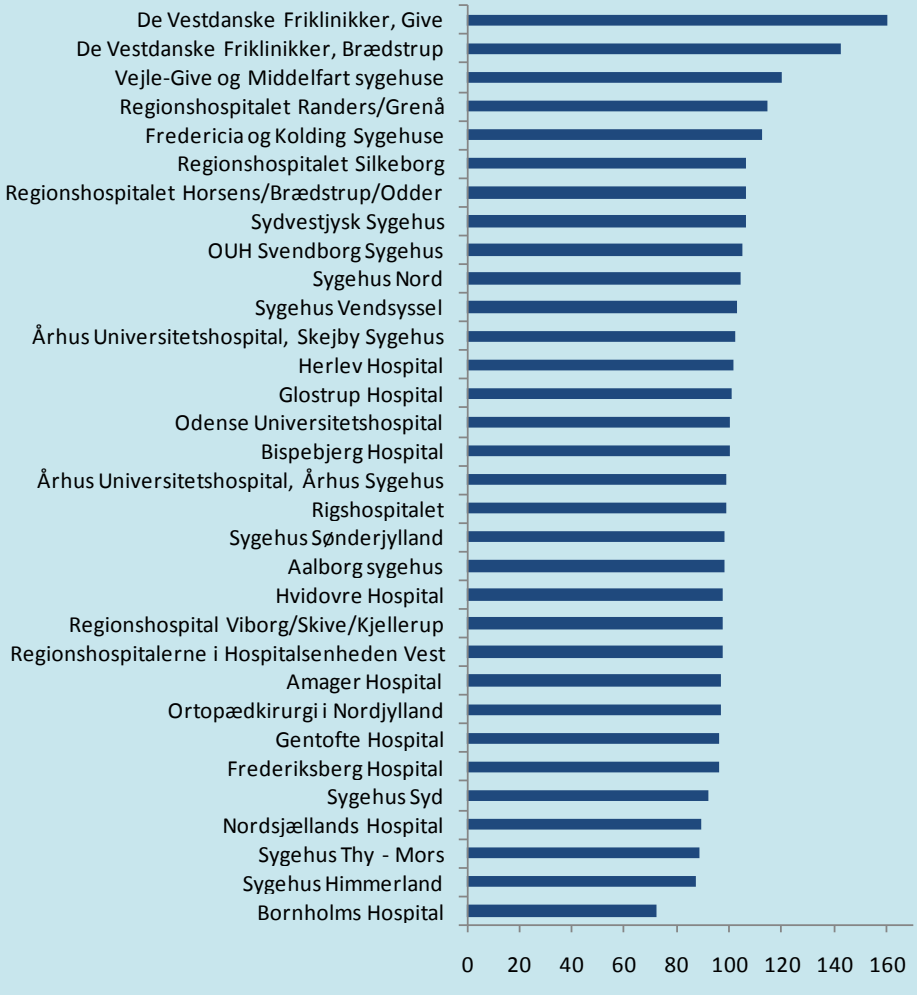
Udviklingen i produktiviteten har på tværs af sygehuse varieret fra en stigning på ca.12 pct. til et fald på ca. 6,8 pct. når der ses bort fra De Vestdanske Friklinikker. På 26 ud af 32 sygehuse var der en positiv produktivitetsudvikling fra 2008 til 2009, jf. figur 2.6.

Figur 2.6: Udviklingen i sygehusenes produktivitet, 2008-2009, procent.



Hvad angår produktivitetsniveauet er der en variation på ca. 32 pct. point mellem sygehusene, når der ses bort fra De Vestdanske Friklinikker og Bornholms Hospital, jf. figur 2.7. Det skal bemærkes, at en højere produktivitetsstigning end landsgennemsnittet ikke nødvendigvis medfører et stigende produktivitetsniveau fra år til år, jf. boks 3.3. Dette skyldes tekniske forhold.

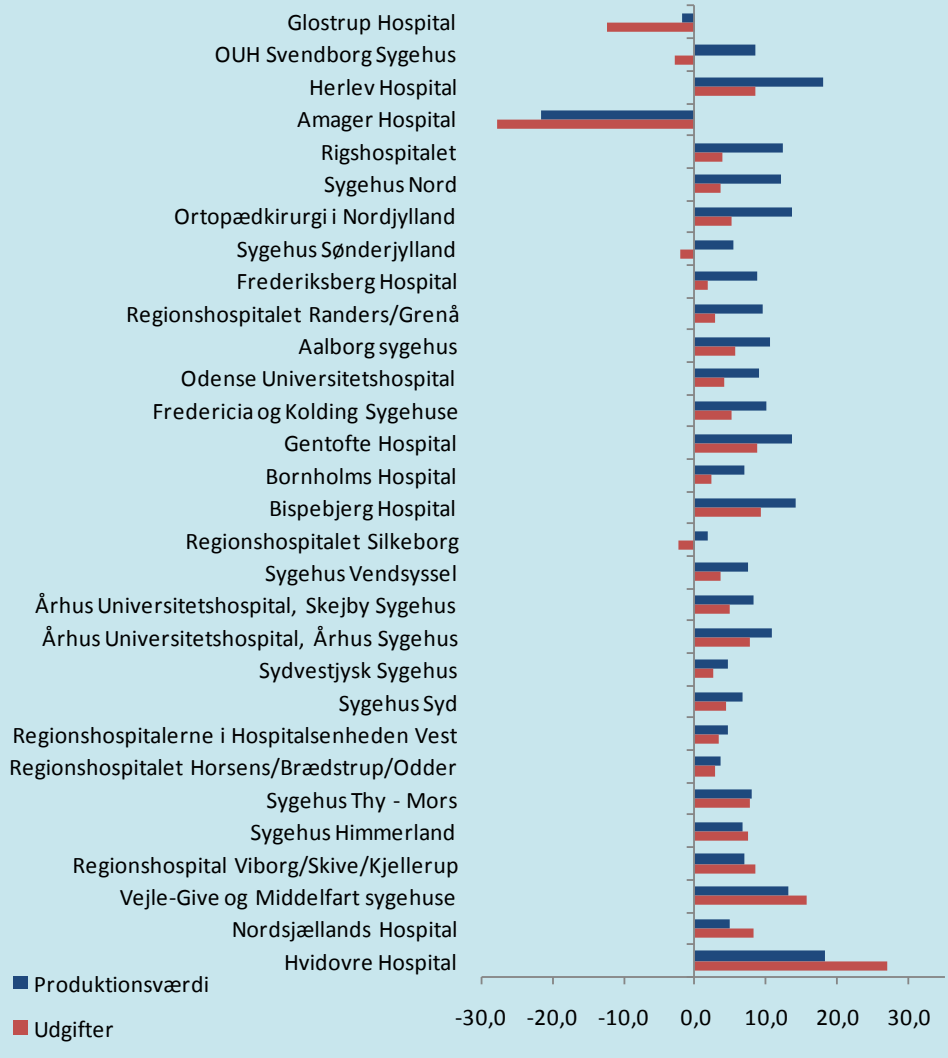
Figur 2.7: Sygehusenes produktivitetsniveau (hele landet = 100), 2009.



En sammenligning af udviklingen i udgifter og aktivitet på tværs af sygehusene viser meget forskellige tendenser. Nogle af landets sygehuse har fra 2008 til 2009 haft et fald i udgifterne, og enten et mindre fald eller en stigning i aktiviteten, mens størstedelen har haft stigninger i både aktivitet og udgifter, jf. figur 2.8.

Figur 2.8: Udviklingen i produktionsværdi og udgifter (i pct.), 2008-2009.

Sorteret efter produktivitetsudviklingen 2008-2009, faldende.



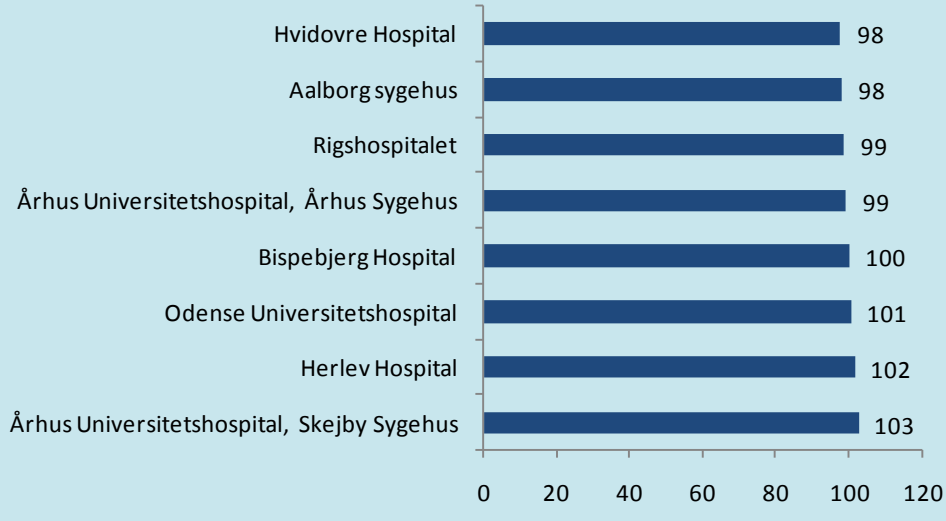
Note: De Vestdanske Friklinikker, Give og Brædstrup er udeladt af denne figur.

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.

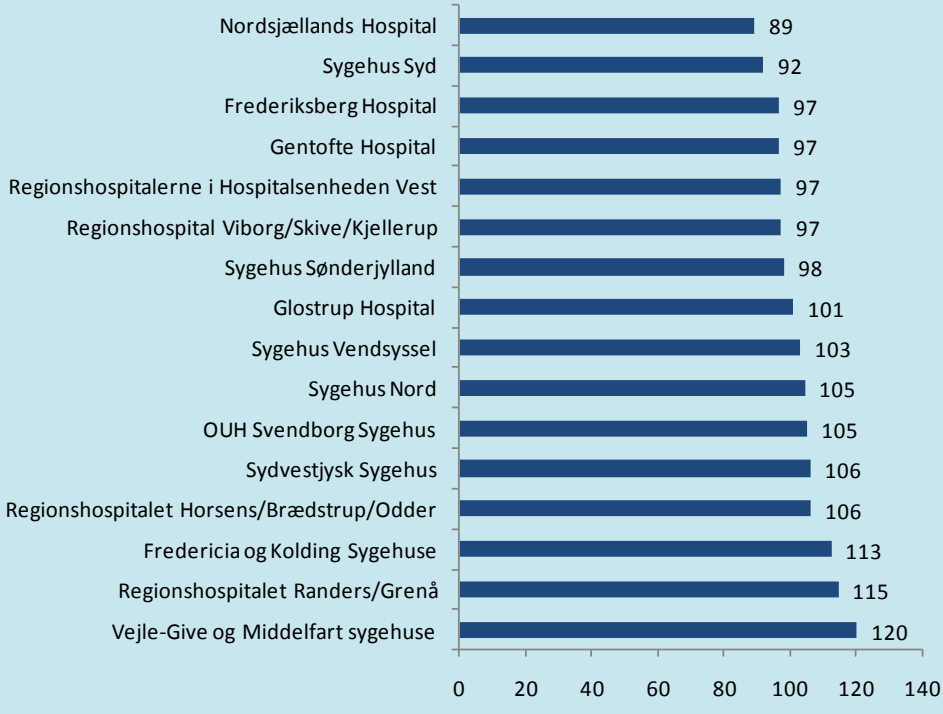
Af figur 2.9 fremgår produktivitetsniveauet for landets universitetshospitaler, da disse har en række fællestræk. De resterende sygehuse er inddelt på baggrund af størrelsen af sygehusenhedernes produktionsværdi i 2009.

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 2.9: Produktivitetsniveau for universitetssygehuse, 2009
Indeks landsgennemsnit =100

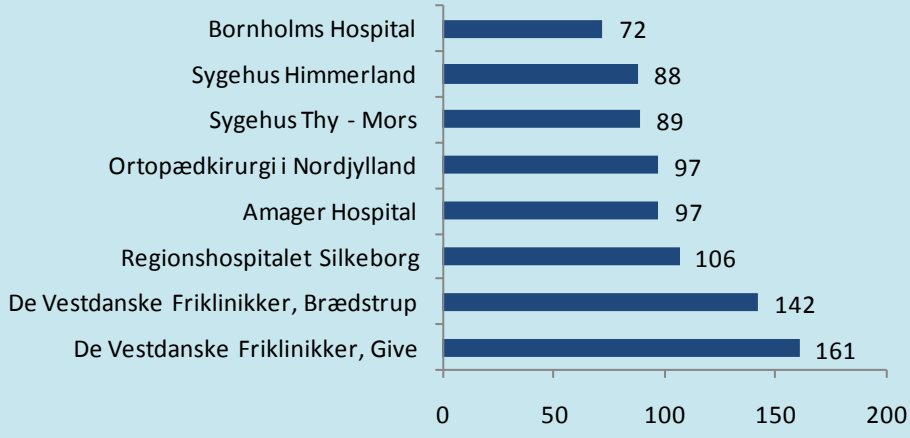


Figur 2.10: Produktivitetsniveau for store og mellemstore sygehuse, 2009
Indeks landsgennemsnit= 100



Note: Store og mellemstore sygehuse er udvalgt som de 16 sygehuse med højest produktionsværdi i 2009 (ekskl. universitetshospitaler).

Figur 2.11: Produktivitetsniveau for mindre sygehusenheder 2009, Indeks landsgennemsnit = 100



Note: Små sygehuse er udvalgt som de 8 sygehuse med lavest produktionsværdi i 2009.

3. Metode og validering

3.1 Gennemgang af metoden anvendt til produktivitetsmåling

Som det tidligere er omtalt, opgøres produktiviteten ved anvendelse af omkostningsbrøkmetoden. 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 begunstiget 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 behandlingers kompleksitet og derfor ressourceforbrug, er velegnet til at sammenligne ydelserne på forskellige sygehuse.

Det bør i denne forbindelse nævnes, at der også er forhold, som DRG-systemet og taksterne ikke umiddelbart tager højde for. For at sikre, at opgørelse af behandlingernes værdi 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 produktivitetsmålingerne 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 korrektioner af sygehusenes totale driftsudgifter. I produktivitetsopgørelserne 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 patient behandling**
– 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 2008 og 2009. 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 produktivitetsberegningerne neutraliseres, jf. boks 2.2.

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 produktivitetsudviklingen fra år til år, ligesom også produktivitetsniveauet opgøres og sammenlignes på tværs af regioner og sygehuse, jf. boks 3.3.

Boks 3.3: Manglende sammenhæng mellem produktivitetsudvikling og produktivitetsniveau

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

Til beregning af produktivitetsudviklingen fra 2008 til 2009 benyttes DRG-takster for 2009 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 2009 altså også anvendes på aktiviteten for 2008, vil der ikke være fuldstændig overensstemmelse mellem produktivitetsopgørelsen for 2008 i delrapport V, hvor 2008-taksterne er anvendt og den tilsvarende opgørelse for 2008 beregnet på baggrund af 2009-taksterne (som i denne delrapport VI). For de sygehuse, hvor den korrigerede produktionsværdi er mindsket, som følge af anvendelsen af taksterne for 2009, vil en genberegning af produktivitetsniveauet for 2008 således være relativt mindre, end det fremgår af delrapport V.

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

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

Produktivitetsniveauet 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 produktivitetsopgørelserne, 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. Indenrigs- og Sundhedsministeriet modtog primo september 2010 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 VI.

Metoden baserer sig på, at det er aktiviteten på de enkelte sygehusafdelinger, som er bestemmende for, om medicinforbruget på afdelingerne klassificeres som ambulant 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 produktivitetsanalyser på sundhedsområdet
Indenrigs- og Sundhedsministeriet har primo september 2005 offentliggjort en pjece om systematiske og offentligt tilgængelige produktivitetsmålinger på sundhedsområdet. Disse målinger skal skabe åbenhed og synlighed om produktivitetsforholdene i det danske sundhedsvæsen.

Af aftale om strukturreformen fremgår, at "systematiske og offentligt tilgængelige produktivitetsanalyser 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 produktivitetsmålinger på sundhedsområdet".

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

Arbejdsgruppen skal bl.a.:

- Udvikle forslag til ensartede, systematiske produktivitetsmålinger og analyser på regions-, sygehus-, afdelings- eller andet niveau på sygehusområdet.
- Udvikle en generel, obligatorisk model for løbende offentliggørelse af produktivitetsmålingerne for sundhedsvæsenet på Internettet.
- Opstille retningslinjer, så registrering og indberetning af systematiske oplysninger om aktivitet og omkostninger er egnet til anvendelse bl.a. ved produktivitetsmålinger, herunder sammenligning af produktivitet mellem forskellige enheder.
- Undersøge og vurdere, hvorledes der ved en systematisk anvendelse og udbredelse af produktivitetsmålinger kan opnås produktivitetsforbedringer 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 Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand).

Offentliggørelsen af produktivitetsmålinger 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 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, formand)
Fuldmægtig Kathrine Støvring Nielsen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)
Stud.polit. Rasmus Aagaard-Jensen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet) udtrådt oktober 2010
Akademisk medarbejder Signe Elholm (Indenrigs- og Sundhedsministeriet) indtrådt maj 2010
Kontorchef Malene Højsted Kristensen (Danske Regioner)
Konsulent Marie Bussey Rask (Danske Regioner)
Sygehusdirektør Jens Ole Skov (Region Nordjylland)
Kontorchef Simon Andersen (Region Nordjylland)
Kontorchef Leif Paul Christensen (Region Midtjylland)
Kontorchef Morten Helleberg Christiansen (Region Midtjylland)
Specialkonsulent Laurits Thomsen (Region Midtjylland)
Afdelingschef Jan Højgaard Funder (Region Syddanmark), indtrådt maj 2010
Fuldmægtig Jørn Frydendall (Region Syddanmark)
Vicedirektør Anders Maarbjerg (Region Sjælland)
Økonomichef Lene Jørndrup (Region Sjælland)
Budgetchef Søren Helsted (Region Hovedstaden)
Specialkonsulent Liselotte Oldelund Pedersen (Region Hovedstaden), indtrådt maj 2010
Specialkonsulent Søren Varder (Finansministeriet)
Specialkonsulent Charlotte Hougaard Møller (Finansministeriet), indtrådt maj 2010

Bilag B: Dokumentation

1. Indledning og formål

I dette bilag redegøres der for, hvordan opgørelserne for produktivitetsniveauet i 2009 samt produktivitetsudviklingen fra 2008 til 2009 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 brøkmetoden. 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 produktivitetsudviklingen og produktivitetsniveauet på følgende måde.

Beregning af produktivitetsudviklingen

Produktivitetsudviklingen beregnes som den procentvise ændring i produktiviteten fra 2008 til 2009, i det produktiviteten i et givet år opgøres, som forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi og de korrigerede tilrettede driftsudgifter. Konkret benyttes følgende formel:

$$\text{Produktivitetsudvikling} = \frac{\text{Produktivitet}_{09} - \text{Produktivitet}_{08}}{\text{Produktivitet}_{08}} * 100$$

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

Beregning af produktivitetsniveauet

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

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

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 Indenrigs- og Sundhedsministeriets eSundhed, ved en afgrænsning til sygehusudskrivninger, dog trækkes aktiviteten på enkelte afdelinger ud. Disse afdelinger er Montebello (under Gentofte), Klinik for Rygmarvsskader i Hornbæk (under Rigshospitalet) og Garantiklinikken under Sygehus Syd i Region Sjælland. Endvidere indgår Regionshospitalet Hammel Neurocenter i Region Midtjylland ikke i opgørelsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet opgør den ukorrigerede produktionsværdi ved trækning i det grupperede Landspatientregister. Opgørelse af aktiviteten i 2008 og 2009 er baseret på årsopgørelserne, dvs. Landspatientregistret hhv. pr. 10. marts 2009 og 10. april 2010.

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 produktivitetsmålingerne 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. cancertakst. Konkret foretages korrektionen på følgende måde:

- observationer slettes hvis der grupperes til proceduregrupperne PG12C: "kemoterapi, højdosis", PG12D: "kemoterapi, kompliceret", PG12E: "kemoterapi, basis", PG12F: "kemoterapi, kompliceret og antistofbehandling", PG12G: "kemoterapi, basis og antistofbehandling" eller PG12H: "antistofbehandling" uden at der er registreret et besøg.
  Taksten sættes derimod til besøgstaksten + cancertakst (1.255+750, i DAGS09-takster), hvis der samtidig er registreret et besøg.

- observationer slettes hvis der grupperes til proceduregrupperne PG12I: "Brachyterapi", PG12J: "biologisk modificerende stof", PG12K: "behandling med ciclosporin" eller PG12O: "Botulinumtoksin-injektion" eller til diagnosegruppen DG30B: "HIV- infektion" uden at der samtidig er registret et besøg.
  Taksten sættes derimod til besøgstaksten (1.255 i DAGS09-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 produktivitetsopgørelsen 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 sygehusud-

skrivninger, 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 sygehusene ikke påvirker produktivitetsmålingen.

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 sygehusorganisering[4].

[4] Normeringsfaktoren er i 2008 og 2009 hhv. 1,008814 og 1,005393.

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

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

Sygehus, som defineret i produktivitetsopgørelse	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
Regionshospitalerne 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 Indenrigs- og Sundhedsministeriet de korrigerede tilrettede driftsudgifter.

De tilrettede driftsudgifter, opgjort via skema 1-7, indberettes af sygehusene til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 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 produktivitetsmålingen 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 patient behandling**
–	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. 2008 og 2009

I forbindelse med udarbejdelsen af indeværende rapport har der i arbejdsgruppen været enighed om i år at trække udgifter til hospice ud. Dette skyldes forskellig indberetningspraksis på tværs af regionerne og behovet for en nærmere analyse af området.

En indberetningsfejl har medført, at der for Region Syddanmark i 2009 indarbejdes udgifter vedr. servicefunktioner. Korrektionen har betydet at regionens tilrettede driftsudgifter er løftet med 46,3 mio. kr. i 2009.

En indberetningsfejl i Region Midtjylland har betydet, at det har været nødvendigt at foretage en korrektion vedr. bløderudligningsordningen i 2008 og 2009. Korrektionen har ikke påvirket regionens samlede driftsudgifter, men alene fordelingen indbyrdes på regionens sygehuse.

Indberetningsfejl i Region Hovedstaden har medført at der er korrigeret i skema 6 og 7 i 2009 samt for praksisreservelæger i skema 2 for både 2008 og 2009. Korrektionen har betydet at de samlede driftsudgifter for 2008 er steget med 33,9 mio. kr. og i 2009 er stigningen på 22,5 mio. kr.

Grundet ændring i Region Nordjyllands organisatoriske tilhørsforhold for skadestuerne, er der foretaget en korrektion. Korrektionen er neutral på regionsniveau, hvorfor det ikke har indflydelse på tallene opgjort i nærværende rapport.

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. Udgiftsposterne omfatter bl.a. huslejeudgifter, 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 og 2009 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 produktivitetsmålingerne 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 ambulant 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 ambulant eller stationær, 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 produktivitetsmålinger 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 produktivitetsmålingerne. 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 aktuel 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 produktivitetsmålinger.