

NOTAT



Produktivitetsmåling i Region Midtjylland

Med økonomaftalen mellem amterne og regeringen blev det i 2005 aftalt at gennemføre systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger på sundhedsområdet. På den baggrund blev der nedsat en arbejdsgruppe bestående af Danske Regioner, H:S, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Skævvridning af produktivetskravet og det forudgående analysearbejde er baseret på erfaringer og resultater fra landsdækkende produktivetsmålinger udarbejdet af arbejdsgruppen for de forgange år.

Det endelige talmateriale vil naturligvis blive stillet til rådighed for hospitalerne.

Validering af tal vedr. produktivetsmålinger på hospitalsniveau

I forbindelse med takststyring og skævvridning af ½ % i produktivetskrav har DRG og Takster igangværende arbejde med det tidligere offentliggjorte produktivetsmateriale.

Hospitalerne i Region Midtjylland har blandt andet ydet bistand i forhold til validering af produktivetsmålinger på landsplan.

Det skal understreges, at hospitalerne ikke har deltaget i udarbejdelsen af notatet. Endvidere har Regionshospitalet Viborg ikke været involveret i det igangværende analysearbejde omkring korrektion for et sygehusnummer – flere matrikler.

Dato: 10. december 2007

Sagsbehandler:

Henrik Strøm

Tlf. nr.: 8728 4514

E-mail:

Henrik.stroem@stab.rm.dk

Sagsnr.:

Side 1

DRG-systemet som redskab til måling af produktionsværdi

I målingen opgøres produktiviteten på regions-, amts- og hospitalsniveau. Målingerne viser en betydelig variation i produktiviteten mellem enhederne på alle tre niveauer.

Målingerne skal således tages med forbehold. På det overordnede niveau som regioner og amter kan målingerne være udmærkede, men på hospitalsniveau skal der tages forbehold overfor eksempelvis strukturelle forskelle.

Produktivitetsmålinger er et godt redskab til at sammenligne forskellige enheder og til at belyse forskelle mellem enhederne. Målingerne er et godt udgangspunkt til at stille spørgsmål til nærmere analyse og til at udveksle erfaringer vedrørende arbejdsgange, organisering osv. mellem de forskellige enheder.

Dette betyder også, at produktivitetsmålingerne ikke kan stå alene, men skal følges op med andre nøgletal og forklaringer på de relevante spørgsmål.

Derfor skal det også sikres, at produktivitetsmålingerne indgår i en forbedringsproces, som kan fortælle hospitalerne hvor potentialet for forbedringer findes.

Datakvalitet gælder både ift. udgiftssiden og værdisiden

Resultaterne skal dog tages med forbehold, da der er mange forskellige mulige forklaringer på forskelle i produktiviteten. Jo lavere organisatoriske niveau der måles på – dvs. hospitaler og specielt på afdelinger – jo større varsomhed skal målingerne anvendes med.

Der er gjort et stort arbejde omkring datakvaliteten, men der er stadig et stykke vej. Der arbejdes løbende på at forbedre kvaliteten af det bagvedliggende datamateriale. Det er både gennem specifikke tiltag møntet på måling af produktiviteten samt gennem andre tiltag, der har en afledt effekt på kvaliteten af datagrundlaget. I 2007 er der blevet arbejdet yderligere på at forbedre og ensrette registreringerne til Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Det forventes endvidere, at offentliggørelsen af de landsdækkende målinger i sig selv øger fokus på at registrere korrekt.

Usikkerheder ved DRG-systemet

Der er en række usikkerhedsfaktorer ved anvendelsen af DRG-systemet. Det betyder, at der foretages korrektioner i produktionsværdien for at rette op på systemets fejl og mangler. I sidste ende for at opnå en forbedret (tilnærmet) værdi i målingen. Der korrigeres for ændringer i grupperingslogikken – eksempelvis nye koder for intensivbehandling – og korrektion for organiseringsforskelle og medicinudgifter på ambulante afdelinger.

Det er ikke muligt fuldstændig at korrigere data. Produktionsmålingerne resulterer derfor ofte i en tilbagevendende drøftelse af problemstillinger i forhold til usikkerhedsfaktorer. Det drejer sig gerne om spørgsmål vedrørende registreringspraksis, forskning, specialisering, teknologi, hospitalets størrelse, ambulant kontra stationær behandling samt akut/elektiv-sammensætning.

Som nævnt ovenfor er det for eksempel usikkert om DRG-systemet tager tilstrækkelig højde for omlægningen af aktiviteten fra stationære til ambulante behandlinger. Hvis den samme behandling tilbydes både ambulant og stationært, vil den ambulante behandling repræsentere en lavere produktionsværdi, og dermed alt andet lige, en lavere produktivitet.

DRG-systemet er primært baseret på 2 år gamle data. Det betyder, at hospitaler som er med til at sætte dagsordenen i forhold til indførelse af nye behandlinger og omlægninger af behandlingsforløb, ikke får en præcis afspejling af produktionen i DRG-systemet.

På trods af usikkerheder er DRG-systemet og omkostningsbrøkmotoden det bedste redskab, der er til rådighed på nuværende tidspunkt til måling af produktiviteten.

Derfor foreslås en forsigtig model til differentiering af produktivitetskravet.

I denne model opdeles hospitalerne i to grupper afhængigt af produktivitetsindekset i den landsdækkende produktivetsmåling.

Det betyder samtidig, at grupperne er fastsat på baggrund af beregninger på 1 år gamle data.

Der er foretaget følsomhedsanalyser, og vurderingen er at inddelingen i de to grupper er forholdsvis stabil i forhold til usikkerhederne beskrevet ovenfor.

Udmøntning af produktivetskrav for hospitalerne.

Med udgangspunkt i foregående års erfaringer og resultater fra de landsdækkende produktivetsmålinger samt kendskab til usikkerheder omkring metodik og datagrundlag, foreslås et produktivetskrav på henholdsvis 2,3 % og 2,7 % for de to grupper.

Således udmøntes et produktivetskrav på 2,3 % for Regionshospitalet Horsens, Randers og Silkeborg, og et produktivetskrav på 2,7 % for Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenheden Vest samt Århus Universitetshospital, Skejby og Århus.

Produktivitetsindeks for regionens hospitaler.

Tabel 1 viser produktivetsindekset for regionens hospitaler.

Tabel 1. Produktivetsindeks 2006

Hospital	Produktivitet 2006
Horsens	114
Randers	111
Silkeborg	111
Skejby	102
Vest	102
Viborg	101
Århus	100
Hele landet	100

Horsens er inkl. Brædstrup, Randers er inkl. Grenå osv.

Det fremgår af tabel 1, at hospitalerne kan opdeles i 2 grupper. RH Horsens, RH Randers og RH Silkeborg har en produktivitet i 2006 på mellem 111 og 114 i forhold til landsgennemsnittet. I den anden gruppe er produktiviteten i 2006 lige over landsgennemsnittet.

En udskillelse af hospitalsenheden Vest giver følgende produktivetsindeks for RH Herning og RH Holstebro.

Tabel 2.

Hospital	Produktivitet 2006
Herning	102
Holstebro	107

Korrektion for 1 sygehusnummer – flere matrikler

Værdifastsættelsen i DRG-systemet sker på baggrund af sygehus-udskrivinger og ikke afdelingsudskrivinger. En sygehusudskrivning kan indeholde flere afdelingsudskrivinger. I Sundhedsstyrelsens Takstvejledning defineres en sygehusudskrivning som en udskrivning fra et sygehus uden at der samme dag sker indlæggelse på en anden afdeling på det samme sygehus.

Dette indebærer, at et sygehus, der som en del af behandlingen foretager mange overførsler af patienter mellem matriklerne, vil få flere sygehusudskrivinger og dermed en højere produktionsværdi end et sygehus med flere matrikler men med kun et sygehusnummer.

Konkret betyder det, at hvis en patient overføres fra et sygehus til et andet, så vil patientens behandling på begge sygehuse bidrage til produktionsværdien. Hvis patienten derimod modtager hele behandlingen på samme sygehus, men f.eks. på to forskellige afdelinger, så vil kun den dyreste af de to forløb bidrage til produktionsværdien.

Det har således betydning for produktionsværdien, hvorvidt et sygehus er organiseret med et sygehusnummer pr. sygehusmatrikel eller et sygehusnummer for flere sygehusmatrikler.

For at undgå at denne forskel påvirker målingen af produktiviteten kan der foretages en korrektion.

Der er igangværende arbejde med at analysere Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup. Det foreløbige analyseresultat peger i retning af, at produktionsværdien for Regionshospitalet Viborg bør have et løft på op til 20 mio. kr. i produktionsværdien i 2006 i forhold til målingen af produktiviteten.

Tabel 3 viser effekten af et løft på 20 mio. kr. i forhold til produktiviteten for RH Viborg.

Tabel 3.

Hospital	Produktivitet 2006 (før korrektion)	Produktivitet 2006 (efter korrektion)
Viborg	101	102

Løftet på 20 mio. kr. betyder, at RH Viborg opnår 1 indekspoint i 2006.

I den landsdækkende produktivetsmåling bliver der korrigeret for organiseringsforskelle. Det kan drøftes hvorvidt korrektionen allerede tager højde for problemstillingen omkring flere matrikler. Det er muligt, at der således regnes dobbelt i forhold til korrektionen for flere matrikler under Viborg. DRG og Takster har ikke været nærmere inde i overvejelser herom, da udfaldet ikke ændrer på, hvilken "gruppe" regionshospitalet Viborg placeres i.

Korrektion for driftsudgifter ved flere matrikler

Der er flere hospitaler i Region Midtjylland, hvor det kan være relevant at drøfte en korrektion på udgiftssiden i målingen af produktiviteten.

Korrektion for onkologi

Der foretages en korrektion for stråleterapi (onkologi). Det sker på baggrund af konstaterede forskelle i registreringspraksis på landets 6 kræftstrålecentre. Forskel i registreringen påvirker DRG-produktionsværdien.

Korrektionen er i 2006 foretaget således, at denne udelukkende har indflydelse på fordelingen af DRG-produktionsværdi mellem de 6 strålecentre. Konkret betyder det, at DRG-produktionsværdien, der stammer fra onkologiske ydelser, er fordelt mellem de 6 strålecentre. Således falder produktionsværdien for nogle centre og stiger for andre centre. Nettovirkningen af korrektionen er nul på landsplan.

I Region Midtjylland medfører korrektionen et fald i produktionsværdien for Århus Universitetshospital, Århus. I 2005 og 2006 korrigeres produktionsværdien med henholdsvis 41,716 mio. kr. og 72,596 mio. kr. i negativ retning.

Partiel følsomhedsanalyse af produktionsværdien og de tilrettede driftsudgifter

I tabel 4 er gjort op, hvor meget henholdsvis Skejby, Vest, Viborg og Århus skal korrigeres for i produktionsværdi for at opnå en produktivitet på 111 i forhold til landsgennemsnittet - og dermed havne i gruppen med RH Horsens, RH Randers og RH Silkeborg. Jf. tabel 1.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at tabellen viser, hvor meget det enkelte hospital skal korrigeres under forudsætning af, at alle andre hospitaler fastholdes uændret. Korrektion af mere end et hospital har ikke blot en effekt på landsgennemsnittet men ligeledes en afledt effekt på alle andre hospitalers produktivitet i indekseringen.

Tabel 4. Korrektion af produktionsværdi

Hospital	Korrektion i produktionsværdi (mio. kr.)	Korrektion i produktionsværdi (pct.)
Skejby	124	8,03
Vest	135	8,37
Viborg	120	9,04
Århus	303	10,99

En udskillelse af RH Herning og RH Holstebro fra hospitalsenheden Vest betyder, at der skal foretages en korrektion af produktionsværdien på henholdsvis 59 og 29 mio. kr. for at komme på indeks 111.

I tabel 5 er gjort op, hvor meget henholdsvis Skejby, Vest, Viborg og Århus skal korrigeres for i de tilrettede driftsudgifter for at opnå en produktivitet på 111 i forhold til landsgennemsnittet - og dermed havne i gruppen med RH Horsens, RH Randers og RH Silkeborg. Jf. tabel 1.

Tabel 5. Korrektion af de tilrettede driftsudgifter

Hospital	Korrektion af de tilrettede driftsudgifter (mio. kr.)	Korrektion af de tilrettede driftsudgifter (i pct.)
Skejby	102	7,42
Vest	111	7,71
Viborg	99	8,31
Århus	249	9,88

En udskillelse af RH Herning og RH Holstebro fra hospitalsenheden Vest betyder, at der skal foretages en korrektion af de tilrettede driftsudgifter på henholdsvis 49 og 24 mio. kr. for at komme på indeks 111.