

LØBENDE OFFENTLIGGØRELSE AF PRODUKTIVITET I SYGEHUSSEKTOREN

– TREDJE DELRAPPORT



Danske Regioner
Finansministeriet
Sundhedsstyrelsen
Indenrigs- og Sundhedsministeriet

December 2007

Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren

Tredje delrapport

Danske Regioner
Finansministeriet
Sundhedsstyrelsen
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

December 2007

**Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, Tredje del-
rapport. December 2007**

Publikationen kan bestilles hos:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sundhedsdokumentation
1216 København K.
Telefon: 72 26 96 90
Telefax: 72 26 94 43
E-post: sdok@im.dk

Publikationen er bl.a. tilgængelig på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside www.sum.dk samt på www.sundhed.dk

Tryk:
Oplag:
Pris: Publikationen er gratis

ISBN-nr (publikationen):
ISBN-nr (elektronisk publikation):

Indholdsfortegnelse

1. Indledning og sammenfatning	5
1.1 Monitorering af sygehusvæsenets produktivitet.....	5
1.2. Beregning af produktivitet i sygehusvæsenet og datakvalitet	6
1.3 Resultater for produktivitet på sygehusområdet.....	7
1.4 Fremadrettet arbejde	14
2. Beregning af produktivitet på sygehusområdet	15
2.1 Måling af produktivitet i sundhedssektoren i sygehusvæsenet	15
2.2. Gennemgang af metode til produktivitetmåling	17
2.3. Validering af datagrundlag og datakvalitet.....	20
2.4. Regionernes anvendelse af produktivitetmålingerne.....	21
3. Resultater	24
3.1 Indledning	24
3.2 Resultater på landsniveau	24
3.3 Resultater på regionsniveau	25
3.4 Resultater på amtsniveau	29
3.5 Resultater på sygehusniveau.....	33
4. Afdelingsproduktivitet	42
4.1 Valg af afdelinger og indikatorer	42
4.2 Resultater: nøgletal og indikatorer	44
4.3 Resultater: Validering og datakvalitet.....	51
4.4 Fremadrettet arbejde på afdelingsniveau.....	55
5. Fortsat arbejde	57
BILAG	59
Bilag A. Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen.....	59
Bilag B: Projektbeskrivelse	61
Bilag C: Dokumentation	65
Bilag D: Datakvalitet	78
Bilag E. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for sygehuse. 2005-2006.....	81
Bilag F. Data bag måling af produktivitet	83

1. Indledning og sammenfatning

1.1 Monitorering af sygehusvæsenets produktivitet

Der er i øjeblikket betydeligt fokus på sundhedsvæsenet fra flere forskellige sider. Kravene fra borgerne til behandlingskvalitet vokser, behandlingstilbuddene udvides, og udgifterne til sundhedsvæsenet stiger. På den baggrund er det fortsat væsentligt at sørge for, at vi får mest muligt ud af hver krone, der anvendes i sundhedssystemet.

Som et led heri offentliggøres der løbende produktivetsmålinger af sundhedsvæsenet, der skal skabe synlighed om, hvordan de nuværende ressourcer anvendes. Produktivetsmålinger siger i sig selv ikke noget om, hvordan behandlingskvaliteten er på sygehusene, og hvor tilfredse borgerne er med behandlingen. Produktivetsmålingerne kan benyttes af politikere, sundhedsadministratorer og sundhedsfagligt personale til at stille relevante spørgsmål i relation til omkostningseffektiviteten i sygehusvæsenet generelt og på de enkelte sygehuse specifikt.

Denne rapport er den tredje i rækken af løbende offentliggørelse af produktivetsmålinger af sundhedsvæsenet. Det har således været aftalt i økonomiaftalerne mellem regeringen og regionerne i 2006, 2007 og 2008 systematisk og løbende at offentliggøre produktiviteten i sundhedsvæsenet.

Bag udgivelsen af denne tredje delrapport står i lighed med tidligere år en arbejdsgruppe med deltagelse af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, regionerne, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand). Arbejdsgruppen har fire formål og fokuspunkter:

- Udvikling af produktivetsmål
- Kvalitet af datagrundlag
- Anvendelse
- Afrapportering og offentliggørelse

Denne delrapport III adskiller sig fra delrapport I og II på tre områder. Det er for første gang muligt at få et indblik i kontinuiteten i produktivetsudviklingen på sygehusniveau, da det er

andet år, målingen gennemføres for alle sygehusene. For det andet har en særskilt arbejdsgruppe gennemført en pilotundersøgelse med opstilling og beregning af produktivtetsindikatorer og nøgletal for udvalgte sygehusafdelinger. Resultatet af denne undersøgelse fremgår af nærværende rapport. Endelig indeholder rapporten en præsentation af, hvordan de hidtidige produktivtetsopgørelser er blevet anvendt i praksis blandt regionerne og sygehusene.

Med delrapporterne I-III er der således samlet udviklet en monitorering af sygehusvæsenets produktivitet, hvor målingerne gennemføres på lands-, regions- og sygehusniveau. Endvidere er der påbegyndt et arbejde med at udvikle og opgøre indikatorer for produktivitet blandt udvalgte afdelinger i sygehusvæsenet, jf. boks 1.1.

Boks 1.1. Oversigt over offentliggjorte rapporter og produktivtetsmålinger						
Rapport	Opgørelse	National	Regioner	Amter	Sygehus	Afdeling
Delrapport I. December 2005	Udvikling 2003-2004 Niveau 2004	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Delrapport II. December 2006	Udvikling 2004-2005 Niveau 2005	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Delrapport III. December 2007	Udvikling 2005-2006 Niveau 2006	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja (niveau 05)

1.2. Beregning af produktivitet i sygehusvæsenet og datakvalitet

Opgørelserne i denne rapport er tilvejebragt på samme måde som i de to foregående år. Produktivitet opgøres derfor ved anvendelse af omkostningsbrøken, der måler produktivitet som det relative forhold mellem værdien af behandlingerne på sygehusene og de omkostninger, der medgår til behandlingerne. Værdien af produktionen måles ved DRG- og DAGS-produktionsværdien som samtidig tager hensyn til behandlingernes kompleksitet, og omkostningerne opgøres som de såkaldte korrigerede tilrettede driftsudgifter.

For at sikre det bedst mulige sammenligningsgrundlag mellem sygehuse, amter og regioner er det af arbejdsgruppen valgt, at både produktionsværdien og omkostningerne i lighed med tidligere år er korrigeret for en række forhold.

De data, der indgår i produktivtetsmålingerne baserer sig på DRG-systemet og Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Data er i flere omgange valideret af sygehusejerne.

Til trods for denne validering er der stadig problemer og usikkerheder knyttet til data. Disse problemer er gennemgået i bilag C og D. Datakvalitetsproblemerne skyldes flere forhold. I forhold til DRG-produktionsværdien knytter datakvalitetsproblemerne sig primært til forhold,

som der ikke eksplicit er taget højde for i takstsystemet. Det er påvist, at der eksempelvis er sygehuse, der har systematisk flere ældre patienter eller patienter, der på anden vis er dyrere at behandle end den gennemsnitlige patient, som takstsystemet er beregnet på baggrund af. Disse systematiske forhold vil således påvirke produktivetsopgørelserne på såvel regions-, amts- og sygehusniveau.

Ligeledes knytter der sig datakvalitetsproblemer til opgørelserne af de tilrettede driftsudgifter. Konterings- og afgrænsningsforskelle af omkostningerne kan få betydning for målingen af produktivitet, idet registreringsmetoden vil være bestemmende for, om udgifterne bliver omfattet af produktivetsanalysen.

1.3 Resultater for produktivitet på sygehusområdet

Lands- og regionsniveau

Produktivetsmålingen for 2006 viser, at der på landsniveau er opnået en produktivetsstigning på 1,9 pct. fra 2005 til 2006, hvilket er tilnærmelsesvis identisk med resultatet for perioden 2004 til 2005, jf. tabel 1.1. Stigningen har imidlertid ikke været af samme størrelse i alle regionerne. Mens produktivetsstigningen i Region Nordjylland har været på 2,7 pct., har den tilsvarende stigning i Region Midtjylland været på 1,4 pct.. Der er således tale om variation mellem regionerne. Betragtes produktivetsudviklingen i stedet over en år-række er der imidlertid tendens til, at regionerne produktivetsudviklinger nærmer sig hinanden. Kun Region Sjælland har i perioden fra 2003 til 2006 oplevet et produktivetsfald, hvilket skete fra 2004 til 2005. Forskellene mellem regionernes produktivetsudvikling fra 2003 til 2006 er således på 1,5 procentpoint¹.

Tabel 1.1. Udviklingen i produktivitet 2003-2006 samt produktivetsniveauet 2006 for regioner.

Region	Udvikling i produktivitet				Niveau
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2003-2006 ¹	2006
Hovedstaden	2,2	1,9	1,9	2,0	99
Sjælland	1,6	-0,3	1,6	1,0	98
Syddanmark	2,7	2,4	2,1	2,4	104
Midtjylland	2,8	2,1	1,4	2,1	103
Nordjylland	2,8	1,9	2,7	2,5	92
Hele landet	2,4	1,8	1,9	2,0	100

Note: Opgørelserne for udviklingen 2003-2004 og 2004-2005 er identiske med opgørelserne, som kan findes i "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, delrapport II".
¹Beregnet som et simpelt gennemsnit af udviklingen for 2003-2004, 2004-2005 og 2005-2006.

¹ Forskellige tekniske forhold gør, at der i rapporten fokuseres på udviklingen i produktivetsudviklingen over tid og ikke udviklingen i produktivetsniveau over år, jf. boks 2.1.

Forskellene mellem regionerne kommer imidlertid også til udtryk ved opgørelse af produktivetsniveauet for 2006. Her ligger Region Nordjylland 8 pct. under det landsgennemsnitlige produktivetsniveau, Region Hovedstaden og Region Sjælland omkring landsgennemsnittet, mens Region Midtjylland og Syddanmark ligger 3 til 4 pct. over landsgennemsnittet, jf. tabel 1.1.

Tabel 1.2. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for regioner, 2005-2006				
	Udvikling 2005-2006, pct.			2006
Region	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	Produktivetsniveau
Hovedstaden	4,5	2,6	1,9	99
Sjælland	5,2	3,6	1,6	98
Syddanmark	4,0	1,9	2,1	104
Midtjylland	4,8	3,3	1,4	103
Nordjylland	5,2	2,4	2,7	92
Hele landet	4,6	2,7	1,9	100

Amtsniveau

Der kan ligeledes konstateres forskelle mellem amternes produktivetsniveauer og produktivetsudviklinger, jf. tabel 1.3.

Amt	Udvikling i produktivitet				Niveau
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2003-2006 ¹	2006
H:S	3,0	3,5	2,8	3,1	99
København	1,2	1,9	-0,2	1,0	99
Frederiksborg	1,7	-2,3	3,6	1,0	99
Roskilde	5,1	1,3	-1,1	1,8	105
Vestsjælland	-0,4	-2,6	-0,1	-1,0	90
Storstrøm	0,4	0,7	6,0	2,4	100
Bornholm	1,6	-4,7	-0,2	-1,1	78
Fyn	4,6	4,1	4,5	4,4	104
Sønderjylland	-3,4	1,6	2,7	0,3	90
Ribe	3,4	2,9	0,3	2,2	109
Vejle	2,3	0,4	-1,2	0,5	111
Ringkøbing	-0,2	3,0	1,3	1,4	102
Århus	3,6	2,2	0,7	2,2	103
Viborg	3,6	-0,1	3,1	2,2	99
Nordjylland	2,6	2,0	2,8	2,5	92
Hele landet	2,4	1,8	1,9	2,0	100

Note: Opgørelserne for udviklingen 2003-2004 og 2004-2005 er identiske med opgørelserne, som kan findes i "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, delrapport II".

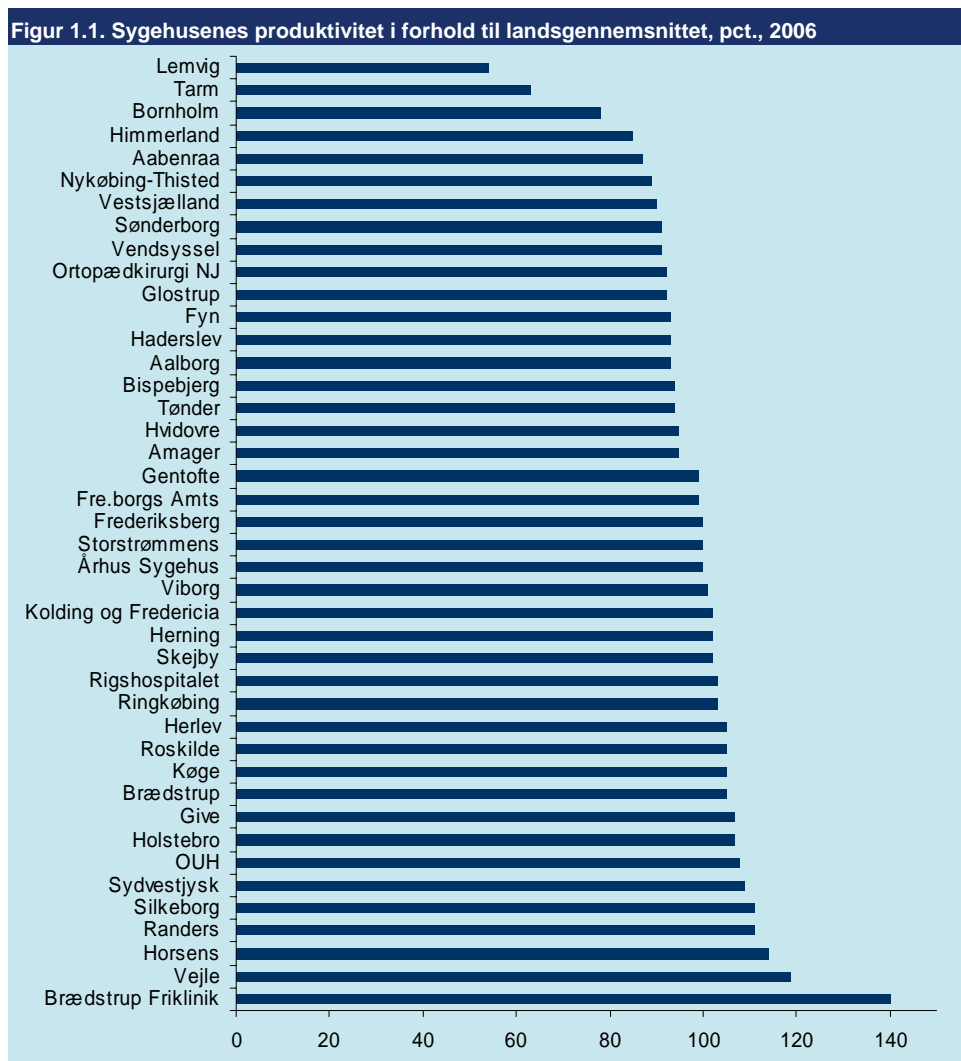
¹Beregnet som et simpelt gennemsnit af udviklingen for 2003-2004, 2004-2005 og 2005-2006.

Mens Vestsjællands Amt i hele opgørelsesperioden har oplevet årlige produktivetsfald, har andre amter, Fyn og H:S i særdeleshed, opnået store årlige produktivetsstigninger. Disse udviklinger forklarer således dele af amternes produktivetsniveauer i 2006. Mens Vejle og Ribe amter ligger omkring 10 pct. over det landsgennemsnitlige produktivetsniveau placerer Vestsjælland, Bornholm og Sønderjylland amter sig med 10 pct. eller mere under det gennemsnitlige produktivetsniveau på landsniveau.

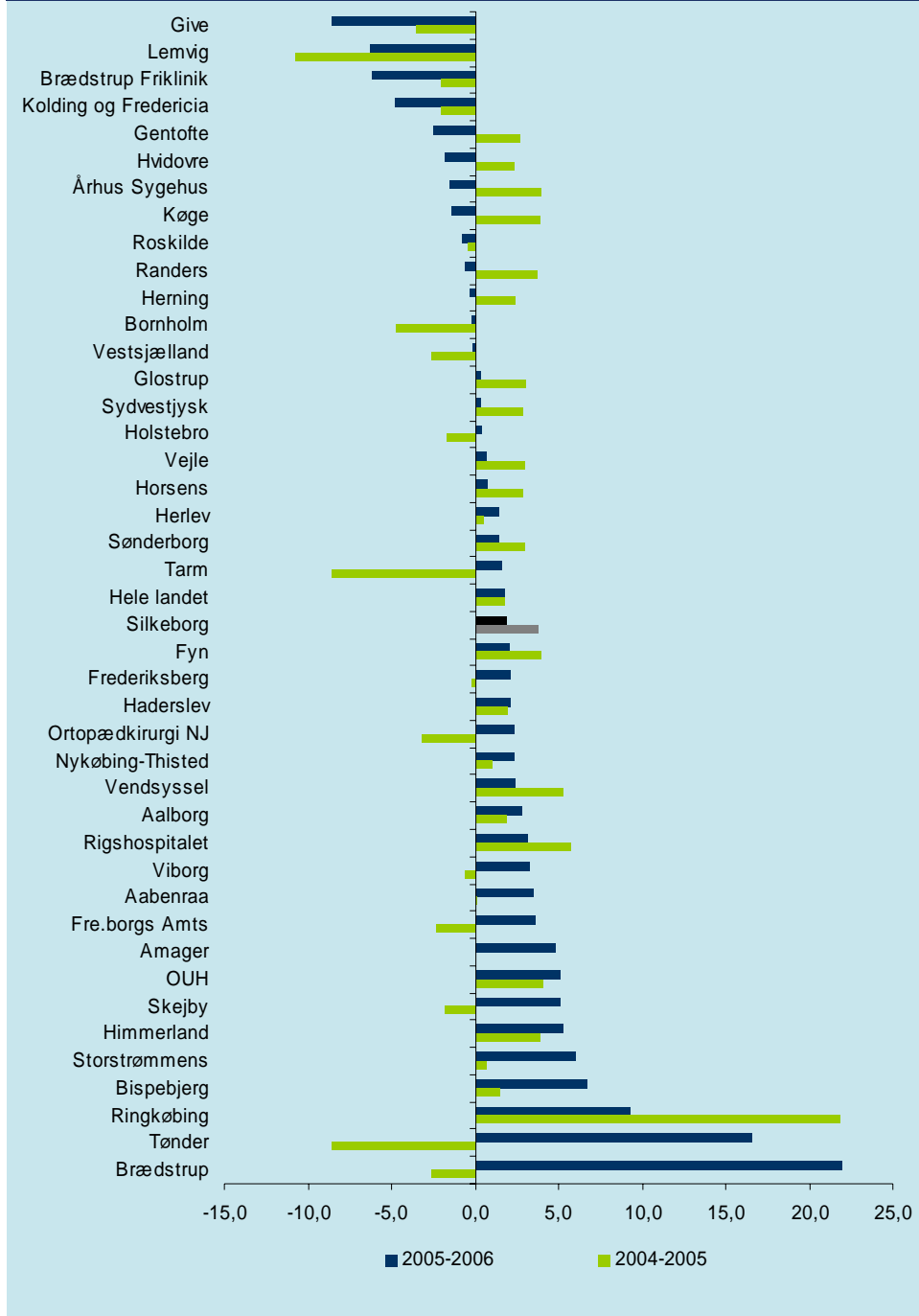
Sygehusniveau

For anden gang er der opgjort produktivetsmålinger på sygehusniveau, og der kan registreres betydelige forskelle mellem sygehusenes produktivitet, både hvad angår produktivetsudviklingen på de enkelte sygehuse og produktivetsniveau.

Hvis der ses bort fra Tarm og Lemvig sygehuse samt Brædstrup Friklinik, varierer sygehusernes produktivetsniveau med ca. 20 pct. omkring landsgennemsnittet, jf. figur 1.1. Hvis alle sygehuse inkluderes varierer produktivetsniveauet i 2006 med mere end 40 pct. omkring landsgennemsnittet. Alle sygehuse er imidlertid ikke direkte sammenlignelige, idet arbejdsopgaverne, størrelsen og organiseringen kan variere betydeligt. Eksempelvis gennemfører Friklinikken i Brædstrup primært planlagte ambulante behandlinger.



Figur 1.2. Udviklingen i sygehusenes produktivitet, pct, 2004-05 og 2005-06.



Variationen i produktivitsudviklingen på tværs af sygehuse er ligeledes betydelig. Flere sygehuse har haft produktivitsstigninger på over 10 pct., mens andre sygehuse har oplevet produktivitsfald på 5-10 pct. fra 2005 til 2006, jf. figur 1.2. Der er imidlertid ikke nogen entydig tendens til at de sygehuse, der oplevede et produktivitsfald fra 2004 til 2005 ligeledes oplever et produktivitsfald fra 2005-2006. Der er omvendt flere eksempler på, at sygehuse der havde faldende produktivitet fra 2004-2005 har vendt udviklingen og opnår en produktivitsstigning fra 2005-2006.

Afdelingsniveau

Det er første gang, at de centrale sundhedsmyndigheder i samarbejde med regionerne har opgjort produktivitsindikatorer og nøgletal på afdelingsniveau. Hele resultatet af arbejdet er offentliggjort i en særskilt rapport med titlen "Pilotundersøgelse med nøgletal og produktivitsindikatorer for udvalgte afdelinger i sygehusektoren". Rapporten indeholder syv centrale nøgletal og ni centrale produktivitsindikatorer for 34 mave-tarm kirurgiske afdelinger og 33 gynækologisk-obstetriske afdelinger.

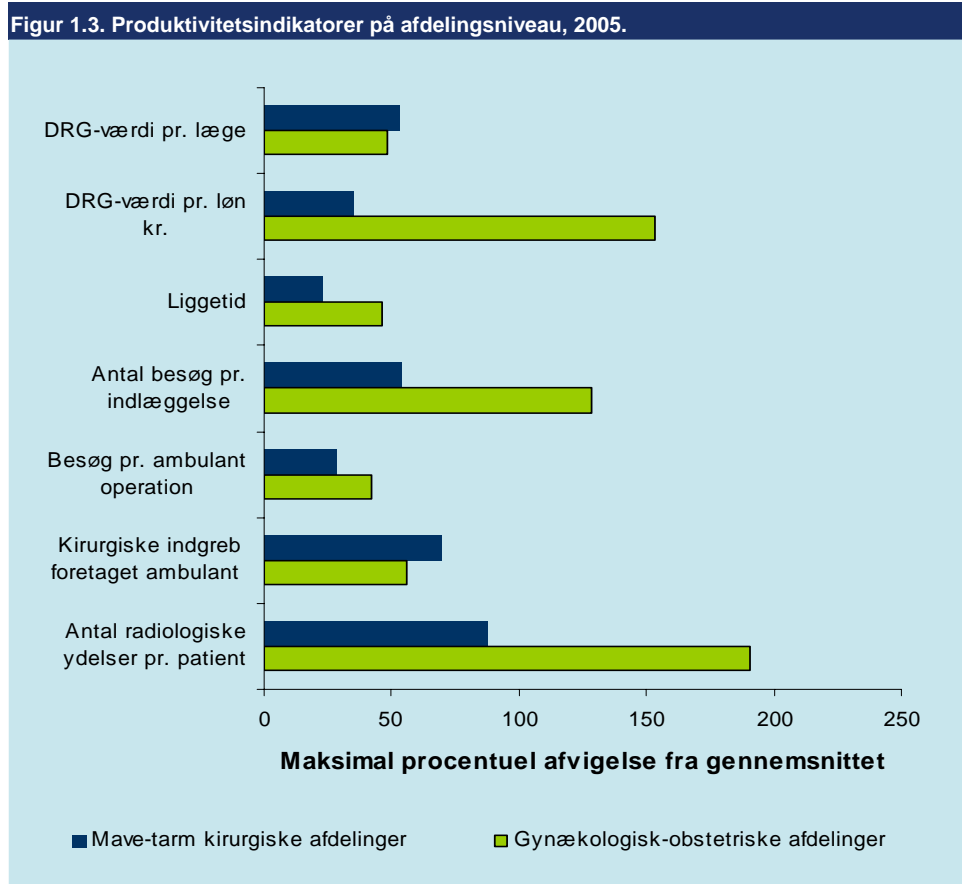
Med pilotundersøgelsen er der nu et samlet overblik over afdelingernes størrelse og ressourceanvendelse og endvidere er det opgjort, hvordan afdelingerne placerer sig indbyrdes på en række indikatorer, jf. kapitel 4.

Der kan drages to primære konklusioner af arbejdsgruppens arbejde.

For det første har arbejdet med offentliggørelse af produktivitsindikatorer og nøgletal vist, at området er komplekst. Dette betyder, at der fremadrettet er behov for at videreudvikle målingerne og arbejde målrettet for en forbedring af datakvaliteten. Opgørelsen på afdelingsniveau har således vist, at fuldstændigt entydige afgrænsninger af afdelingernes størrelse, kapacitet, ressource- og personaleforbrug er vanskelige at opnå. Hertil kommer, at forskelle i afdelingens sammensætning af patienter og patientforløb kan påvirke flere af de medtagne indikatorer. Eksempelvis vil forbruget af læger på gynækologisk-obstetriske afdelinger være relativt større på afdelinger, der primært arbejder inden for specialet gynækologi end på afdelinger, der primært beskæftiger sig med obstetrik. Dette påvirker således opgørelserne for, hvor stor produktionsværdi der produceres pr. læge.

Opgørelserne på afdelingsniveau er således behæftet med en generel større usikkerhed, end der er gældende i produktivitsopgørelserne på sygehus-, regions-, amts- og landsniveau. Det er en fremtidig ambition at minimere disse usikkerheder. Erfaringerne fra denne måling vil imidlertid være værdifulde fremadrettet, da opgørelserne har bidraget til at kaste lys på, hvilke udfordringer der er til stede ved opgørelser på niveauer lavere end sygehusniveauet.

For det andet kan det konstateres, at der med datakvalitetsproblemerne in mente er store forskelle mellem afdelingerne på produktivtetsindikatorer som liggetid, andel ambulante besøg pr. operation og andelen af kirurgiske indgreb, der foretages ambulant. Ligeledes er der forskelle på anvendelsen af personalet, idet eksempelvis DRG-produktionsværdien pr. ansat læge varierer på tværs af afdelingerne, jf. figur 1.3. Figuren illustrer den maksimale – negative eller positive – afvigelse fra gennemsnittet som en afdeling har på den enkelte produktivtetsindikator.



Der synes imidlertid ikke at være deciderede systematiske forskelle således forstået, at bestemte afdelinger systematisk har lav liggetid, høj DRG-produktionsværdi pr. læge, få ambulante besøg pr. indlæggelse etc. Resultatet af undersøgelsen kan således anvendes af afdelingerne til at identificere andre afdelinger, som organiserer sig og planlægger behandlinger på andre måder. Erfaringsudveksling mellem afdelingerne vil således kunne åbne mulighederne for gensidig læring mellem forskellige afdelinger.

1.4 Fremadrettet arbejde

Arbejdsgruppen vil fremadrettet fortsat videreudvikle de løbende offentliggørelser af produktivitetmålinger for sygehussektoren. Det er således også forventningen, at erfaringerne fra nu tre års opgørelser fremover vil gøre processen med opgørelser af omkostningsbrøken på lands-, regions- og sygehusniveau mere retvisende.

Arbejdsgruppen vil ligeledes arbejde videre med at udvikle produktivetsopgørelser på afdelings- og behandlingsniveau. Der skal således opgøres tilsvarende nøgletal og indikatorer i 2007 for de afdelinger, der indgår i delrapport III. Ligeledes skal det fastlægges, hvorledes målingerne kan omfatte andre afdelinger og behandlinger, f.eks. medicinske afdelinger.

Endvidere skal det i 2008 afklares, hvilken rolle sammenlægninger af sygehuse til større administrative enheder og generelt ændrede sygehusorganiseringer vil få for produktivetsopgørelserne fremadrettet. Omstruktureringer og reorganiseringer kan ligeledes forventes at påvirke opgørelserne af produktivetsindikatorer og nøgletal på afdelingsniveau. Hertil kommer, at regionerne i øjeblikket er ved at ændre kontoplaner, hvorfor der fremadrettet kan vise sig yderligere udfordringer knyttet til forskelle i regnskabsindberetninger mellem regionerne.

Endvidere skal arbejdet med at udvikle produktivetsopgørelser for det psykiatriske område påbegyndes.

Herudover skal der øget fokus på udvikling af præsentation af målingerne. I øjeblikket offentliggøres opgørelserne elektronisk på sundhed.dk og de centrale sundhedsmyndigheders hjemmesider og ligeledes i trykte versioner. Fremadrettet skal der udvikles en enkel web-baseret brugergrænseflade, således at det for borgere, klinikere, sygehusejere m.fl. bliver enkelt eksempelvis at se udviklingen på eget sygehus, produktivetsudviklingen fordelt på regioner og selv vælge forskellige typer af sammenligninger mv.

2. Beregning af produktivitet på sygehusområdet

2.1 Måling af produktivitet i sundhedssektoren i sygehusvæsenet²

Med denne delrapport III fortsættes arbejdet med løbende at offentliggøre produktivitetmålinger af sundhedssektoren. Offentliggørelse af produktivitetmålinger i sundhedsvæsenet har været en fast bestanddel af økonomiaftalerne mellem regeringen og regionerne/amterne i 2006, 2007 og 2008.

Der kan peges på en række fordele ved en systematisk offentliggørelse af produktivitetmålinger på internettet.

For det første er det et væsentligt resultat af arbejdsgruppens arbejde, at der er opnået enighed om at opgøre produktivitet med én fælles metode for alle landets somatiske sygehuse. Tidligere blev produktivitetmålinger gennemført på forskellig vis i forskellige fora. Denne konsistente anvendelse af en fælles opgørelsesmetode betyder samtidig, at resultaterne af målingerne kan sammenlignes over tid.

For det andet giver enigheden om opgørelsesmetode og enighed om gennemførelsen af produktivitetmålingerne et samlet og gennemsigtigt overblik produktivitetudvikling og –niveau på sygehusene i Danmark. Synligheds og gennemsigtigheden forbedres yderligere af, at målingerne offentliggøres på internettet.

For det tredje og ligeledes af stor vigtighed giver en ensartet opgørelsesmetode mulighed for gensidig læring mellem sygehusene. Der er således også bred anerkendelse af, at produktivitetmålinger er et væsentligt instrument til at opnå en bedre ressourceudnyttelse i

² Der er i afgrænsningen af, hvad der betegnes som et sygehus taget udgangspunkt i Sygehus- og Afdelingsklassifikationen. Dette betyder, at sygehusniveauet i langt de fleste tilfælde er udtryk for det ledelsesmæssigt relevante niveau, hvor sygehuse, der dækker flere matrikler, men kun har en ledelse, betragtes som ét sygehus.

sundhedsvæsenet. Allerede på nuværende tidspunkt er produktivetsmålingerne således også bredt anvendt af regionerne og sygehusene, jf. afsnit 2.4.

Produktivetsmålinger er i sig selv interessante, fordi disse viser sundhedsvæsenets evne til at levere behandlinger ved brug af færrest mulige ressourcer. I lighed med tidligere målinger defineres produktivitet i denne rapport derfor også som omkostningseffektivitet.

Dette betyder, at selve produktivetsopgørelserne er beregnet på baggrund af den såkaldte omkostningsbrøkmetode. Her måles produktivitet som forholdet mellem værdien af sygehusedelserne og ressourceforbruget ved behandlinger for samtlige offentlige somatiske sygehuse. Behandlingerne måles ved DRG- og DAGS-produktionsværdien, og ressourceindsatsen opgøres ved de korrigerede tilrettede driftsudgifter.

Boks 2.1. Sammenhæng mellem produktivetsudvikling og produktivetsniveau

Det er gældende for flere sygehuse, at produktivetsniveauet for 2006 er lavere end produktivetsniveauet i 2005 (jf. delrapport II) samtidig med at man fra 2005 til 2006 har haft en produktivetsstigning, der er højere end landsgennemsnittet. Dette er ikke intuitivt meningsfuldt og har flere forklaringer.

For at kunne beregne produktivetsudviklingen fra 2005 til 2006 er det valgt at benytte DRG-taksterne for 2006 på begge år. Givet taksterne er ændret markant på bestemte behandlinger kan dette have indflydelse på sygehuse, der foretager mange af de behandlinger, der har gennemgået takstændringer. Dette bevirker, at datagrundlaget for beregning af DRG-produktionsværdien for 2005 ikke er den samme i delrapport II og III.

I forbindelse med valideringen af tallene til brug for produktivetsmålingerne i delrapport III er såvel tallene for 2005 og 2006 blevet valideret. Dette har for flere sygehuses vedkommende afstedkommet ændringer i 2005 tallene, hvorfor der er tale om et andet beregningsgrundlag end tilfældet var i delrapport II. For de sygehuse, hvor den korrigerede produktionsværdi er mindsket eller de korrigerede tilrettede driftsudgifter er øget ved valideringen af 2005 tallene i forbindelse med delrapport III vil en genberegning af produktivetsniveauet for 2005 således være relativt mindre end det fremtræder i delrapport II.

For at sikre en tilnærmelsesvis korrekt beregning af produktivetsudviklingen har det imidlertid været nødvendigt at validere såvel 2005 som 2006 tallene også selvom dette kan have den betydning, at produktivetsniveauerne fra 2005 og 2006 ikke kan sammenlignes. Arbejdsgruppen lægger i rapporten således udelukkende vægt på udviklingen i produktivetsudviklingen over tid, mens der ikke kommenteres på udviklingen i produktivetsniveauerne fra år til år.

Produktivetsniveauet kan således udelukkende benyttes til at fastslå, hvordan de enkelte regioner, sygehuse mv. placerer sig i forhold til det landsgennemsnitlige produktivetsniveau i 2006.

Metoden er valgt, idet den er en relativ enkel at opgøre og dermed også relativ enkel at fortolke sammenlignet med andre opgørelsesmetoder. Endvidere har det været en prioritet at sikre konsistens i opgørelsesmetoden, så det bliver muligt at sammenligne opgørelserne for produktivitsudviklingen over år. Mere tekniske forhold gør, at det ikke umiddelbart er meningsfuldt at sammenligne produktivitsniveauerne over flere år, jf. boks 2.1.

Det er desuden væsentligt at være opmærksom på, at produktivitsopgørelser af sundhedsvæsenet kun kan betragtes som et bidrag til en måling af sundhedsvæsenets samlede præstationer. For at opnå et fyldestgørende billede af sundhedsvæsenets præstation er det udover måling af produktivitet eksempelvis nødvendigt med målinger af behandlingskvaliteten. Der pågår i øjeblikket et arbejde med at forbedre opgørelserne af kvalitetsindikatorer til offentliggørelse på sundhedskvalitet.dk.

2.2. Gennemgang af metode til produktivitsmåling

I omkostningsbrøken måles produktivitet som forholdet mellem værdien af sygehusbehandlingerne og de medgåede ressourcer.

Ydelserne i sygehusvæsenet opgøres ved anvendelse af det såkaldte DRG-system. DRG-systemet indeholder oplysninger om gennemsnitspriser på 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. Disse takster udtrykker den gennemsnitlige værdi af behandlingerne. I disse takster er det 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 tage højde for forskellige behandlingers kompleksitet og derfor ressourceforbrug er velegnet til at sammenligne ydelserne på forskellige sygehuse. Der er imidlertid også forhold, som DRG-systemet ikke umiddelbart tager højde for. For at sikre at opgørelse af behandlingernes værdi kan sammenlignes mellem forskellige sygehuse, er der foretaget visse korrektioner af hospitalernes DRG-produktionsværdier.

Arbejdsgruppen har drøftet, hvilke korrektioner der bør indgå i produktivetsopgørelserne. Her har der været to primære hensyn. For det første har det været et hensyn at sikre, at sygehusene kan sammenlignes på lige vilkår, hvorfor det har været nødvendigt at korrigere for oplagte forhold. For det andet er det tilstræbt at holde korrektionerne på et minimum for at bevare enkelthed og dermed gennemsigtighed i opgørelserne. I forhold til opgørelsen fra 2006 har arbejdsgruppen valgt at korrigere for tilnærmelsesvis de samme forhold, jf. bilag C.

Boks 2.2. Oversigt over beregningen af den korrigerede produktionsværdi

Ukorrigeret DRG- og DAGS-produktionsværdi
- Korrektion for indførelse af nye koder mv.
- Korrektion for udgifter til medicin på ambulante afdelinger
- Korrektion for forskelle i organisering
- Korrektion for ændringer i struktur
= Korrigeret produktionsværdi

Den ukorrigerede DRG- og DAGS-produktionsværdi udtrykker den totale værdi af sygehusets behandlinger og kan betragtes som udgangspunkt. Denne størrelse er imidlertid ikke direkte sammenlignelig på tværs af sygehuse, hvorfor der foretages få korrektioner. Under overskriften "nye koder" korrigeres der bl.a. for, at de seks strålecentre i Danmark har haft forskellig registreringspraksis i både 2005 og 2006. Der korrigeres fortsat for medicinudgifter på ambulante afdelinger, da disse varierer betydeligt på tværs af sygehuse. Ligeledes korrigeres der for, at sygehusene internt i amterne er organiseret forskelligt. Dette har indflydelse på, hvilke sygehuse, der tilskrives den producerede værdi. For at sikre en rimelig sammenligning på tværs af amter foretages den producerede værdi mellem de sygehuse, der har deltaget i behandlingen. Endelig korrigeres der for strukturændringer, hvilket bl.a. indebærer, at der fratrækkes produktionsværdi, hvis afdelinger indgår inden for samme sygehus sammenlægges.

Mens værdien af sygehusenes behandlinger måles ved DRG- og DAGS-produktionsværdi, opgøres sygehusens omkostninger ved de såkaldte korrigerede tilrettede driftsudgifter. Disse omkostninger anvendes af sygehusene til behandling af patienterne. Disse omkostninger ligger samtidig til grund for beregninger og fastsættelse af DRG- og DAGS-taksterne. Som det gør sig gældende for DRG- og DAGS-produktionsværdien er sygehusenes udgifter ikke direkte sammenlignelige. Derfor har arbejdsgruppen ligeledes fundet det nødvendigt at foretage enkelte korrektioner af sygehusenes totale driftsudgifter. I produktivetsopgørelserne indgår derfor de korrigerede tilrettede driftsudgifter.

Boks 2.3. Oversigt over beregningen af de tilrettede driftsudgifter

Sygehusvæsenets totale driftsudgifter
- Udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling
- Udgifter til internt finansieret forskning ^a
- Udgifter til klinisk biokemiske laboratorieydelser til praksissektoren
= De tilrettede driftsudgifter
+ Udgifter til særydelser leveret til frit valgs patienter på basisniveau
- Udgifter til medicin på ambulante afdelinger
= De korrigerede tilrettede driftsudgifter

For det første sikres det, at udelukkende udgifter, der bidrager til selve patientbehandlingen, medtages. For det andet er der mellem sygehusene stor forskel på udgifterne til forskning, hvorfor udgifterne hertil heller ikke indgår i de tilrettede driftsudgifter. For det tredje tilbyder sygehusene i forskelligt omfang vederlagsfri ydelser til praksissektoren. Disse ydelser omfatter ikke sygehusets patientbehandling og trækkes derfor ud. Endelig korrigeres der teknisk for udgifter til særydelser til frit valgs patienter og udgifter til medicin på ambulante behandlinger. Dette skyldes, at udgifter til særydelser er sammenfaldende med medicinudgifter og derfor ikke bør fratrækkes to gange. Både produktionsværdi og udgifter korrigeres for udgifter til medicin på ambulante behandlinger for at sikre, at medicinudgifternes indflydelse på produktivitetsberegningerne neutraliseres.

2.3. Validering af datagrundlag og datakvalitet

Arbejdsgruppen har i processen med produktivetsopgørelser i sundhedssektoren anset det for væsentligt at have en så åben og gennemskelig proces som muligt. Derfor er sygehusene løbende blevet inddraget.

Datamaterialet, der ligger til grund for opgørelserne i denne rapport, er således løbende blevet valideret og tilpasset af sygehusene og sygehusejerne. Indenrigs- og Sundhedsministeriet modtog ultimo september 2007 samlede tilbagemeldinger fra samtlige regioner i form af valideringer af det datamateriale, der ligger til grund for produktivetsopgørelsen. Valideringen resulterede i bemærkninger og tilpasninger af data, der generelt er indarbejdet i denne rapport.

Kommentarerne i forbindelse med valideringen har primært drejet sig om små justeringer af såvel udgifter som DRG-produktionsværdi.

Udover konkrete og sygehuspecifikke justeringer af udgifterne eller DRG-produktionsværdien har valideringen ligeledes resulteret i kommentarer af mere generel karakter.

I forbindelse med valideringen har bl.a. opgørelse af DRG-produktionsværdien vedrørende stråleterapi (onkologi) på de seks kræftstrålecentrenes været drøftet. Indtil den endelige valideringsrunde var det arbejdsgruppens opfattelse, at registreringspraksis på de seks strålecentre var nogenlunde ens. Dette viste sig imidlertid ikke at være tilfældet. Efter drøftelser i arbejdsgruppen er onkologikorrektionen således indført i denne rapport. Korrektionen er i 2006 gennemført således, at denne udelukkende har indflydelse på fordelingen af DRG-produktionsværdi mellem de seks strålecentre.

På udgiftssiden har valideringen af medicinudgifter til ambulante behandling desuden afstedkommet nogle kommentarer. Dette kan primært tilskrives vanskeligheder med præcise opgørelser af, hvorledes de totale medicinudgifter fordeler sig mellem ambulante og stationære behandling.

Korrektionerne som foretaget af arbejdsgruppen samt den omfattende validering af data bidrager naturligvis til forbedringer af datakvaliteten. Dertil kommer at produktivetsmålinger af sygehussektoren er opgjort for tredje år i træk, og der er efterhånden en fast procedure for opgørelserne.

Der er imidlertid enkelte forhold, som det i opgørelserne ikke er muligt direkte at tage højde for og som derfor påvirker datakvaliteten. Enkelte hospitaler har således påpeget, at patientsammensætningen på sygehusene er systematisk forskellig. Selvom der til en vis grad

tages højde for sådanne forhold i DRG-taksterne, kan det ikke udelukkes, at disse forhold influerer på sygehusenes udgifter til behandling af patienterne og dermed er medvirkende til at skabe et relativt lavere produktivetsniveau. Eksempler på forhold, som der ikke direkte er taget højde for i DRG-systemet, inkluderer alder og patienternes socio-økonomiske baggrund. Få sygehuse har eksempelvis systematisk flere ældre patienter, der eventuelt kræver ekstra lang liggetid. Da DRG- og DAGS-taksterne er udtryk for de gennemsnitlige omkostninger ved behandlingen, vil systematiske forskelle i patientsammensætningen mellem sygehusene kunne medføre over- henholdsvis undervurdering af produktionsværdien. Hvis patientsammensætninger er forskellig på en måde, der ikke tages højde for i DRG-systemet vil dette bevirke, at opgørelserne ikke er direkte sammenlignelige.

Også på omkostningssiden kan primært konterings- og afgrænsningsforskelle mellem sygehusene af omkostningerne få betydning for målingen af produktivitet, idet registreringsmetoden vil være bestemmende for, om udgifterne bliver omfattet af produktivetsanalysen.

Selvom det er arbejdsgruppens opfattelse, at de indførte korrektioner bidrager til en ensretning af såvel produktionsværdi samt udgifterne til patientbehandlingen på tværs af sygehuse og regioner, er kravene til datakvaliteten højere jo længere man bevæger sig ned i niveau. På sygehusniveau betyder en over- eller undervurdering af talgrundlaget derfor relativt mere end på regionsniveau, hvor små fejlvurderinger vil tendere at udligne hinanden.

2.4. Regionernes anvendelse af produktivetsmålingerne

Der har i de seneste år været voksende krav og forventninger til, at der sikres en fortsat effektiv ressourceanvendelse i sygehusvæsenet. Et vigtigt redskab, som kan medvirke til en bedre ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet, er en løbende monitorering af produktiviteten.

Sundhedsvæsenets produktivitet er i en lang årrække blevet opgjort af såvel de centrale sundhedsmyndigheder som sygehusejerne. Med økonomiaftalen for 2006 mellem amterne og regeringen blev det aftalt at gennemføre systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger på sundhedsområdet udarbejdet efter den samme aftalte metode for alle parter.

Amterne og Regionerne har overordnet set brugt produktivetsmålingerne til at skabe gennemsigtighed og sætte fokus på sygehusvæsenets gode præstationer, og om der har været en forbedring i produktiviteten i forhold til tidligere. I økonomiaftalerne med sygehusejerne og regeringen har der som en økonomisk forudsætning været et krav til en produkti-

vitetsvækst på henholdsvis 1,5 pct. i 2006 og 2 pct. i 2007. Disse krav er i vidt omfang integreret i regionernes takststyringsmodeller.

Regionerne har konkret indarbejdet kravet om produktivetsforbedringer i takststyringsmodellerne på to forskellige måder:

To regioner har ens produktivetskrav for alle sygehuse i regionen, mens tre regioner bruger en differentieret årlig forhøjelse af baseline³ afhængig af produktivetsstatus for de enkelte sygehuse.

Ud over at bruge produktivetsmålinger i takststyringsmodellerne, anvender regionerne det ligeledes til forskellige andre formål, som redskab til benchmarking eller som led i forberedelsesarbejdet til arbejdsgrupper vedr. omkostninger og "activity based costing" (ABC). Derudover arbejdes der i flere regioner med egne opgørelser af produktivitet. Udgangspunktet er som regel landsanalysen, men i højere grad tilrettet lokale forhold.

Region Hovedstaden har for eksempel sideløbende med landsanalysen arbejdet med på hospitalsniveau at tilpasse opgørelserne både på omkostningssiden og produktionssiden for at gøre opgørelserne mere sammenlignelige på tværs af hospitalerne i regionen.

Opgørelsen af produktionsværdien er bl.a. påvirket af antallet overflytninger mellem hospitaler identificeret ved et sygehusnummer. Der blev derfor udarbejdet en korrektion der skulle korrigere for dette misforhold. Denne korrektion er efterfølgende implementeret i landsanalysen.

Med hensyn til de tilrettede driftsudgifter er disse løbende søgt opgjort ens på tværs af Region Hovedstadens hospitaler. På baggrund af denne analyse blev der i 2005 og 2006 for alle regioners vedkommende især identificeret problemer omkring opgørelsen af psykiatri på somatiske sygehuse, afgrænsning af anskaffelser, afgrænsning af renoveringer og ombygninger, afgrænsningen af de administrative omkostninger for de gamle enheder.

På grund af offentlighedens store interesse og de konsekvenser en offentliggørelse har for de enkelte regioner og sygehuse, er usikkerheder i forbindelse med landsanalysen løbende blevet diskuteret på regionalt niveau med henblik på, at opnå en bedre sammenlignelighed på tværs af regioner og sygehuse. Derudover er det fortsat blevet diskuteret, hvad årsagen kan være, at nogle klare sig bedre end andre. Hovedformålet er at gøre alle bedre

³ Baseline er den produktion, som en regions sygehuse skal nå, før der udbetales penge fra meraktivitetspuljen, dvs. hvad der forventes produceret for sygehusets eget budget.

og identificere forskelle, der kan vise sig enten positivt eller negativt i den samlede resultat. Derpå tager regionerne på eget initiativ gode råd og anbefalinger med over i deres videre arbejde med produktivitetmålinger.

I Region Sjælland er der eksempelvis i 2007, på baggrund af et dårligt resultat i tidligere opgørelser af landsdelsanalysen, igangsat et fælles arbejde vedr. en produktivitetshandleplan. Her er formålet, med baggrund i de enkelte sygehuses viden og udgangspunkt at identificere områder, hvor man er trængte og gerne vil lære noget af andre og områder, hvor man har haft nogle gode resultater. Denne afdækning er resulteret i syv områder, hvor der er en fælles projektgrupper som arbejder videre med at analysere og identificere anbefalinger. Dette arbejde afsluttes i marts/april 2008, hvorefter anbefalingerne indarbejdes i driften.

Endvidere er der nedsat en arbejdsgruppe internt i Region Midtjylland, hvor udgangspunktet vil være de landsdækkende produktivetsanalyser, men arbejdsgruppen vil i det omfang det er muligt indarbejde yderligere faktorer i analysen. Endelig skal der i analysen tages hensyn til eventuelle strukturelle forskelle, som kan forklare forskelle i produktiviteten hospitalerne imellem.

Det ovenstående viser, at regionerne arbejder fokuseret og målrettet med produktivitetmålinger. Regionerne er enige om, at produktivitetmålinger tjener et godt formål, og at det er sundt at sammenligne på tværs af regioner og sygehuse. Regionerne er desuden enige om, at usikkerheder i opgørelserne skal frem i lyset, så det giver et mere realistisk billede af virkeligheden.

3. Resultater

3.1 Indledning

I dette kapitel præsenteres arbejdsgruppens arbejde med opgørelse af produktivitet på lands-, regions-, amts-, og sygehusniveau. Kapitlet vil udover at præsentere de nyeste resultater for produktivetsniveauet i 2006 og produktivetsudviklingen fra 2005 til 2006 også inddrage dele af resultaterne for delrapporterne I og II for at sætte resultaterne i bredere perspektiv.

Udover produktivitet opgjort efter omkostningsbrøk-metoden vil kapitlet også anvende og præsentere en indikator for liggetid samt en indikator, der udtrykker andelen af operationer, der er udført ambulantly blandt tre udvalgte operationer. Begge disse indikatorer indgik også i delrapport II. Dette sker i et forsøg på at nuancere produktivetsopgørelserne yderligere samt få et indblik i variationerne i behandlingsopgaver og patientsammensætning mellem regioner, amter og sygehuse.

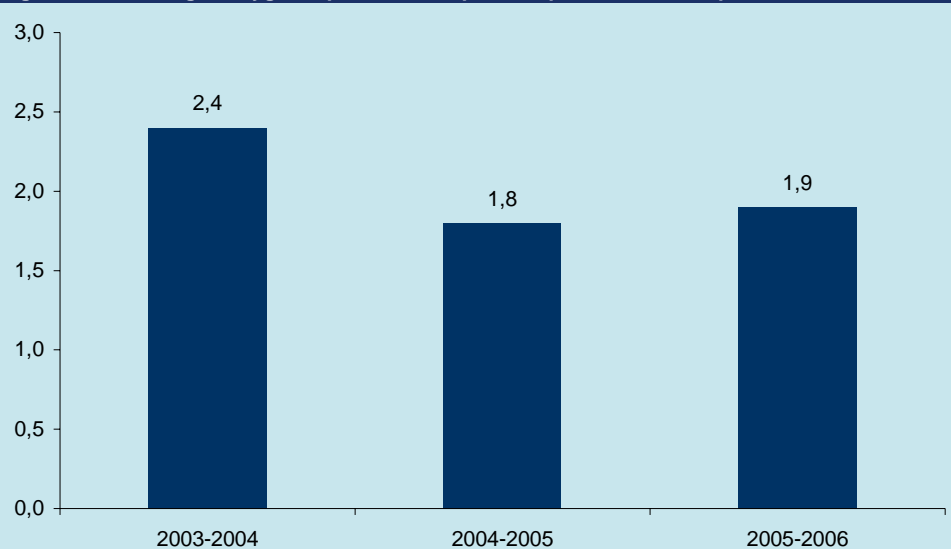
3.2 Resultater på landsniveau

Opgørelserne på landsplan er beregnet på baggrund af den totale DRG- og DAGS-produktionsværdi og de samlede korrigerede tilrettede driftsudgifter for alle sygehuse.

På landsplan viser opgørelsen en relativ stabil produktivetsstigning over tid. Produktivetsudviklingen fra 2005 til 2006 er således med en produktivetsstigning på 1,9 pct. identisk med udviklingen fra 2004 til 2005, jf. figur 3.1.

I forhold til økonomiaftalerne indgået mellem regeringen og de tidligere amter er produktivetsudviklingen således en over den overordnede målsætning, der i økonomiaftalen for 2006 blev fastsat til 1,5 pct.

Figur 3.1. Udviklingen i sygehusproduktivitet på landsplan, 2003-2006, pct.



Note: Opgørelserne for 2003-2004 og for 2004-2005 er identisk med de opgørelserne, der fremgår af henholdsvis første og anden delrapport.

3.3 Resultater på regionsniveau

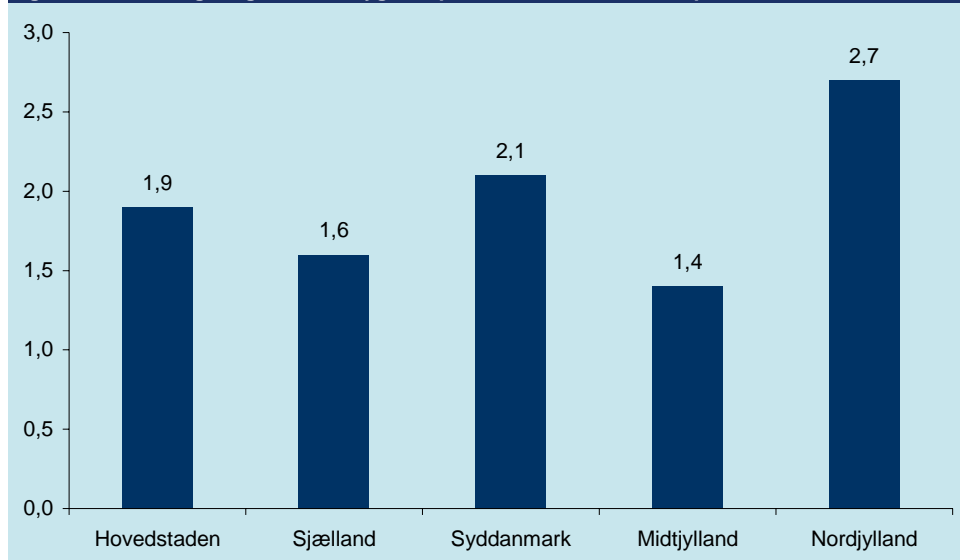
Der har været en positiv produktivitsudvikling i alle fem regioner, jf. figur 3.2. Dette betyder således også, at Region Sjælland har vendt produktivitetstilbagegangen fra 2004-2005 til en produktivitsstigning på et fornuftigt niveau. Der er imidlertid samtidig betydelige forskelle mellem regionernes produktivitsudvikling.

Region Nordjylland har således opnået den største vækst, mens Region Midtjylland har oplevet den relativt laveste produktivitsstigning.

Tablet 3.1. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for regioner, 2005-2006

Region	Udvikling 2005-2006, pct.			2006
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	Produktivitsniveau
Hovedstaden	4,5	2,6	1,9	99
Sjælland	5,2	3,6	1,6	98
Syddanmark	4,0	1,9	2,1	104
Midtjylland	4,8	3,3	1,4	103
Nordjylland	5,2	2,4	2,7	92
Hele landet	4,6	2,7	1,9	100

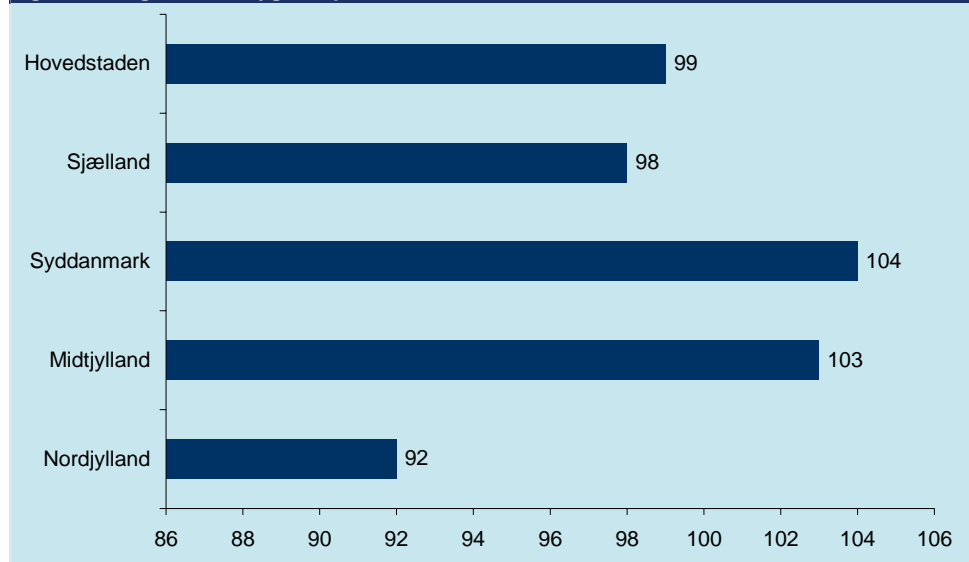
Figur 3.2. Udvikling i regionernes sygehusproduktivitet, 2005-2006, pct.



En del af forklaringen på regionernes forskellige produktivetsudviklinger skal findes i, at regionerne initialt befinder sig på forskellige produktivetsniveauer. Derfor kan det som udgangspunkt forventes, at de relativt største produktivetsstigninger finder sted i de regioner, der har det relativt laveste produktivetsniveau.

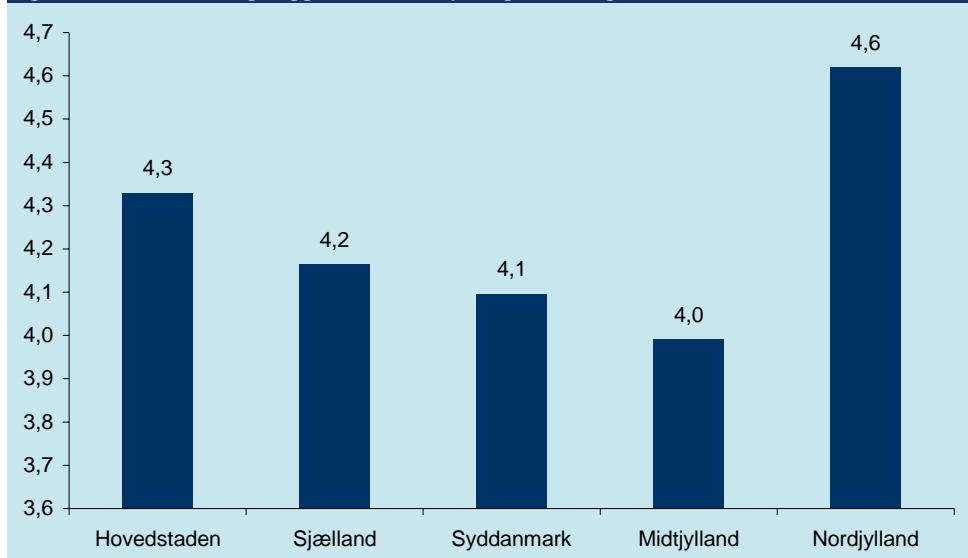
Denne forventning opfyldes således også delvist af målingerne, idet Region Nordjylland er regionen det relativt laveste produktivetsniveau, mens Region Midtjylland sammen med Region Syddanmark har det højeste niveau, jf. figur 3.3. Mens de to sidstnævnte regioner har et produktivetsniveau, der er 3-4 pct. over landsgennemsnittet, ligger Region Nordjyllands produktivetsniveau ca. 8 pct. under landsgennemsnittet. Region Hovedstaden og Region Sjælland placerer sig i omegnen af det landsgennemsnitlige produktivetsniveau.

Figur 3.3. Regionernes sygehusproduktivitet, 2006, hele landet = 100



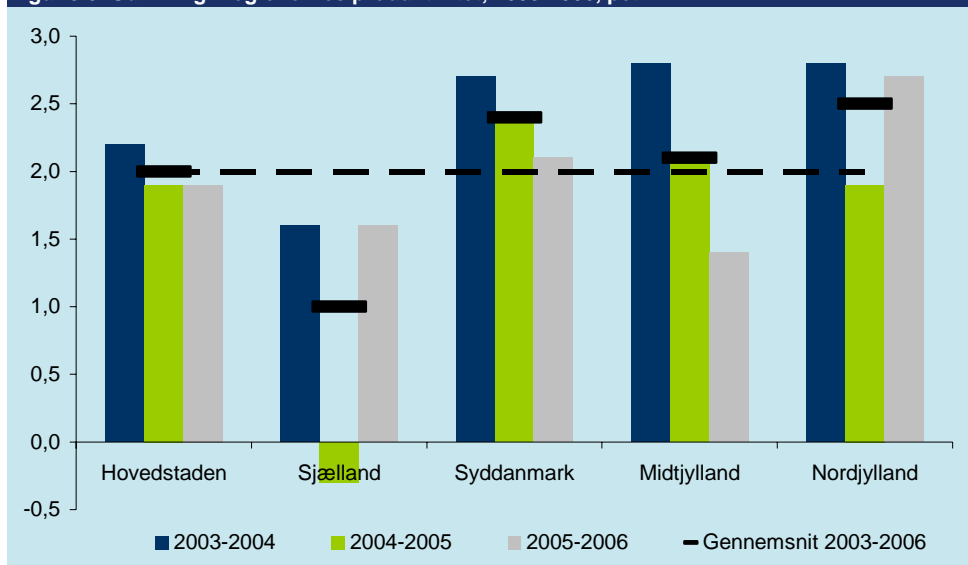
I et forsøg på at perspektivere og nuancere produktivetsmålingen er det besluttet at medtage en indikator for liggetid. Der er begrænset variation mellem regionerne, hvad angår patienternes gennemsnitlige liggetid, jf. figur 3.4. Patienterne er i gennemsnit indlagt i 4 dage i Region Midtjylland, mens den gennemsnitlige liggetid i Region Nordjylland er på 4,6 dage svarende til en forskel på 15 pct. mellem regionerne. En sammenligning af den gennemsnitlige liggetid med produktivetsniveauet på regionsniveauet indikerer imidlertid en vis sammenhæng, idet regioner med relativ høj produktivitet også tenderer at have relativt kort liggetid og omvendt.

Figur 3.4. Gennemsnitlige liggetider fordelt på regioner, dage, 2006



Med delrapport III er produktivitsudviklingen på regionsniveau opgjort for tredje år i træk. Hermed bliver det meningsfuldt at begynde at iagttage produktivitsudviklingen over en årrække, jf. figur 3.5.

Figur 3.5. Udvikling i regionernes produktivitet, 2003-2006, pct.



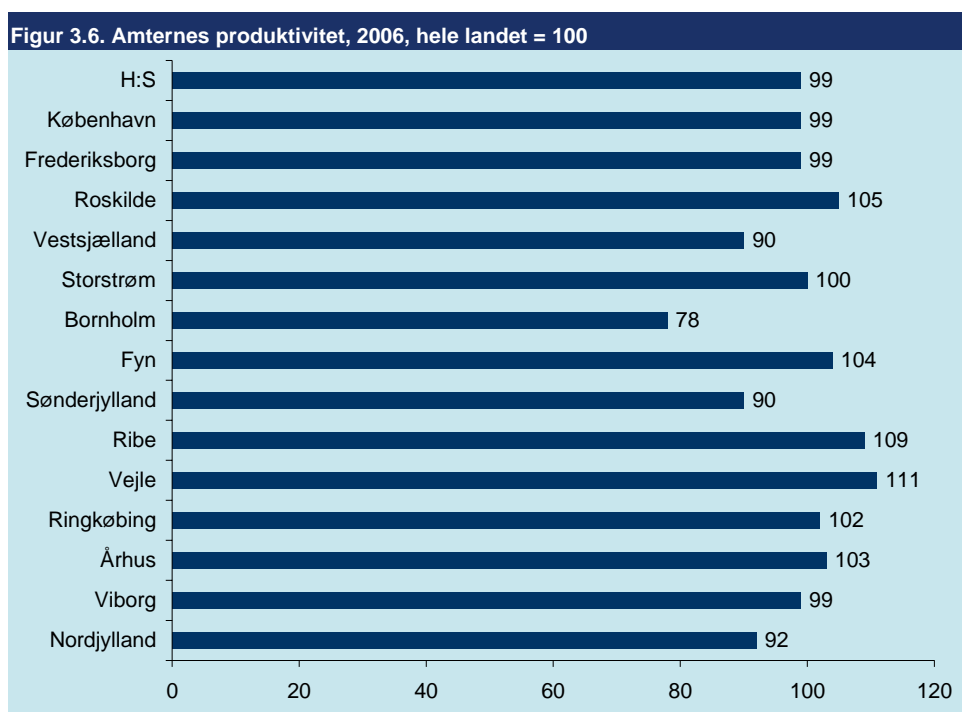
Som det fremgår, er der relativt store forskelle mellem regionernes produktivitsstigninger for de tre opgørelsesperioder. Mens Region Sjælland med 1 pct. har den relativt laveste

gennemsnitlige produktivetsstigning for perioden 2003 til 2006 har Region Nordjylland gennemgået den relativt højeste gennemsnitlige stigning for perioden.

Den gennemsnitlige stigning på landsplan har været på 2 pct. pr. år, hvilket primært skyldes den meget positive produktivetsudvikling fra 2003 til 2004. Kun Region Sjælland placerer sig under den gennemsnitlige produktivetsstigning på landsplan, mens Region Hovedstaden præcist rammer et gennemsnit på 2 pct. for de tre perioder. Det kan ligeledes læses af figuren, at Region Hovedstaden synes at have den mest stabile produktivetsstigning fra år til år, mens der er større fluktuationer i produktivetsstigningstakten fra år til år for øvrige regioners vedkommende.

3.4 Resultater på amtsniveau

I forhold til forskellene mellem regionernes produktivetsniveauer i 2006 er forskellene på amtsniveau endnu større, jf. figur 3.6. Mens Ribe og Vejle amter har et produktivetsniveau på omkring 10 pct. over landsgennemsnittet, ligger Vestsjællands, Sønderjyllands og Bornholms amter 10 pct. eller mere under det landsgennemsnitlige produktivetsniveau.



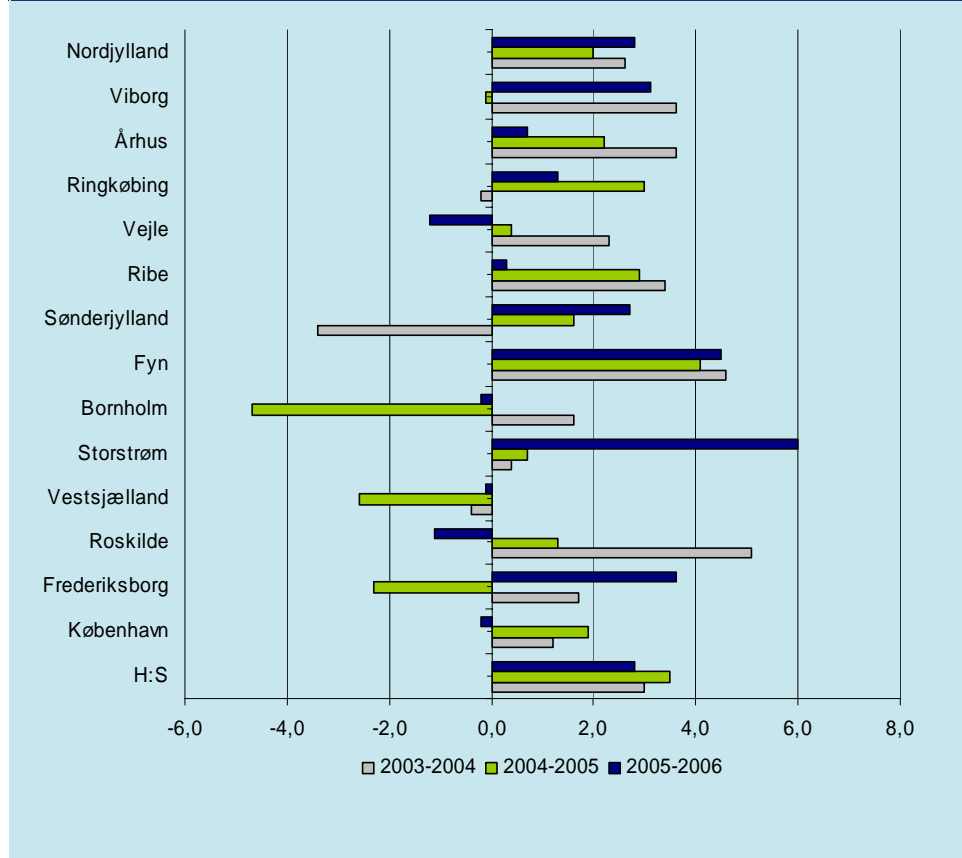
Amtenes produktivetsniveauer i 2006 afspejles således også i produktivetsudviklingerne fra 2005 til 2006. Således har amterne med de relativt laveste produktivetsniveauer også

oplevet en negativ eller begrænset positiv produktivitsudvikling fra 2005 til 2006. Dog har også Vejle Amt gennemgået en negativ produktivitsudvikling fra 2005 til 2006. Dette resultat må imidlertid også ses i det perspektiv, at Vejle Amt har det relativt højeste produktivitsniveau.

Tabel 3.2. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for amter, 2005-2006				
Region	Udvikling 2005-2006, pct.			2006
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	Produktivitsniveau
H:S	5,3	2,4	2,8	99
København	3,3	3,5	-0,2	99
Frederiksborg	4,5	0,8	3,6	99
Roskilde	5,2	6,4	-1,1	105
Vestsjælland	3,7	3,7	-0,1	90
Storstrøm	6,9	0,9	6,0	100
Bornholm	5,1	5,4	-0,2	78
Fyn	5,3	0,8	4,5	104
Sønderjylland	1,1	-1,5	2,7	90
Ribe	3,9	3,5	0,3	109
Vejle	4,7	5,9	-1,2	111
Ringkøbing	1,3	0,0	1,3	102
Århus	4,6	3,9	0,7	103
Viborg	7,2	4,0	3,1	99
Nordjylland	5,2	2,3	2,8	92
Hele landet	4,6	2,7	1,9	100

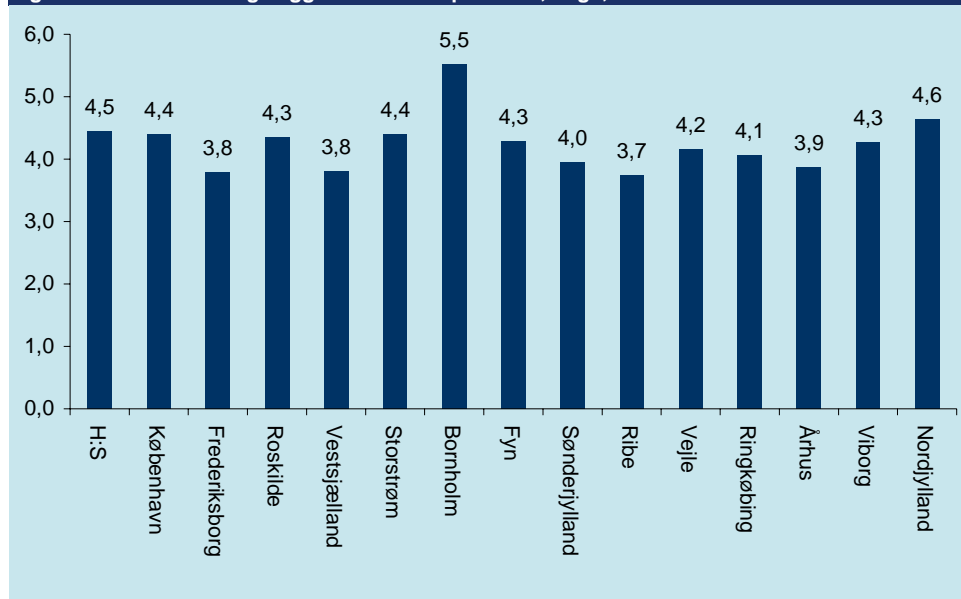
Hvis produktivitsudviklingen fra 2005 til 2006 sammenholdes med produktivitsudviklingen fra øvrige år viser det sig, at relativt få amter har kontinuerlig stabil vækst, jf. figur 3.7. For de fleste amters vedkommende varierer produktivitsudviklingen således betydeligt fra år til år.

Figur 3.7. Amtenes sygehusproduktivitet, 2003-2004, 2004-2005 og 2005-2006, pct.



I forhold til liggetidsindikatoren på regionsniveau er der betydeligt større variation på den gennemsnitlige liggetid på amtsniveau, jf. figur 3.8. Udover forhold, der relaterer sig til produktivitet, kan forskellene i de gennemsnitlige liggetider bl.a. også skyldes systematiske forskelle i amtens patientsammensætning, herunder landsdelsforskelle i alderssammensætning eller forskelle i patienternes socioøkonomiske forhold.

Figur 3.8. Gennemsnitlige liggetider fordelt på amter, dage, 2006



3.5 Resultater på sygehusniveau

I 2006 var første gang, hvor der i arbejdsgruppen blev foretaget opgørelser for produktivtetsudvikling- og niveau på sygehusniveau. Derfor er det med denne måling for første gang muligt at identificere, hvorvidt sygehusene oplever en generel positiv produktivtetsudvikling.

I lighed med sidste år, kan der konstateres betydelige forskelle mellem sygehusene. Dette er gældende både hvad angår produktivtetsudvikling og –niveau, jf. tabel 3.1.

Tabel 3.3. Produktivitet for alle sygehuse: Udvikling 2004-2005, 2005-2006, 2004-2006 og niveau 2006				
Sygehus	Udvikling i produktivitet			Niveau
	2004-2005	2005-2006	2004-2006¹	2006
Rigshospitalet	5,7	3,2	4,5	103
Bispebjerg	1,5	6,7	4,1	94
Hvidovre	2,3	-1,8	0,3	95
Amager	0,0	4,8	2,4	95
Frederiksberg	-0,2	2,2	1,0	100
Gentofte	2,7	-2,5	0,1	99
Glostrup	3,1	0,3	1,7	92
Herlev	0,5	1,4	1,0	105
Fre.borgs Amts	-2,3	3,6	0,7	99
Roskilde	-0,4	-0,8	-0,6	105
Køge	3,9	-1,4	1,3	105
Vestsjælland	-2,6	-0,1	-1,4	90
Storstrømmens	0,7	6	3,4	100
Bornholm	-4,7	-0,2	-2,5	78
OUH	4,1	5,1	4,6	108
Fyn	4,0	2,1	3,1	93
Sønderborg	3,0	1,4	2,2	91
Haderslev	2,0	2,2	2,1	93
Tønder	-8,6	16,6	4,0	94
Aabenraa	0,1	3,5	1,8	87
Sydvestjysk	2,9	0,3	1,6	109
Brædstrup	-2,6	22	9,7	105
Give	-3,5	-8,6	-6,1	107
Horsens	2,9	0,8	1,9	114
Kolding og Fredericia	-2,1	-4,8	-3,4	102
Vejle	3,0	0,7	1,9	119
Frikliniken i Brædstrup	-2,1	-6,2	-4,2	140

Table 3.3. Produktivitet for alle sygehuse: Udvikling 2004-2005, 2005-2006, 2004-2006 og niveau 2006

Sygehus	Udvikling i produktivitet			Niveau 2006
	2004-2005	2005-2006	2004-2006 ¹	
Holstebro	-1,7	0,4	-0,7	107
Herning	2,4	-0,3	1,1	102
Tarm	-8,6	1,6	-3,5	63
Ringkøbing	21,9	9,3	15,6	103
Lemvig	-10,8	-6,3	-8,6	54
Silkeborg	3,8	1,9	2,9	111
Århus Sygehus	4,0	-1,5	1,3	100
Randers	3,7	-0,6	1,6	111
Skejby	-1,8	5,1	1,7	102
Viborg	-0,6	3,3	1,4	101
Nykøbing-Thisted	1,1	2,3	1,7	89
Aalborg	1,9	2,8	2,4	93
Vendsyssel	5,3	2,4	3,9	91
Himmerland	3,9	5,3	4,6	85
Ortopædkirurgi NJ	-3,2	2,3	-0,5	92
Hele landet	1,8	1,9	1,9	100

Note: Opgørelseren for udviklingen 2004-2005 er identiske med opgørelsen, som kan findes i "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, delrapport II".

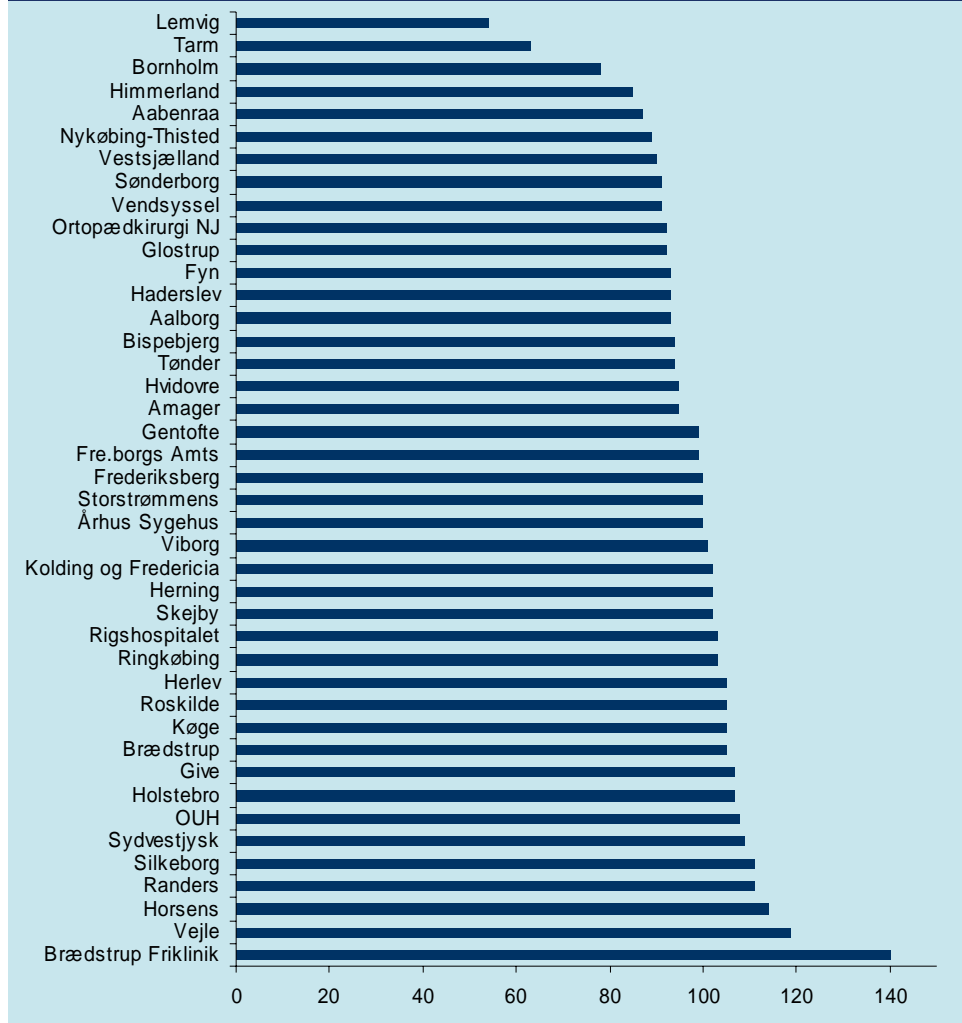
¹Beregnet som et simpelt gennemsnit af udviklingen for 2004-2005 og 2005-2006.

Der er generel tendens til, at mindre sygehuse har det relativt laveste produktivetsniveau. Endvidere skiller Friklinikken Brædstrup sig i lighed med målingen sidste år ud med et produktivetsniveau, der ligger 40 pct. over landsgennemsnittet. Den primære forklaring herpå er, at Friklinikken i Brædstrup primært foretager planlagte ambulante operationer. Samlet betyder dette, at sygehusets produktivetsniveau ikke er rimeligt at sammenligne med niveauet på øvrige sygehuse. Samtidig placerer Tarm og Lemvig sygehuse sig med produktivetsniveauer, der er betydeligt under landsgennemsnittet.

Hvis der ses bort fra sygehuse i Tarm og Lemvig samt Friklinikken i Brædstrup, fordeler sygehuse sig i et bånd på ca. 20 pct. over og under det landsgennemsnitlige produktivetsniveau i 2006. Denne fordeling er således stort set uændret i forhold til produktivetsmålingerne fra sidste år⁴.

⁴ Oversigt over udviklingen i produktionsværdi og omkostninger fra 2005 til 2006 på sygehusniveau fremgår af bilag E.

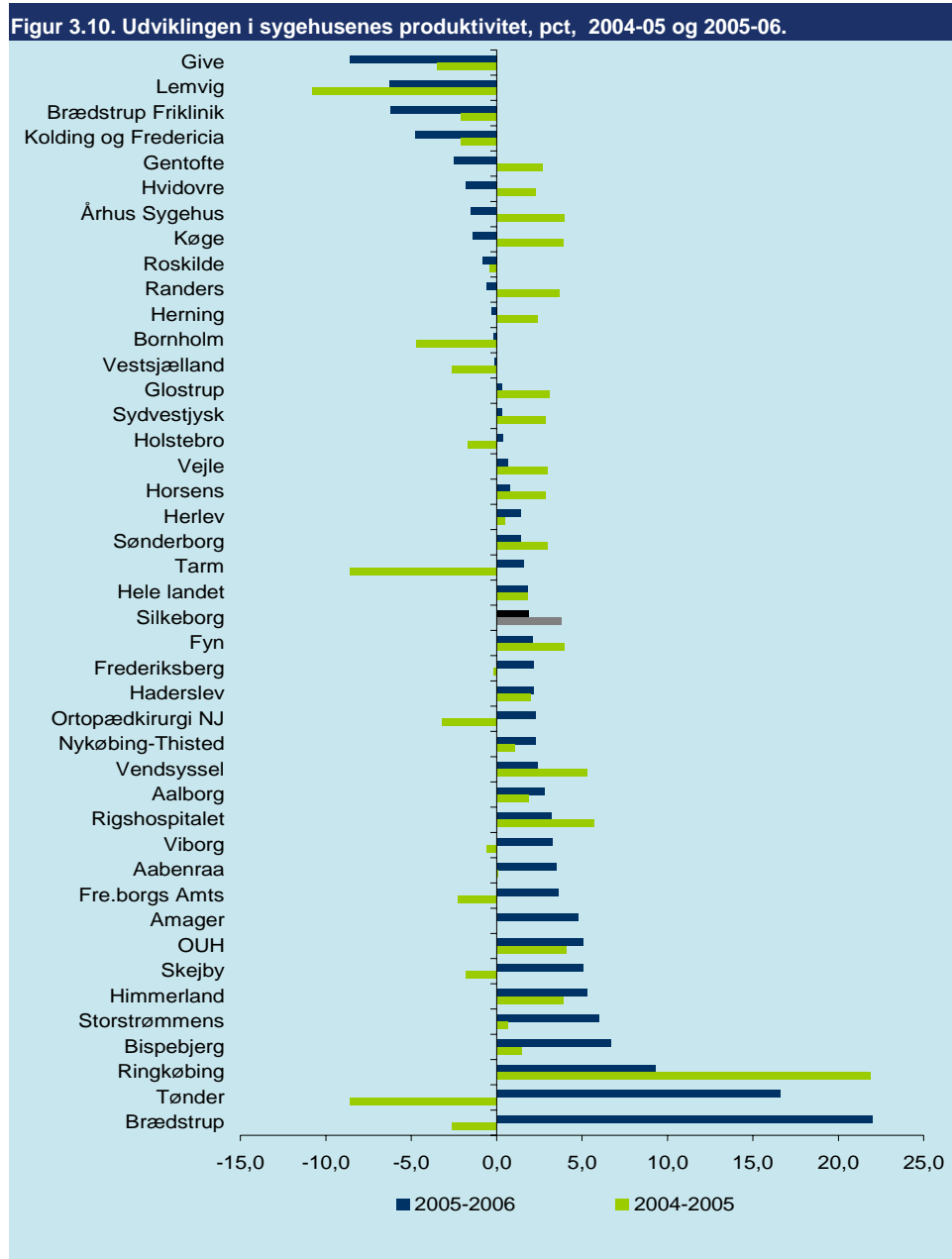
Figur 3.9. Sygehusenes produktivitet i forhold til gennemsnittet, pct., 2006



Der kan ligeledes konstateres store forskelle i produktivitsudviklingen på tværs af sygehuse, jf. figur 3.10. Der er imidlertid ikke nogen entydig tendens til, at de sygehuse der oplevede et produktivitsfald fra 2004 til 2005 ligeledes oplever et produktivitsfald fra 2005-2006. Omvendt er der flere eksempler på, at sygehuse, der havde faldende produktivitet fra 2004-2005, har vendt udviklingen og opnår en produktivitsstigning fra 2005-2006. Dette er eksempelvis gældende for Frederiksberg, Skejby, Tarm og Holstebro sygehuse⁵.

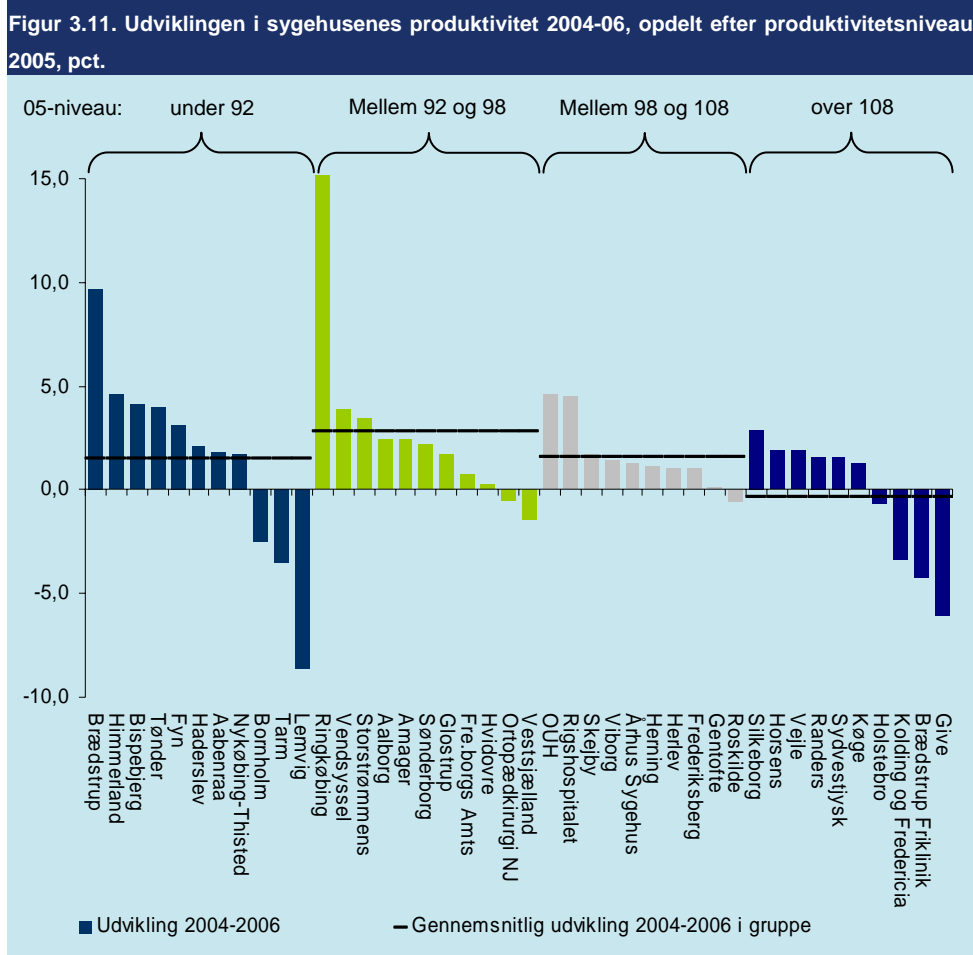
⁵ En del af denne variation kan bl.a. tilskrives usikkerheder i specielt opgørelsen af de tilrettede driftsudgifter

Der er imidlertid også flere eksempler på, at det modsatte er tilfældet, idet eksempelvis Vejle, Hvidovre, Randers, Køge og Århus sygehus fra 2005-2006 har haft et produktivetsfald, mens sygehusene i perioden 2004-2005 gennemgik en produktivetsstigning.



Grupperes sygehuse efter deres respektive produktivetsniveau i 2005 viser det sig således også, at gruppen af sygehuse med det højeste produktivetsniveau i 2005 samtidig er den gruppe, der oplever den laveste produktivetsstigning fra 2004 til 2006, jf. Figur 3.11. Faktisk oplever gruppen et gennemsnitligt produktivetsfald.

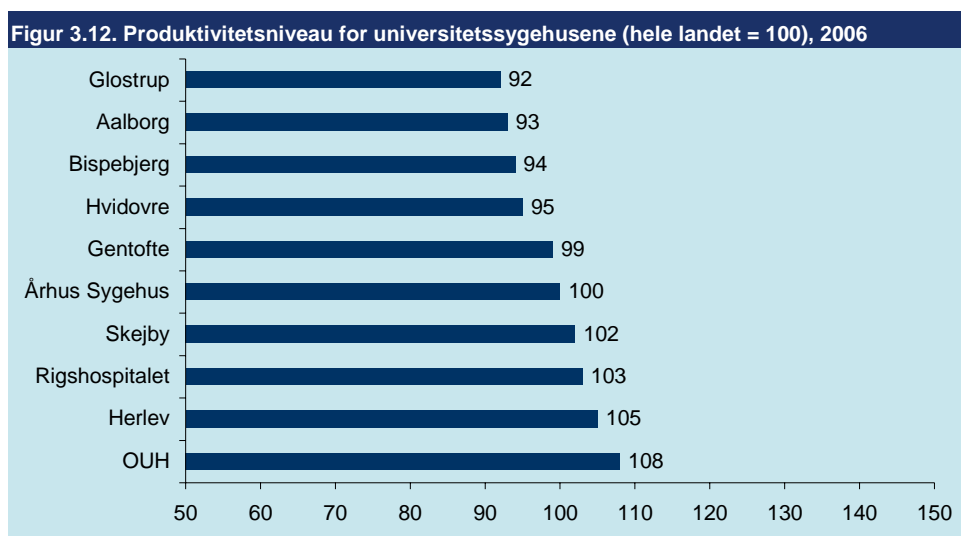
Figuren viser dog samtidig, at der internt i grupperne stadig er stor variation mellem sygehuses produktivetsudviklinger. Dette er derfor en indikation om, at produktivetsstigninger, også for de relativt mest produktive sygehuse, er muligt.



For yderligere at nuancere billedet af sygehusenes produktivetsniveauer er sygehusene grupperet efter størrelse, jf. figur 3.12 til 3.15⁶. Sygehusenes størrelse bliver ofte inddraget som del af en forklaring på forskelle i produktivetsniveauer mellem sygehusene. Umiddelbart er der således også indikationer af, at produktiviteten er relativt mindst på de små sygehuse, mens det ligeledes er kendetegnende, at forskellene mellem sygehusenes produktivetsniveauer er størst for gruppen, der betegnes som små sygehuse. I forhold til store sygehuse, er de små sygehuses produktivetsniveau typisk mere afhængige af enkelte afdelinger. Det kan således forventes at skinne klarere igennem på små sygehuse end på større sygehuse, hvis en enkelt afdeling har høj henholdsvis lav produktivitet.

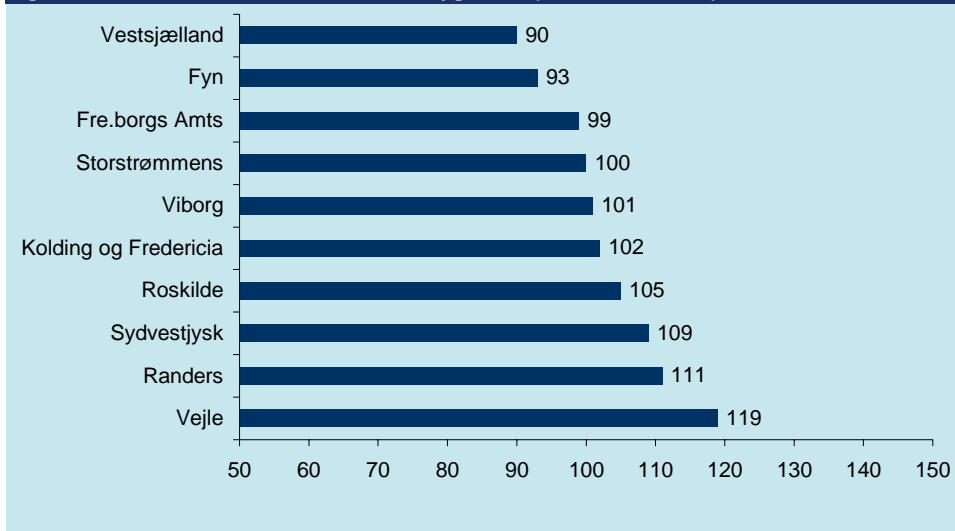
Det skal imidlertid pointeres, at der for nogle af de sygehuse, der i opgørelsen betegnes som "store" sygehuse reelt er tale om, at flere sygehusmatrikler er slået sammen til ét sygehus og har én overordnet ledelse. Dette er eksempelvis gældende for de sygehuse, der betegnes Vestsjællands og Storstrømmens sygehuse.

Selve sygehusets størrelse udgør således naturligvis ikke hele forklaringen på forskellene i sygehusenes produktivetsniveau. Et eksempel på én nuancerende forklaring kan være, at mindre sygehuse i højere grad end store behandler langtidsmedicinske patienter.

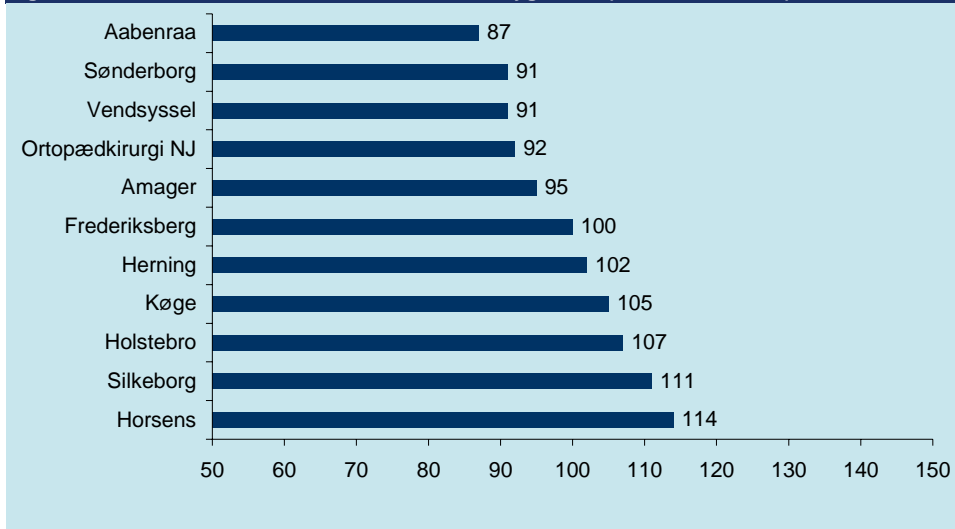


⁶ Sygehusene er grupperet i fire grupper, hvoraf den ene gruppe udgøres af universitetssygehusene. Øvrige grupper er opdelt således, at der skabes tre lige store grupper, hvor der er grupperet efter sygehusenes DRG- og DAGS-produktionsværdi.

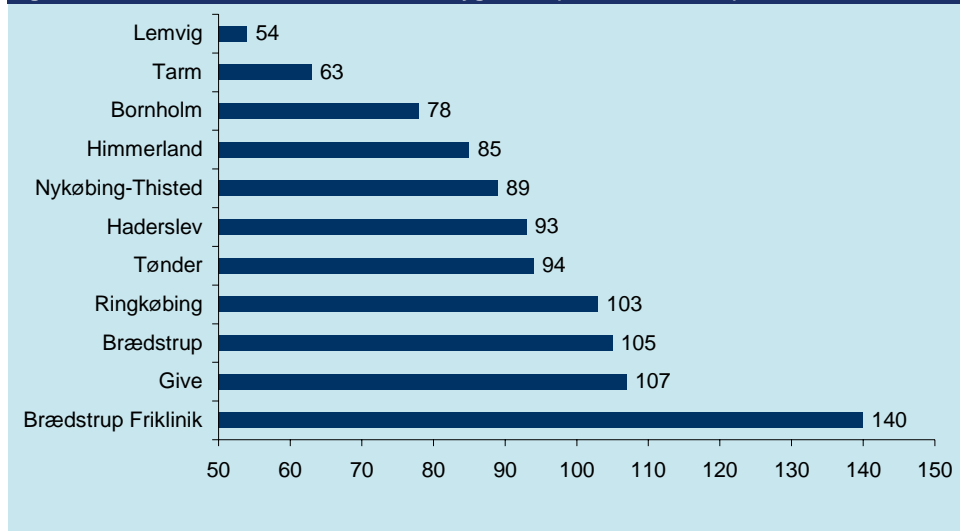
Figur 3.13. Produktivitetsniveau for store sygehuse (hele landet = 100), 2006



Figur 3.14. Produktivitetsniveau for mellemstore sygehuse (hele landet = 100), 2006



Figur 3.15. Produktivetsniveau for mindre sygehuse (hele landet = 100), 2006

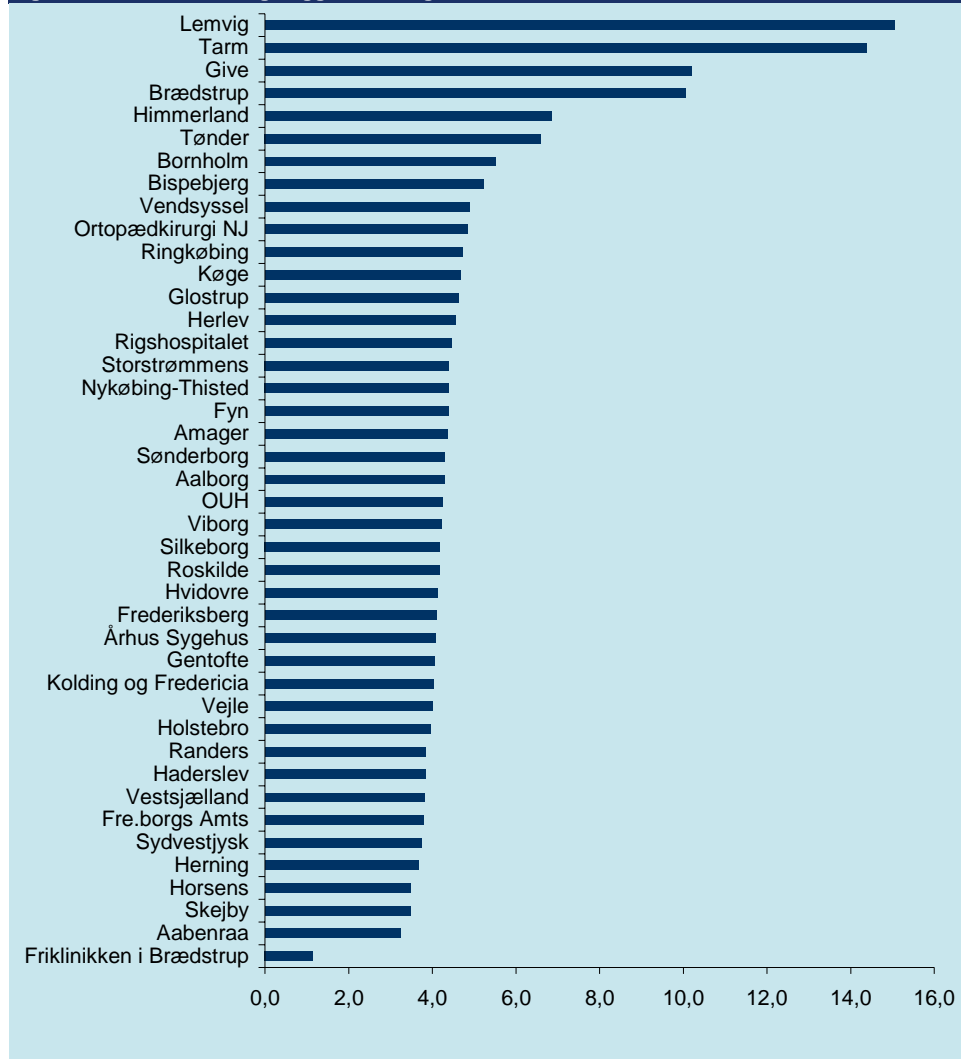


En opgørelse over forskelle i sygehuses gennemsnitlige liggetider kan være med til at kaste yderligere lys på, om patienternes liggetid er relativt længst på mindre sygehuse og dermed er med til at give et relativt lavere produktivetsniveau.

Dette synes i hvert fald for nogle sygehuses vedkommende at være tilfældet. Generelt synes der at være en ret klar sammenhæng mellem et sygehuse produktivetsniveau og den gennemsnitlige liggetid på sygehuset. Igen kan denne sammenhæng skyldes flere forskellige forhold. Indlæggelsestiden kan som omtalt være bestemt af, hvilke opgaver sygehuse- ne varetager. Eksempelvis er en relativt lille del af behandlingerne på Tarm og Lemvig sy- gehuse kirurgiske, mens langt størstedelen af operationerne på Friklinikken i Brædstrup er forholdsvis små kirurgiske indgreb.

Den gennemsnitlige liggetid kan imidlertid også være et udtryk for et sygehuse evne til at planlægge et behandlingsforløb, herunder evnen til at udnytte personale og produktions- apparat optimalt.

Figur 3.16. Gennemsnitlige liggetider, dage, 2006



4. Afdelingsproduktivitet

Der har været nedsat en særskilt arbejdsgruppe, som har udarbejdet en pilotundersøgelse med opgørelse af udvalgte nøgletal og produktivitetsindikatorer på afdelingsniveau. Pilotprojektet har fokuseret på to udvalgte sygehusspecialer: kirurgisk gastroenterologi og gynækologi/obstetrik. Arbejdsgruppen har udarbejdet rapporten "Pilotundersøgelse med nøgletal og produktivitetsindikatorer for udvalgte afdelinger i sygehussektoren". Dette kapitel er et komprimeret resumé af arbejdsgruppens rapport. Hele arbejdsgruppens rapport er offentliggjort på sundhed.dk og Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside samtidig med offentliggørelse af denne rapport.

4.1 Valg af afdelinger og indikatorer

Den første opgave har været at udvælge de afdelinger og indikatorer, som opgørelsen af nøgletal og produktivitetsindikatorer skal baseres på.

På Danmarks ca. 68 sygehuse findes godt 900 afdelinger og ca. 40 specialer ifølge Sundhedsstyrelsens opgørelse på basis af sygehus-afdelingsklassifikationen. Udgangspunktet for udvælgelse af afdelinger var at medtage afdelinger, der udfører behandlinger inden for specialerne gynækologi/obstetrik og kirurgisk gastroenterologi.

For det kirurgisk gastroenterologiske speciale er det gældende, at behandlingerne udføres på en række forskellige sygehusafdelinger. Endvidere udføres behandlingerne inden for specialet i varierende omfang på de forskellige afdelinger. Der findes således ikke afdelinger, hvor der udelukkende gennemføres behandlinger inden for dette speciale. I undersøgelsen indgår derfor de kirurgisk-gastroenterologiske afdelinger, hvor omsætningen inden for området "sygdomme i fordøjelseskanaler" i DRG-systemet havde en DRG-produktionsværdi på mindst 11 mio. kr. for herved at sikre en vis volumen af specialet på afdelingen. På den baggrund blev der udvalgt 34 mave-tarm kirurgiske afdelinger til at indgå i undersøgelsen, jf. tabel 4.1.

For det gynækologiske-obstetriske speciale er udvalgt afdelinger, som har en omsætning på 1 mio. kr. eller mere målt i DRG-produktionsværdi inden for området "sygdomme i kvindelige kønsorganer" og området "fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab" i DRG-

systemet. På den baggrund blev der udvalgt 33 afdelinger inden for dette speciale, jf. tabel 4.2.

Der kan opstilles en række forskellige hensyn for, hvordan produktivetsindikatorer på afdelingsniveau skal udvælges.

Arbejdsgruppen har lagt vægt på følgende hensyn:

- Indikatorerne bør så vidt muligt vise elementer i behandlingsforløbet, der påvirker produktiviteten
- Indikatorerne bør så vidt muligt vise ressourcetræk og aktivitet på afdelingen
- Indikatorer bør så vidt muligt basere sig på data fra centrale registre
- Der bør udvælges et begrænset antal indikatorer til offentliggørelse, der samtidig er nogenlunde enkle at fortolke.

På den baggrund er der af arbejdsgruppen udvalgt syv nøgletal og ni produktivetsindikatorer, som opgøres for afdelingerne, der indgår i undersøgelsen, jf. boks 4.1. Der er tale om nøgletal og indikatorer, som giver et indtryk af afdelingens aktivitet, omkostninger, personaleomfang og arbejdstilrettelæggelse mv.

Som bekendt anvendes omkostningsbrøken som produktivetsindikator i målingerne af produktivitet på lands-, regions- og sygehusniveau. I nærværende undersøgelse anvendes omkostningsbrøken imidlertid ikke. Det skyldes, at opgørelsen af DRG-produktionsværdien og omkostninger på afdelingsniveau ikke på nuværende tidspunkt vurderes at have en datakvalitet, der berettiger en anvendelse af omkostningsbrøken på afdelingsniveau.

Boks 4.1. Oversigt over nøgletal og indikatorer i pilotundersøgelsen

Nøgletal for afdelingerne

1. Afdelingsindlæggelser, antal
2. Ambulante besøg, antal
3. DRG-produktionsværdi, mio. kr.
4. Afdelingens omkostninger, mio. kr.
5. Læger, årsværk
6. Sygeplejersker, årsværk
7. Andet plejepersonale, årsværk

Indikatorer for afdelingerne

1. Liggetid, dage
2. Ambulante besøg pr. indlæggelse, antal
3. Ambulante besøg pr. ambulante operation, antal
4. Kirurgiske indgreb foretaget ambulant, andel
5. Radiologiske ydelser pr. patient
6. DRG-produktionsværdi pr. læge
7. DRG-produktionsværdi pr. sygeplejerske
8. DRG-produktionsværdi pr. plejepersonale
9. DRG-produktionsværdi pr. lønsum

Kilde: Rapporten "Pilotundersøgelse med nøgletal og produktivetsindikatorer for udvalgte afdelinger i sygehussektoren" – november 2007.

4.2 Resultater: Nøgletal og indikatorer

Taloversigter

Nøgletal og produktivetsindikatorerne for de udvalgte afdelinger fremgår af nedenstående tabel 4.1 og 4.2. I denne delrapport III fremgår ikke alle tallene, men for nogle indikatorer udelukkende de standardiserede tal. For komplette talopgørelser henvises til selve rapporten "Pilotundersøgelse med nøgletal og produktivetsindikatorer for udvalgte afdelinger i sygehussektoren".

Tabel 4.1. Oversigt over nøgletal og indikatorer for 34 mave-tarm kirurgiske afdelinger.

Sygehus (afdelingens SKS-kode)	DRG/DAGS-produktionsværdi	Omkostninger	Antal læger	Antal sygeplejersker	DRG-værdi pr. læge	DRG-værdi pr. sygeplejerske
Rigshospitalet (36)	153.476	150.993	29	69	5.292	2.224
Bispebjerg (48)	167.342	170.354	37	107	4.542	1.564
Hvidovre (07)	142.839	135.048	39	101	3.663	1.414
Amager (03)	63.149	62.429	16	32	3.947	1.973
Gentofte (20)	131.549	124.244	29	99	4.536	1.329
Glostrup (34)	111.350	111.377	26	38	4.229	2.940
Herlev (15)	123.359	146.170	27	64	4.569	1.927
Frederiksborg amts (26)	314.558	332.177	77	120	4.085	2.621
Roskilde (06)	59.081	52.304	36	61	4.615	2.710
Køge (04)	106.489	91.639				
Holbæk (30)	117.212	91.086	24	39	4.884	3.005
Slagelse (31)	146.324	159.577	33	51	4.434	2.869
Næstved (01)	136.606	131.688	34	45	4.018	3.036
Nykøbing Falster (02)	87.643	87.033	23	37	3.811	2.369
OUH (28)	184.419	152.734	34	92	5.392	2.013
Middelfart, OUH (63)	59.557	41.836	14	24	4.209	2.532
Sygehus Fyn (04)	235.118	136.545	31	41	7.584	5.735
Sønderborg (06)	112.971	109.739	24	46	4.707	2.456
Aabenraa (07)	132.783	94.392	30	35	4.426	3.794
Esbjerg, stationær (043)	114.307	-	28	56	4.961	2.458
Esbjerg, ambul. (04P)	22.198	-				
Horsens (07)	107.899	83.934	16	35	6.744	3.083
Kolding (13)	106.397	94.878	18	31	5.911	3.432
Vejle (21)	121.266	89.384	23	59	5.272	2.055
Holstebro (05)	88.782	78.944	17	37	5.222	2.400
Herning (07)	228.335	191.631	38	101	6.009	2.261
Silkeborg (08)	76.012	-	16	29	4.751	2.621
Århus Sygehus (28)	154.402	91.723	37	69	4.173	2.238
Århus Amtssygehus (07)	171.564	128.581	-	-	-	-
Randers (07)	194.213	-	32	82	6.069	2.368
Viborg (05)	217.607	189.122	35	54	6.217	4.030
Sygehus NORD (11)	64.055	56.654	12	17	5.338	3.768
Aalborg (12)	271.803	241.889	45	122	6.040	2.228
Vendsyssel (07)	182.419	177.185	40	111	4.560	1.643
Gennemsnit	138.444	126.843	30	61	4.950	2.616

Kilde: Rapporten "Pilotundersøgelse med nøgletal og produktivetsindikatorer for udvalgte afdelinger i sygehussektoren".

Anm: Indikatorerne for liggetid, ambulante besøg pr. operation og indlæggelse samt andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant er korrigeret for patientsammensætning. Øvrige nøgletal og indikatorer er opgjort i absolutte tal.

Table 4.1. (continued) Overview of key figures and indicators for 34 abdominal and colorectal surgical departments

Sygehus (afdelingens SKS-kode)	DRG-værdi pr. andet plejepersonale	DRG-værdi pr. løn kr.	Liggetid	Antal besøg pr. indlæggelse	Besøg pr. ambulans operation	Kirurgiske indgreb foretaget ambulant (%)	Antal radiologiske ydelser pr. patient
Rigshospitalet (36)	17.053	3,1	4,7	2,0	2,7	1	2,1
Bispebjerg (48)	34.936	2,7	3,5	1,7	2,5	24	1,1
Hvidovre (07)		2,0	4,4	2,0	2,1	35	0,8
Amager (03)	12.630	2,6	4,2	1,4	1,8	42	1,0
Gentofte (20)	4.385	2,0	5,2	1,9	2,1	50	1,2
Glostrup (34)	6.478	2,8	4,9	1,5	2,5	40	1,1
Herlev (15)	6.853	2,5	4,7	1,7	2,5	10	1,3
Frederiksborg amts (26)	7.149	2,9	4,2	1,4	2,1	23	0,7
Roskilde (06)			5,1	1,7	2,6	40	1,1
Køge (04)	6.867	2,6	5,4	1,3	2,2	25	0,5
Holbæk (30)	4.042	3,3	4,4	1,3	2,1	34	0,7
Slagelse (31)	6.362	3,3	4,5	1,2	1,9	16	1,2
Næstved (01)	5.464	2,6	5,1	1,3	2,1	14	1,0
Nykøbing Falster (02)	4.613	2,4	5,3	1,0	2,1	24	0,9
OUH (28)	6.489	2,7	4,1	1,4	2,3	27	0,4
Middelfart, OUH (63)	6.343	2,7	4,9	1,3	2,2	47	0,4
Sygehus Fyn (04)	21.374	5,9	3,8	1,1	2,1	28	0,3
Sønderborg (06)	8.069	3,0	4,5	1,3	2,0	42	0,6
Aabenraa (07)	10.214	3,6	3,4	0,8	1,9	31	0,8
Esbjerg, stationær (043)			4,0	0,9	-	-	0,6
Esbjerg, ambul. (04P)	6.860	3,4	-	-	2,3	-	0,2
Horsens (07)	11.989	4,2	4,0	1,3	2,0	38	0,7
Kolding (13)	15.200	4,0	4,1	1,3	1,9	44	0,6
Vejle (21)	10.106	3,0	3,9	1,9	2,1	38	0,7
Holstebro (05)	8.878	3,1	4,4	1,0	1,9	35	0,6
Herning (07)	6.171	3,0	4,2	1,2	2,1	39	0,6
Silkeborg (08)	7.601	2,9	4,7	1,2	2,0	27	0,7
Århus Sygehus (28)	7.720	2,5	4,0	1,3	2,3	56	1,5
Århus Amtssygehus (07)	-	-	4,4	1,6	2,2	36	1,3
Randers (07)	8.092	3,3	3,8	1,3	2,0	50	0,6
Viborg (05)	12.800	4,0	3,7	1,0	2,0	37	0,6
Sygehus NORD (11)	9.151	3,5	4,0	0,9	1,9	40	0,5
Aalborg (12)	6.471	3,0	4,4	0,9	2,1	30	1,1
Vendsyssel (07)	6.515	2,3	4,7	0,9	1,8	33	0,8
Gennemsnit	9.473	3,1	4,4	1,3	2,1	33	0,8

Kilde: Rapporten "Pilotundersøgelse med nøgletal og produktivtetsindikatorer for udvalgte afdelinger i sygehussektoren".

Anm: Indikatorerne for liggetid, ambulante besøg pr. operation og indlæggelse samt andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant er korrigeret for patientsammensætning. Øvrige nøgletal og indikatorer er opgjort i absolutte tal.

Tabel 4.2: Oversigt over nøgletal og indikatorer for 33 gynækologiske-obstetriske afdelinger.

Sygehus (afdelingens SKS-kode)	DRG/DAGS-produktionsværdi	Omkostninger	Antal læger	Antal sygeplejersker	DRG-værdi pr. læge	DRG-værdi pr. sygeplejerske
Rigshospitalet (52)	239.538	204.205	49	86	4.889	2.785
Hvidovre (16)	315.095	218.988	47	93	6.704	3.388
Frederiksberg (04)	97.299	50.743	17	19	5.723	5.121
Gentofte (07)	132.630	98.848	22	3	6.029	44.210
Glostrup (04)	124.586	122.264	25	38	5.052	3.321
Herlev (04)	142.654	139.533	31	57	4.602	2.503
Fre.borg amtssy. (25)	164.811	183.798	36	89	4.578	1.852
Roskilde (04)	185.323	133.771	25	37	7.413	5.009
Holbæk (40)	110.446	76.051	18	15	6.136	7.363
Slagelse (41)	73.967	69.981	16	25	4.623	2.959
Næstved, Storstrøm (14)	101.281	61.594	20	25	5.064	4.051
Nykøbing, Storstrøm (15)	46.071	42.018	8	16	5.759	2.879
OUH (07)	222.764	185.788	38	94	5.879	2.372
Sygehus Fyn (11)	85.075	-	18	39	4.726	2.181
Sønderborg (04)	82.033	83.146	19	46	4.318	1.783
Haderslev (11)	41.925	45.901	13	27	3.225	1.553
Esbjerg, Gyn (040)	24.622	-				
Esbjerg, Obs (047)	63.933	-	21	58	5.115	1.854
Esbjerg, Amb (04G)	18.858	-				
Grindsted (44)	48.834	-	10	17	4.883	2.873
Fredericia (04)	41.318	48.897	12	22	3.443	1.878
Horsens (03)	93.275	65.418	21	28	4.442	3.331
Kolding (04)	122.750	89.192	22	39	5.580	3.147
Holstebro (13)	43.499	41.098	-	-	-	-
Herning (05)	121.750	97.379	30	68	1.450	640
Silkeborg (04)	73.308	58.650	15	27	4.887	2.715
Randers (04)	105.764	-	20	51	5.288	2.074
Skejby (33)	285.806	200.647	45	122	6.351	2.343
Viborg (03)	91.452	85.252	17	47	5.380	1.946
Nykøbing-Thisted (10)	40.629	41.485	12	18	3.386	2.257
Aalborg (08)	203.795	143.714	34	75	5.994	2.717
Hjørring (04)	75.929	71.501	20	21	3.796	3.616
Vendsyssel (25)	24.115	25.286	-	8	-	3.014
Gennemsnit	110.459	99.450	23	44	4.990	4.258

Kilde: Rapporten "Pilotundersøgelse med nøgletal og produktivtetsindikatorer for udvalgte afdelinger i sygehussektoren".

Anm: Indikatorerne for liggetid, ambulante besøg pr. operation og indlæggelse samt andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant er korrigeret for patientsammensætning. Øvrige nøgletal og indikatorer er opgjort i absolutte tal.

Tabel 4.2 (fortsat): Oversigt over nøgletal og indikatorer for 33 gynækologiske-obstetriske afdelinger.

Sygehus (afdelingens SKS-kode)	DRG-værdi pr. andet plejepersonale	DRG-værdi pr. løn kr.	Liggetid	Antal besøg pr. indlæggelse	Besøg pr. ambulante operation	Kirurgiske indgreb foretaget ambulant (%)	Antal radiologiske ydelser pr. patient
Rigshospitalet (52)	12.607	2,0	3,1	1,3	4,0	33	0,04
Hvidovre (16)	7.002	2,6	2,6	0,8	4,4	28	0,03
Frederiksberg (04)	8.845	2,6	2,3	0,5	2,8	19	0,02
Gentofte (07)	6.632	3,1	2,2	0,7	3,6	41	0,07
Glostrup (04)	7.762	2,0	3,1	1,1	3,4	44	0,06
Herlev (04)	5.944	2,1	3,1	1,2	3,4	33	0,06
Fre.borg amtssy. (25)	8.674	1,9	2,5	1,6	3,7	35	0,04
Roskilde (04)	20.591	3,0	2,9	1,0	4,2	38	0,04
Holbæk (40)	7.889	5,0	2,7	1,0	3,2	37	0,05
Slagelse (41)	4.931	3,3	3,0	0,7	3,1	38	0,06
Næstved, Storstrøm (14)	5.331	2,3	2,5	0,7	2,7	40	0,08
Nykøbing, Storstrøm (15)	3.839	1,7	2,4	0,7	2,6	35	0,07
OUH (07)	4.617	2,7	3,0	0,8	3,0	36	0,04
Sygehus Fyn (11)	14.179	2,7	3,1	0,4	2,9	47	0,01
Sønderborg (04)	5.127	2,4	4,1	0,6	2,7	45	0,08
Haderslev (11)	-	2,3	3,1	0,4	2,5	38	0,24
Esbjerg, Gyn (040)	3.665	2,5	2,8	0,5	-	0	0,15
Esbjerg, Obs (047)			3,2	0,7	-	0	0,01
Esbjerg, Amb (04G)			-	-	3,1	59	0,08
Grindsted (44)	16.278	2,9	2,7	0,7	3,0	33	-
Fredericia (04)	3.756	1,9	2,6	0,7	3,0	40	0,06
Horsens (03)	10.364	3,4	2,7	0,8	2,9	47	0,04
Kolding (04)	13.639	3,6	3,2	0,5	3,2	41	0,03
Holstebro (13)	-	-	2,7	0,4	2,9	53	0,01
Herning (05)	2.289	2,2	3,0	0,6	2,7	45	0,03
Silkeborg (04)	6.664	2,1	3,0	0,8	3,1	33	0,05
Randers (04)	7.555	2,8	2,6	0,4	2,7	46	0,32
Skejby (33)	7.521	2,5	2,7	0,7	3,5	35	0,28
Viborg (03)	6.532	2,6	3,0	0,3	3,0	31	0,19
Nykøbing-Thisted (10)	4.514	2,1	3,1	0,6	2,7	46	0,09
Aalborg (08)	5.823	3,1	3,1	0,7	3,2	40	0,07
Hjørring (04)	10.847	2,8	3,2	0,7	3,3	34	0,12
Vendsyssel (25)	24.115	7,1	1,9	0,7	2,5	18	1,18
Gennemsnit	8.536	2,8	2,8	0,7	3,1	34	0,11

Kilde: Rapporten "Pilotundersøgelse med nøgletal og produktivetsindikatorer for udvalgte afdelinger i sygehussektoren".

Anm: Indikatorerne for liggetid, ambulante besøg pr. operation og indlæggelse samt andel kirurgiske indgreb foretaget ambulant er korrigeret for patienttyngde. Øvrige nøgletal og indikatorer er opgjort i absolutte tal.

Nøgletal for alle afdelinger

Nøgletallene for **aktivitet, omkostninger og personale** vedrører de enkelte afdelingers aktivitets- og behandlingsomfang.

De største mave-tarmkirurgiske afdelinger har ca. 11.000 indlæggelser, ca. 6.000 ambulante besøg, en DRG-produktionsværdi på ca. 300 mio. kr. og henholdsvis ca. 40 læger og ca. 100 sygeplejersker ansat på afdelingen. De mindste afdelinger har under 2.000 indlæggelser, mellem 4.000 og 6.000 ambulante besøg, DRG-produktionsværdi på omkring 60.000 mio. kr., mellem 10 og 20 læger og ca. 25 sygeplejersker ansat.

De største gynækologiske-obstetriske afdelinger har over 10.000 indlæggelser, over 50.000 ambulante besøg, DRG-produktionsværdi i omegnen af 300.000 og henholdsvis ca. 40 læger og ca. 100 sygeplejersker. De mindste afdelinger har under 1.500 indlæggelser og ca. 5.000 ambulante besøg, DRG-produktionsværdi på 20-30 mio. kr., omkring 10 læger og under 20 sygeplejersker.

Indikatorer for arbejdstilrettelæggelse

Produktivitetsindikatorerne kan overordnet siges at vedrøre afdelingernes arbejdstilrettelæggelse og personalets bidrag til DRG-produktionsværdien

Indikatorerne for arbejdstilrettelæggelse omfatter patienternes liggetid, ambulante besøg pr. indlæggelse henholdsvis operation, andelen af kirurgiske indgreb, der er foretaget ambulantly samt antallet af radiologiske ydelser pr. patient.

Der kan konstateres forskelle i **liggetiden** på afdelingerne for begge specialer, når der er taget højde for forskelle i patientsammensætning. For de mave-tarmkirurgiske afdelinger er der ca. 2 dages forskel mellem længste og korteste standardiserede liggetid og en gennemsnitlig liggetid på 4,4 dage. For de gynækologiske-obstetriske afdelinger er der ligeledes ca. 2 dages forskel mellem den længste og korteste standardiserede liggetid og en gennemsnitlig liggetid på ca. 2,8 dage.

Antallet af ambulante besøg pr. indlæggelse varierer for mave-tarm kirurgiske afdelinger mellem 0,8 besøg og 1,9 besøg pr. indlæggelse med et gennemsnit på 1,3 besøg.

Generelt synes afdelinger på mindre hospitaler at have relativt færrest ambulante besøg pr. indlæggelse.

Hvad angår de gynækologisk-obstetriske afdelinger placerer de fleste afdelinger sig i spændet mellem et halvt og ét ambulantly besøg pr. indlæggelse.

Når de standardiserede tal betragtes, varierer antallet af **ambulante besøg pr. ambulat operation** for de mave-tarmkirurgiske afdelinger mellem 1,8 og 2,7 besøg med et gennemsnit på 2,1 besøg. For de gynækologiske-obstetriske afdelinger varierer det mellem 2,5 og 4,4 med et gennemsnit på 3,1.

Når der ikke tages højde for behandlingernes tyngde og tallene dermed er ustandardiserede, er variationen for begge sæt af afdelinger betydeligt større. Dette indikerer, at patienttyngden har betydning for antallet af ambulante besøg pr. ambulat operation.

For indikatoren **andel kirurgiske indgreb, der er foretaget ambulat** er det som ved de øvrige indikatorer gældende, at afdelingerne nærmer sig hinanden, når tallene er standardiseret i forhold til de ikke-standardiserede tal. Der er imidlertid også efter standardisering betydelige forskelle på tværs af afdelinger.

Antallet af radiologiske ydelser pr. patient varierer mellem 0,2 og 2,1 for mave-tarm kirurgiske afdelinger med et gennemsnit på 0,8. Ca. halvdelen af afdelingerne placerer sig i intervallet mellem 0,5 og 1 radiologisk ydelser pr. patient.

For gynækologisk-obstetriske afdelinger er antallet af disse ydelser begrænset. Således er der tale om et midterfelt af afdelinger, der kredser omkring ca. 0,1 radiologiske ydelser pr. patient.

Indikatorer for personale/DRG-produktionsværdi

For **DRG-produktionsværdi pr. ansat læge** er det gældende for begge specialer, at denne indikator varierer på tværs af afdelinger fra en DRG-produktionsværdi på ca. 3,5 mio. kr. til ca. 7,5 mio. kr. pr. læge med et gennemsnit på 5 mio. kr. pr. læge.

Overordnet er der ligeledes for begge specialers vedkommende tendens til, at mindre afdelinger (målt i DRG-produktionsværdi) generelt har den relativt laveste DRG-produktionsværdi pr. læge.

Hvad angår **DRG-produktionsværdien pr. sygeplejerske** varierer den mellem 1,3 mio. kr. og 5,7 mio. kr. med et gennemsnit på ca. 2,6 mio. kr., for mave-tarm kirurgiske afdelinger. De gynækologiske-obstetriske afdelinger varierer mellem 1,5 mio. kr. og ca. 5 mio. kr. når der bortses fra afdelingerne på Herning og Gentofte sygehuse⁷.

Det overordnede billede synes at være, at der er relativt flere sygeplejersker på de største afdelinger til produktionen af produktionsværdien end på mindre afdelinger. Tendensen synes imidlertid primært at gælde for det mave-tarm kirurgiske speciale. Som det omtales nedenfor skyldes en del af forskellene sandsynligvis også dataproblemer. Til eksempel dækker de 99 sygeplejersker på mave-tarm kirurgisk afdeling i Gentofte i alt 6 specialer, operationsgang for i alt 3 specialer og endoskopi for 2 specialer og herudover afdelingens sengeafsnit og ambulatorier.

Hvad angår **DRG-produktionsværdien pr. lønkrone** kan der for begge specialers vedkommende konstateres relativt store forskelle.

Afdelingerne placerer sig generelt således, at mellem en fjerdedel og halvdelen af DRG-produktionsværdien går til lønninger. I lighed med andre indikatorer er også denne indikator derfor primært velegnet til at sammenligne afdelinger med tilnærmelsesvis samme patientsammensætning, størrelse, personalesammensætning mv. Herved kan der opnås et bedre sammenligningsgrundlag for, hvor stor produktion der opnås pr. lønkrone. Indtil videre må en del af forskellene imidlertid også forklares med forskelle i sygehusenes måde at lave og indberette fordelingsregnskaber på.

4.3 Resultater: Validering og datakvalitet

De data, der ligger til grund for beregningen af indikatorerne i dette kapitel, har været udsendt i validering i regionerne. Samtlige regioner har meldt tilbage med validering af alle

⁷ Hvad angår Gentofte Sygehus er antal sygeplejersker kun opgjort til 3, mens der på afdelingen på Herning sygehus er opgjort til 68. Dette bevirker en henholdsvis meget høj og meget lav DRG-produktionsværdi pr sygeplejerske på pågældende afdelinger. Hermed adskiller disse afdelinger sig betydeligt fra øvrige afdelinger, hvilket kan indikere uregelmæssigheder/præciseringsproblemer i pågældende afdelingers personaleopgørelse.

eller dele af de data, som blev udsendt. Valideringen har sammen med selve arbejdet i arbejdsgruppen ført til identifikation af en række udfordringer i forbindelse med opgørelse af nøgletal og indikatorer på afdelingsniveau. Disse udfordringer er i hovedtræk sammenfattet nedenfor, jf. boks 4.2.

Boks 4.2. Udfordringer ved opgørelse af nøgletal og produktivetsindikatorer på afdelingsniveau	
Nøgletal/indikator	Udfordringer
DRG-produktionsværdi	Præciseringsproblemer f.s.v.a., hvilken afdeling, der godskrives den skabte værdi.
Omkostninger	Omkostningsdatabasens varierende kvalitet, hvilket bl.a. skyldes forskelle i registreringspraksis og forskellig indberetning af fordelingsregnskaberne. Præciseringsproblemer f.s.v.a., hvilken afdeling der påføres de tilgæede omkostninger.
Liggetid	Usikkerheder forbundet med antal genindlæggelser Ventende færdigbehandlede patienter
Personaleopgørelser	Manglende præcision i opgørelser af lønsum samt antal årsværk. Skyldes bl.a. uklarheder med graden af afdelingsassistancer, antallet af turnuslæger (uddannelsesforpligtelse), antal barselsorlov, vikarer etc.
Sammenlignelighed	Afdelingers størrelse, patientsammensætning og opgaveportefølje varierer
Sygehusstruktur	Forskelle i organiseringen af behandling etc. mellem afdelinger kan have indflydelse på såvel indikatorer som nøgletal
Måling på DRG-behandlingsniveau	Der er behov for også at udvikle produktivetsindikatorer for udvalgte DRG-behandlinger og forløb
Standardiseringsmetode	Variationen mellem afdelingernes behandlinger indenfor de forskellige DRG-grupper varierer. Analyser af standardiseringsmetodens robusthed.
Afdelingsudskrivninger	Usikkerheder i forbindelse med anvendelse af afdelingsudskrivninger bl.a. som følge af assistancer/overflytninger mellem afdelinger.
Kvalitetsindikatorer	Rapportens nøgletal og indikatorer udtrykker intet om kvalitet. Pilotundersøgelsen siger derfor ikke noget om sammenhængen mellem høj produktivitet og kvalitet i behandlingen.

Hvad angår afdelingernes **DRG-produktionsværdi** er uoverensstemmelserne mellem det tidligere udsendte materiale og sygehusenes valideringer begrænsede og har primært været tilknyttet afgrænsningen af afdelingerne.

Dog er der i forbindelse med opgørelse af DRG-produktionsværdien et muligt præciseringsproblem. Dette skyldes, at DRG/DAGS-værdien opgøres ud fra afdelingsudskrivninger. Når en patient er indlagt på flere afdelinger, tilskrives taksten afdelingen med den dyreste DRG-takst, også kaldet sygehusudskrivningen. Dette implicerer, at nogle afdelinger i forbindelse med behandling undertiden tilskrives en for stor DRG-produktionsværdi, mens andre afdelinger af og til oplever det modsatte og tilskrives for lidt DRG-produktionsværdi. Dette giver det relativt mest usikre billede af den reelle DRG-produktionsværdi på afdelinger, der enten yder mange assistancer til andre afdelinger (undervurdering af DRG-produktionsværdi) eller får mange overflytninger (overvurdering af DRG-produktionsværdi). Det kan på sigt være relevant nærmere at undersøge konsekvenserne af disse præciseringsproblemer.

I forhold til omkostningerne knytter der sig udfordringer til forskelle i hospitalernes registrerings- og regnskabspraksis, hvilket bl.a. har indflydelse på omkostningsdatabasens kvalitet.

I forbindelse med valideringen har det været ytret, at **liggetid** ikke nødvendigvis kan tages som udtryk for produktivitet. Dette skyldes primært, at indikatoren ikke kan indfange, hvorvidt et sygehus eksempelvis har mange genindlæggelser. Det må imidlertid vurderes, at dette potentielle problem ikke systematisk favoriserer enkelte sygehuse frem for andre. Samtidig kan de enkelte afdelinger over årene benytte indikatoren til at konkludere på egen udvikling med hensyn til hurtig patientgennemstrømning.

Endvidere er der en – om end begrænset – risiko for, at dele af den liggetid, der er beregnet for afdelingerne indeholder patienter, der er færdigbehandlede og raske, men som pga. en manglende anden offentlig foranstaltning (plejehjem etc.) ikke kan hjemsendes. Problemet er imidlertid i det store billede af begrænset omfang og problemet er endvidere ifølge opgørelser foretaget på baggrund af LPR størst i Region Hovedstaden.

I forbindelse med valideringsrunden er det ligeledes påpeget, at der vedrørende **lønsummen** fordelt på afdelingerne og **antal årsværk pr. afdeling** kan opstå præcisionsproblemer vedrørende konteringen af den medgåede lønsum. Således kan det være vanskeligt præcist at opgøre, hvor stort personaleforbrug der knytter sig til afdelingen specifikt, da personalet ofte – ad hoc eller mere permanent – er tilknyttet andre afdelinger. For at sikre størst mulig præcision i opgørelsen er sygehusenes validering af lønsummen generelt an-

vendt i rapporten frem for de data, som fremgår af Sundhedsstyrelsens løn- og beskæftigelsesregister.

Det er desuden gældende for såvel opgørelserne for lønsum og antal årsværk pr. afdeling, at der på tværs af afdelingerne kan være forskelle, der kan skyldes forhold som afdelingernes uddannelsesforpligtelse, anvendelse af vikarer, andelen af personalet, der er på barselsorlov etc.

Processen i arbejdsgruppen og valideringen har endvidere identificeret udfordringer, der ikke specifikt knytter sig til de enkelte nøgletal og indikatorer, men som er af mere generel karakter.

Afdelinger og sygehusenes forskellige organisering kan potentielt øve indflydelse på flere af nøgletallene og indikatorerne i rapporten. Som omtalt tidligere kan eksempelvis graden af assistancer til andre afdelinger påvirke såvel DRG-produktionsværdien, antal årsværk og lønsum mv. Dette kan således have betydning for præcisionen i opgørelserne.

Fremover vil det være relevant også at udvikle produktivetsindikatorer på DRG-behandlingsniveau og forløb. Med målinger på DRG-behandlingsniveau opnås en sammenligning af produktivetsindikatorer for en afgrænset behandling og dermed patient-sammensætning. Ligeledes vil en sammenligning for de enkelte DRG-behandlinger være relevant for klinikerne på afdelingen, idet resultaterne må vurderes at blive endnu tættere koblet til de konkrete arbejdsgange ved de enkelte behandlinger. I forbindelse med opgørelser på DRG-behandlingsniveau er der behov for at afklare, hvilke behandlinger – eller grupper af behandlinger -, der skal sammenlignes på tværs af forskellige sygehuse.

Patientsammensætningen varierer betydeligt, både fra landsdel til landsdel og på tværs af afdelinger. For at imødekomme denne udfordring er der udformet en standardisering af indikatorerne i rapporten, hvor det er relevant. Det overordnede billede er således også, at afdelingernes indikatorer, når der tages hensyn til forskelle i patienttyngde, tilnærmer sig hinanden. På sigt vil det være relevant at foretage nærmere analyser af, hvorvidt standardiseringsmetoden tilstrækkeligt præcist korrigerer for forskelle i patienttyngde. Herved kan der også opnås endelig klarhed over, om de registrerede forskelle mellem de standardiserede tal for diverse afdelinger er udtryk for reelle produktivetsforskelle.

I forlængelse af ovenstående er det således også rimeligt at konkludere, at nogle afdelinger bedre lader sig sammenligne end andre. I udvælgelsen af indikatorerne er det tilsigtet, at opnå så stor sammenlignelighed som muligt, men bl.a. afdelingernes forskellige størrelse og opgaveporteføljer bevirker, at alle afdelinger ikke fuldstændig kan sammenlignes på identiske præmisser. Der er imidlertid fra arbejdsgruppens side tiltro til, at hver afdeling er

klar over, hvilke øvrige afdelinger rundt i landet det kan være mest hensigtsmæssigt at sammenligne sig selv med.

Endelig skal det understreges, at denne pilotundersøgelse ikke har udgjort et forsøg på at indfange kvaliteten af behandlingen på afdelingerne.

4.4 Fremadrettet arbejde på afdelingsniveau

Arbejdsgruppen har besluttet, at denne pilotundersøgelse offentliggøres sammen med offentliggørelse af delrapport III.

Det fremgår af kommissoriet for arbejdsgruppens arbejde, at det er målsætningen, at resultatet af dette arbejde kan anvendes som udgangspunkt ved udarbejdelsen af produktivtetsindikatorer for det øvrige sygehusvæsen ved opgørelser på afdelingsniveau eller andet relevant niveau. Det fremgår videre, at der særskilt skal være en vurdering af, om de foreslåede indikatorer kan anvendes for andre specialer og en vurdering af, om der kan ske en forbedring af produktiviteten ved offentliggørelse af de foreslåede indikatorer.

Indikatorerne i denne pilotundersøgelse er generelle, hvilket vil sige, at de i princippet kan opgøres for alle typer af specialer. Det vil således for langt de fleste afdelinger være relevant at opgøre indikatorerne anvendt i denne undersøgelse.

Aktivitetsindikatorerne med opgørelse af indlæggelser, ambulante besøg og DRG-produktionsværdi kan umiddelbart opgøres, ligesom afdelingsomkostningerne vil kunne opgøres ud fra Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Øget anvendelse af og gennemsigtighed omkring omkostningsdatabasen kan ligeledes forventes at optimere databasens kvalitet.

Pilotundersøgelsen har endvidere vist, at oplysningerne i Sundhedsstyrelsens løn- og beskæftigelsesregister om antallet af årsværk på afdelingerne i en del tilfælde ikke stemmer overens med afdelingens egne opgørelser. En offentliggørelse af disse årsværksdata kan således være med til at sætte fokus på indberetningerne til Sundhedsstyrelsens løn- og beskæftigelsesregister.

En opgørelse af liggetid og ambulante besøg pr. indlæggelse vurderes at være relevant for samtlige afdelinger, som har stationære patienter.

Der foreligger ikke i dag opgørelser af et sæt af fælles indikatorer vedrørende aktivitet, omkostninger og personale, som gør det muligt for de forskellige afdelinger nemt at sammenligne sig med hinanden. En systematisk opgørelse og offentliggørelse af et sæt af generelle indikatorer som anvendt i denne pilotundersøgelse vil bidrage til, at klinikere, administra-

torer, ledelser mv. kan begynde at sammenligne sig med andre samme afdelinger. Sådanne sammenligninger kan muligvis bidrage til skabe øget læring mellem afdelingerne.

I det fremadrettede arbejde vil det også være nyttigt for særligt klinikerne, hvis arbejdet også inddrog relevante kvalitetsindikatorer. Der foreligger allerede kvalitetsindikatorer på afdelingsniveau i NIP og på sundhedskvalitet.dk. Ligeledes kan der opgøres kvalitetsindikatorer for de enkelte DRG-behandlinger.

Sammenfattende vil det for det første være relevant at videreføre arbejdet med at opgøre de udvalgte indikatorer i denne undersøgelse de næste år med data for 2006 og 2007. I dette arbejde kunne der fokuseres på at forbedre datakvaliteten i disse indikatorer og muligvis udvælge supplerende indikatorer.

For det andet vil det være relevant at udvælge et sæt af specialer og dermed afdelinger og opgøre disse indikatorer. Disse indikatorer kunne offentliggøres på sundhed.dk og derved gøres tilgængelig for de forskellige parter i sundhedsvæsenet.

For det tredje vil det være relevant at påbegynde et arbejde med at opgøre produktivetsindikatorer på udvalgte DRG-behandlinger. Ligeledes vil det være relevant at udvikle produktivetsindikatorer for forløb af enkelte behandlinger. Her vil der være behov for at afklare, hvordan behandlinger kan sammenlignes på tværs af sygehuse.

5. Fortsat arbejde

Arbejdsgruppen vil fremadrettet fortsat videreudvikle de løbende offentliggørelser af produktivitetmålinger for sygehussektoren. Det er således også forventningen, at erfaringerne fra nu tre års opgørelser fremover vil gøre processen med opgørelser af omkostningsbrøken på lands-, regions- og sygehusniveau endnu mere præcis.

Der vil være en central udfordring, der primært knytter sig til produktivitetmålingen på sygehusniveau, og som skyldes ændringer i den nuværende sygehusstruktur.

I takt med udviklingen hen i mod generelt større og forskelligt sammensatte enheder skal det afklares, hvorledes sygehusniveauet skal opdeles i de fremtidige produktivitetmålinger. Der kan bl.a. blive tale om at afgrænse sygehuse, særlige afdelinger eller centre for på denne vis at få målinger på et mindre overordnet niveau.

For sygehusområdet er det derfor en prioriteret opgave i foråret 2008 at få fastlagt, hvilken opdeling af sygehusene der skal anvendes i de kommende års målinger. Det er her relevant at få undersøgt, hvorledes Sundhedsstyrelsens arbejde med oprettelse af det nye sygehusorganiseringsregister (SOR) kan bidrage til en løsning af forskellige sygehusorganiseringer. Dette følger af, at intentionen med SOR bl.a. er at få et register, der opdateres i takt med, at sygehusene ændrer organisering.

Hertil kommer, at regionerne i øjeblikket er ved at ændre kontoplaner, hvorfor der fremadrettet kan vise sig yderligere udfordringer knyttet til forskelle i regnskabsindberetninger mellem regionerne.

Sygehusopdelingen i produktivetsopgørelsen for 2007 vil dermed muligvis ikke være helt den samme som tidligere år. Produktivetsanalyserne på lands- og regionsniveau vil imidlertid ikke umiddelbart blive berørt af eventuelle organisatoriske ændringer.

Omstruktureringer og reorganiseringer kan ligeledes forventes at påvirke opgørelserne af produktivetsindikatorer og nøgletal på afdelingsniveau. Det vil imidlertid være en ambition i 2008 som minimum at opgøre tilsvarende nøgletal og indikatorer i 2007 for de afde-

linger – henholdsvis mave-tarm kirurgiske og gynækologisk-obstetriske afdelinger -, der indgår i delrapport III.

Endvidere skal arbejdet med opgørelse af produktivetsindikatorer på lavere niveauer i sygehusvæsenet videreføres. Her skal erfaringerne fra opgørelserne for de to udvalgte afdelinger inddrages. De indikatorer og nøgletal, der er opgjort for de mave-tarm kirurgiske og gynækologisk-obstetriske afdelinger, er imidlertid som udgangspunkt af så generel en karakter, at disse umiddelbart vil kunne opgøres for andre sygehusafdelinger.

Den udbredte mangel på arbejdskraft i sundhedssektoren gør det relevant nærmere at undersøge, hvorledes der kan udarbejdes opgørelser af arbejdskraftens produktivitet. Dette kan give muligheder for kvalificerede bud på, om arbejdskraften kan udnyttes endnu bedre end i øjeblikket.

Det danske sundhedsvæsen sammenlignes på mange parametre med andre globale, primært europæiske sundhedssystemer. Lignende internationale sammenligninger vedrørende produktivetsopgørelser vil medvirke til øget viden om, hvordan det danske sundhedssystem præsterer komparativt. Det er relevant at udarbejde overskuelige sammenligninger af produktiviteten i sygehusvæsenet mellem Danmark og de lande, vi normalt sammenligner os med.

Desuden skal arbejdet med produktivetsopgørelser for det psykiatriske område påbegyndes.

Endelig skal modellen med offentliggørelse, synlighed og anvendelse af produktivetsopgørelserne videreudvikles. Delrapporterne er offentliggjort elektronisk på sundhed.dk og de centrale sundhedsmyndigheders hjemmesider og ligeledes i trykte versioner. Med offentliggørelsen af den tredje måling i form af delrapport III er det relevant at fokusere på, hvorledes bl.a. udviklingen i produktiviteten over flere år kan præsenteres på en mere fremkommelig måde.

Derfor skal der udvikles en enkel web-baseret brugergrænseflade, således at det for borgere, klinikere, sygehusejere m.fl. bliver enkelt eksempelvis at se udviklingen på eget sygehus, produktivetsudviklingen fordelt på regioner og selv vælge forskellige typer af sammenligninger mv.

Bilag A. Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen

20. september 2005

Kommissorium for offentliggørelse af produktivetsanalyser på sundhedsområdet

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har primo september 2005 offentliggjort en pjece 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 retningslinier, 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 Indenrigs- og Sundhedsministeriet (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 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, formand)

Fuldmægtig Mick Bundgaard Dige (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)

Specialkonsulent Mads Hansen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)

Kontorchef Poul Erik Hansen (Sundhedsstyrelsen)

Fuldmægtig Rose Marie Pedersen Ulrich (Sundhedsstyrelsen)

Fuldmægtig Nathja Rudolph (Sundhedsstyrelsen)

Chefkonsulent Eva Bartels Hansen (Region Hovedstaden)

Kontorchef Malene Højsted Kristensen (Danske Regioner)

Konsulent Ebbe Brage (Danske Regioner), udtrådt pr. 1. oktober 2007

Konsulent Jan Arnoldi (Danske Regioner), indtrådt pr. 1. november 2007

Afdelingschef Henrik Larsen (Region Midtjylland)

Sundhedsdirektør Jens Elkjær (Region Syddanmark)

Sygehusdirektør Svend Skov Jensen (Region Sjælland)

Koncerndirektør Morten Rand Jensen (Region Hovedstaden)

Budgetchef Søren Helsted (Region Hovedstaden)

Sygehusdirektør Jens Ole Skov (Region Nordjylland)

Kontorchef Simon Andersen (Region Nordjylland)

Fuldmægtig Charlotte Hougaard Møller (Finansministeriet), udtrådt pr. 1. oktober 2007

Chefkonsulent Søren Varder (Finansministeriet), indtrådt pr. 1. oktober 2007.

Bilag B: Projektbeskrivelse

1. Indledning

Af økonomiaftalen for 2008 fremgår det, at "Regeringen og Danske Regioner er ligeledes enige om, at der fortsat offentliggøres sammenlignelige målinger af produktiviteten på bl.a. sygehusniveau samt for udvalgte afdelinger. Disse målinger kan danne grundlag for de enkelte regioners realisering og synliggørelse af fremtidige produktivitetstigninger og potentialer herfor".

Af regeringens udspil til kvalitetsreform er det ligeledes en prioritet at skabe synlighed omkring omkostningseffektive enheder og behandlingsmetoder i sundhedsvæsenet, så andre får mulighed for at lære af "best practice". I det henseende er opgørelser af produktivitet centrale.

Siden 2005 har der været nedsat en arbejdsgruppe med det formål at udarbejde en model for systematisk og løbende offentliggørelse af disse produktivetsmålinger.

I 2005 og 2006 har arbejdsgruppen offentliggjort målinger af produktiviteten på lands-, regions-, amts- og sygehusniveau for sygehusvæsenet. Tilsvarende målinger gennemføres i 2007.

I 2006 blev der ligeledes nedsat en arbejdsgruppe vedrørende opgørelse af produktivitet for udvalgte afdelinger/specialer, som har påbegyndt et pilotprojekt med det formål at vurdere mulighederne for at opstille produktivetsindikatorer på afdelingsniveau. Det er målsætningen, at offentliggørelse af produktivetsindikatorer på afdelingsniveau påbegyndes i 2007 og således indgår som en del af Delrapport III. Det er ligeledes målsætningen, at resultatet af dette arbejde kan anvendes som udgangspunkt ved udarbejdelsen af produktivetsindikatorer for det øvrige sygehusvæsen ved opgørelser på afdelingsniveau eller andet relevant niveau.

Nedenfor præsenteres arbejdet med produktivetsanalyser på henholdsvis sygehus- og afdelingsniveau. Desuden opstilles tidsplaner for gennemførelse af begge disse forløb.

2. Produktivetsmålinger på sygehusniveau

Målingerne til beregning af produktivetsudviklingen fra 2005-2006 samt for niveauet i 2006 på såvel land-, regions, amts som sygehusniveau skal, som i de to foregående målinger, baseres på omkostningsbrøkmotoden. Brøkmotodens datagrundlag kan være behæftet med uhensigtsmæssigheder og arbejdsgruppen har derfor tidligere besluttet, at der

hvert år skal foretages en konkret vurdering af, hvilke eventuelle korrektioner, der skal foretages i datagrundlaget. Dette er således også sket i år, hvilket fremgår af bilag 2.

Erfaringen fra udarbejdelsen af delrapport II har understreget nødvendigheden af, at målingernes data bliver valideret decentralt. Derfor vil arbejdsgruppernes målinger, på sygehus- og afdelingsniveau, blive sendt i validering decentralt inden offentliggørelsen.

Validering af måling af produktivitet på lands-, regions-, amts- og sygehusniveau vil finde sted fra uge 36 til uge 39, hvor fristen er fastsat til d. 28. september. Nedenfor præsenteres en tidsplan for resten af forløbet vedrørende offentliggørelse af produktivitetmålinger på sygehusniveau.

Tabel B.1: Tidsplan for produktivetsanalyser på lands-, regions-, amts- og sygehusniveau.	
Dato i 2007	Aktivitet
Uge 36	Data for løbende målinger sendes i høring
uge 39	Data modtages fra høring – frist d. 28. september
Uge 40-42	Konsolidering af/overblik over data i dialog mellem de centrale sundhedsmyndigheder, DR og regionerne.
Uge 43	Udsendelse af 1. udkast til delrapport III den 25. oktober
Uge 44	Diskussion af første udkast til delrapport III på møde den 1. november
Uge 45	Udsendelse af endeligt udkast til delrapport III
Uge 46	Godkendelse af delrapport III, evt. møde reserveret til den 15. november
Ultimo november/primo december	Forventet offentliggørelse af delrapport III

3. Pilotprojekt på afdelingsniveau

Arbejdsgruppen vedrørende opgørelse af produktivitet for udvalgte specialer/afdelinger har udvalgt relevante produktivetsindikatorer for de to udvalgte specialer kirurgisk gastroenterologi og obstetrik / gynækologi. Formålet med dette arbejde er at skabe et grundlag for en vurdering af mulighederne for løbende og systematisk at offentliggøre produktivetsindikatorer, som også giver klinisk og administrativ mening i forhold til at fremme produktiviteten i sygehusvæsenet.

Arbejdsgruppen vedr. pilotprojektet på afdelingsniveau har i forbindelse med afrapportering bl.a. som formål, at

- Vurdere hvordan der kan opstilles produktivetsindikatorer på lavere niveau end sygehusniveauet
- Opstille produktivetsindikatorer for de to specialer, som så vidt muligt beregnes for alle enheder der udfører specialerne
- Vurdere om de foreslåede produktivetsindikatorer kan anvendes for andre specialer
- Vurdere mulighederne for at forbedre produktiviteten på baggrund af de foreslåede produktivetsindikatorer.

Det er ligeledes hensigten fremadrettet kontinuerligt at arbejde med at forbedre målingerne og dokumentationen af, hvordan målingerne er udarbejdet. For at øge gennemsigtigheden af målingerne tilstræbes det at fremsende data til arbejdsgruppen og til sygehusejerne ved validering så disaggregeret som muligt.

Data for de udvalgte produktivetsindikatorer har været i validering på de enkelte sygehusafdelinger over sommeren.

Nedenfor præsenteres en tidsplan for resten af forløbet i forbindelse med offentliggørelse af resultater fra pilotprojektet vedr. produktivitet på afdelingsniveau.

Tabel B.2: Tidsplan for pilotprojekt vedr. produktivitet på afdelingsniveau	
Dato i 2007	Aktivitet
Uge 35	Frist for validering af tal på afdelingsniveau
Uge 36-37	Konsolidering af/overblik over data i dialog mellem centrale sundhedsmyndigheder, DR og regionerne
Uge 38-39	Udkast til samlet rapport udarbejdes
Uge 40	Udsendelse af rapport den 4. oktober.
Uge 41	Gennemgang af udkast til rapport om produktivetsmåling på afdelingsniveau på møde den 11. oktober.
Uge 42	Endelig rapport udsendes den 19. oktober.
Uge 43	Frist den 26. oktober for godkendelse af endelig rapport

4. Offentliggørelse

Arbejdsgruppen skal november/december offentliggøre en delrapport III med en samlet afrapportering for produktivetsmålinger for sygehussektoren, herunder også resultater fra pilotprojektet vedrørende produktivetsindikatorer for niveauerne under sygehusniveauet.

Arbejdsgruppen har tidligere besluttet, at målinger af produktivitet skal offentliggøres på Internettet på hjemmesiden sundhed.dk, samt på Indenrigs- og Sundhedsministeriets og Sundhedsstyrelsens hjemmesider. Målingerne skal fortsat offentliggøres på disse sider.

Bilag C: Dokumentation

1. Indledning og formål

Dette bilag omhandler målingen af produktivetsniveauet for 2006, samt måling af produktivetsudviklingen fra 2005 til 2006 på lands-, regions-, amts- og sygehusniveau – Delrapport III.

Formålet med bilaget er at skabe gennemsigtighed vedrørende forudsætningerne for beregningerne. Bilaget indeholder således dokumentation for, hvorledes produktivetsmålingerne er udarbejdet, herunder hvordan de relevante data er indhentet og beregnet, samt hvilke kilder data bygger på. Endvidere dokumenteres i den forbindelse metodiske ændringer i forhold til tidligere målinger.

I bilaget indgår elementer af mere teknisk karakter, der går i detaljen med, hvorledes enkelte delkorrektioner er udarbejdet.

Produktiviteten opgøres som omkostningseffektivitet og måles via brøkmetoden som forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi opgjort via DRG-systemet og de korrigerede tilrettede driftsudgifter på sygehusområdet. I afsnit 2 behandles den korrigerede produktionsværdi, mens de tilrettede korrigerede driftsudgifter behandles i afsnit 3.

2. Den korrigerede DRG-produktionsværdi

DRG-produktionsværdien opgøres på overordnet plan som anført i tabel C1.

Tabel C.1: Oversigt over beregning af korrigeret produktionsværdi
Ukorrigeret produktionsværdi
- Korrektion for indførelse af nye koder mv.
- Korrektion for udgifter til medicin på ambulante afdelinger
- Korrektion for forskelle i organisering
- Korrektion for ændringer i struktur
= Korrigeret produktionsværdi

Nedenfor specificeres disse delelementer yderligere, herunder hvorfor korrektioner af den ukorrigerede produktionsværdi enten medtages eller udelades. Nedenstående tabel C2 giver et indledende overblik over, hvilke korrektioner, der er medtaget og hvilke, der i forhold til tidligere er udeladt.

Tabel C.2: Oversigt over korrektioner i beregning af DRG-produktionsværdi	
Korrektioner	Status
Nye koder	
• Telefonsamtaler	Udelades
• Onkologi	Fastholdes
• Ambulante fys./ergo.	Udelades, dog opnormering for Århus Amt
• Eksperimentel behandling	Udelades
• Intensiv	Fastholdes i forbindelse med måling af udvikling fra 2005-06, men udelades til tværsnitmåling for 2006.
Udgifter til medicin på ambulante afdelinger	Fastholdes
Forskelle i organisering	Fastholdes
Ændring i struktur	Fastholdes

Ukorrigeret produktionsværdi

Værdien af sygehusvæsenets aktivitet måles ved den såkaldte DRG- og DAGS-produktionsværdi, som udtrykker værdien af produktionen med hensyntagen til, hvor ressourcekrævende patienterne er.

Den ukorrigerede DRG- og DAGS-produktionsværdi svarer til den produktionsværdi, som findes på Sundhedsstyrelsens eSundhed ved afgrænsning til sygehusudskrivinger. Ene- ste korrektioner er udeladelse af afdelingerne Montebello (under Gentofte) og Klinik for Rygmarvsskader i Hornbæk (under Rigshospitalet)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet opgør den ukorrigerede produktionsværdi ved trækning i DRG-systemet. Opgørelsen er i den nærværende version af produktivitetmålingerne er baseret på Landspatientregistret pr. 10. juli 2007.

Korrektion for indførelse af nye koder

Korrektion for indførelse af nye koder m.m. har i de tidligere målinger af produktivitet dækket over en række korrektioner, som i høj grad svarede til korrektioner udført i forbindelse med beregning af meraktivitet (baseline). Korrektionen har indeholdt følgende delkorrektioner: a) telefonsamtaler; b) korrektion vedr. ambulante fys./ergo. grupper; c) onkologi; d) eksperimentel behandling; e) intensiv behandling.

I forbindelse med måling af produktivitet i Delrapport III, har arbejdsgruppen besluttet at begrænse antallet af delkorrektioner.

Undtagelser og argumenter for at beholde og udelade delkorrektioner under indførelse af nye koder gennemgås nedenfor.

a) Telefonsamtaler

Korrektionen for telefonkonsultationer udelades i Delrapport III, da det af arbejdsgruppen er vurderet, at en korrektion for telefonsamtaler ikke vil øge præcisionen i opgørelsen. Værdien af telefonkonsultationer indgår således som en del af den opgjorte produktionsværdi på output-siden, og indgår tilsvarende som en del af omkostningerne på input-siden.

b) Onkologi (ambulant)

Der blev i takstsystem 2005 oprettet en ny DAGS-gruppe PG12K, avanceret radioterapi, hvis takst er væsentligt højere end den alternative DAGS-gruppe PG12C, strålebehandling. Der blev i forbindelse med målingerne af produktivitet for 2005 (Delrapport II) gjort opmærksom på, at der fra 2004 til 2005 var sket en generel substitution fra PG12C mod PG12K. Der blev i Delrapport II korrigeret for denne substitution fra PG12C til PG12K. Arbejdsgruppen besluttede initialt, at korrektionen i forhold til Delrapport III ikke længere er aktuel, da substitutionseffekten omhandlede ændret registreringspraksis fra 2004 til 2005.

Valideringen har imidlertid vist, at dette ikke er tilfældet, hvorfor korrektionen alligevel er medtaget for at sikre, at alle strålecentre i produktivitetsopgørelserne er stillet ens. Korrektionen er gennemført således, at den DRG-produktionsværdi, der stammer fra onkologiske

ydelse er fordelt mellem de seks strålecentre. Derfor betyder korrektionen for nogle strålecentre et fald i produktionsværdi, mens den for andre strålecentre betyder en stigning. Netvirkningen af korrektionen er imidlertid nul.

c) Korrektion vedr. ambulante fysio- og ergoterapigrupper

Arbejdsgruppen har besluttet, at der i Delrapport III ikke skal korrigeres generelt for ambulante fysio- og ergoterapi, da dette ligeledes indgår som en del af omkostningerne på input-siden. Det er imidlertid besluttet, at der medtages en særlig korrektion specifikt i forhold til Århus Amt. Produktionsværdien opnormeres for 2005, da Århus Amt synes at have en lav produktionsværdi for fysio- og ergoterapi. Korrektion er foretaget af Sundhedsstyrelsen og vedlægges som bilag 4.

Endvidere har det været på tale at nedjustere produktionsværdien for Odense Universitetshospital. På baggrund af beregningerne i bilag 4 synes der imidlertid ikke at være grundlag for en sådan korrektion.

d) Eksperimentel behandling

Arbejdsgruppen har besluttet, at korrektionen for eksperimentel behandling udelades i Delrapport III. Eksperimentel behandling indgår således som en del af den opgjorte produktionsværdi på output-siden.

Arbejdsgruppen pointerer i forhold til opgørelsen af sygehusenes skema 1 - 7, at eventuelle indtægter fra eksperimentel behandling ikke må nulstille udgifter til eksperimentel behandling. Det er derfor nødvendigt at sikre, at hvis der er indberettet indtægter fra eksperimentel behandling på skema 1 til 3, så skal disse indtægter også indberettes i skema 6 med samme fortegn. Hermed "nulstilles" indtægterne til eksperimentel behandling, og summen af skema 1 til 7 indeholder således bruttodriftsudgifterne til eksperimentel behandling.

e) Intensiv korrektion

Der er i 2006 sket ændringer i grupperingen til de fire intensivgrupper, DRG2632-2635. En af ændringerne gør, at intensivaktiviteten ikke kan grupperes ens i 2005 og 2006. Derfor er det af arbejdsgruppen besluttet, at produktionsværdien udelukkende korrigeres f.s.v.a. udviklingen fra 2005 til 2006, mens tværsmålingen for 2006 ikke korrigeres for intensiv behandling.

Behovet for en korrektion af produktionsværdien til brug i opgørelsen af udviklingen i produktiviteten vedrører respiratorbehandling og skyldes følgende.

I 2005-grupperingen var der et krav om, at patienten skulle have respiratorbehandling i mere end 6 timer, for at kunne grupperes til DRG2634 "Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer" og DRG2635 "Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt". I

2006 er kravet ændret, så patienten skal have respiratorbehandling i mere end 48 timer. Hvis der er registreret respiratorbehandling i mindre end 48 timer, vil patienten med 2006-grupperingen i stedet blive grupperet til DRG2633 "Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ".

Koder for mere end 2 dage og mere end 3 dage, som skal anvendes for at angive, at det er mere end 48 timer, er oprettet pr. 1. januar 2006, og de kunne dermed ikke anvendes i 2005.

Det er således muligt, at patienter, der i 2005 har fået respiratorbehandling i mere end 2 eller 3 døgn, har fået registreret en kode for mere end 6 timer, og således er blevet grupperet til DRG2633 med 2006-grupperingen.

Som det fremgår af nedenstående tabel, er taksten for DRG2633 væsentligt lavere end for DRG2634 og DRG2635. Derfor vil den samme intensivaktivitet i 2006 have en større DRG-værdi end i 2005, hvis der er givet respiratorbehandling i mere end 48 timer.

Tabel C.3: DRG-takster for forskellige intensivgrupper		
Intensivgruppe	Navn	Takst 2006
DRG2632	Intensiv gruppe I: Simpelt organsvigt i et eller to organer	63.710
DRG2633	Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ	143.844
DRG2634	Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer	271.976
DRG2635	Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt	712.874

Der korrigeres således i opgørelsen af den korrigerede produktionsværdi til brug for måling af udviklingen af produktiviteten fra 2005-2006.

Specifikt udføres korrektionen således:

- Udskrivninger, der er grupperet til DRG2635 grupperes i stedet til DRG2633. For alle udskrivninger, der i 2006-grupperingen grupperes til DRG2635, er der registreret respiratorbehandling i mere end 48 timer, da det er en nødvendig betingelse for gruppering hertil.
- Udskrivninger, der er grupperet til DRG2634 som følge af respiratorbehandling i mere end 48 timer, og som ikke har registreret en af de øvrige koder, der grupperer til DRG2634, grupperes i stedet til DRG2633. Til DRG2634 grupperes også udskrivninger, hvor der ikke er givet respiratorbehandling.

Det er derfor kun de udskrivninger, hvor grupperingen ikke skyldes en af de øvrige koder, men respiratorbehandling i mere end 48 timer, der korrigeres fra DRG2634 til DRG2633.

Korrektionen foretages både i 2005- og 2006-data, således at data for de to år kan sammenlignes. At korrektionen også foretages i 2005 skyldes, at det teoretisk set har været muligt i 2005 at registrere respiratorbehandling i mere end en uge.

Korrektionen medfører, at de berørte udskrivinger grupperes til en gruppe med et lavere trinpunkt (36 dage), og at udskrivingerne derfor får flere langliggedage ved korrektionen. Derfor beregnes den korrigerede takst både ud fra taksten og trinpunktet fra DRG2633.

Korrektion for medicin på ambulante afdelinger

Der korrigeres ligeledes fortsat for medicin på ambulante afdelinger.

Specifikt udføres korrektionen på en følgende måde:

- Hvis der grupperes til proceduregrupperne PG12D: "kompleks kemoterapi eller antistofbehandling", PG12E: "basiskemoterapi" eller PG12F: "kompleks kemoterapi kombineret med antistofbehandling" slettes observationen, hvis der ikke samtidig er registreret et besøg, mens taksten sættes til besøgstaksten + concertakst (1401+695, i DAGS06-takster), hvis der er et besøg.
- Hvis der grupperes til proceduregruppen PG12G: "behandling med ciclosporin" eller PG12I: "Botulinumtoksin-injektion" eller til diagnosegruppen DG30C: "HIV- infektion" slettes observationen, hvis der ikke samtidig er registreret et besøg, mens taksten sættes til besøgstaksten (1401 i DAGS06-takster), hvis der er et besøg.

Korrektion for forskelle i organisering

Afregning i DRG-systemet sker på baggrund af sygehusudskrivinger og altså ikke afdelingsudskrivinger. En sådan sygehusudskrivning er defineret som en udskrivning fra et sygehus, uden at der samme dag sker indlæggelse på en anden afdeling på samme sygehus. Dette indebærer, at amter hvor der i relativt høj grad overføres patienter mellem egne sygehuse som del af behandlingen, vil opnå relativt flere sygehusudskrivinger, og dermed en højere produktionsværdi, end amter, der i relativt lav grad overfører patienter mellem egne sygehuse (eller alene behandler på én sygehusematrikel). Amternes organisering kan således påvirke produktionsværdien for ellers identiske patienter. Det tilstræbes således med korrektionen, at organiseringen af sygehusene ikke påvirker produktivitetmålingen.

Arbejdsgruppen har besluttet, at der i Delrapport III, på samme måde som i Delrapport II, korrigeres for forskelle i amternes interne organisering af sygehusene.

Der korrigeres for organisationsforskelle imellem amterne på følgende måde.

- Indlæggelsesbegrebet i opgørelsen af produktivitet ændres fra en sygehusudskrivning, som defineret i Sundhedsstyrelsens Takstvejledning, til en indenamtlig udskrivning. En indenamtlig udskrivning kan derfor bestå af en eller flere sygehusudskrivninger indenfor ét amt.
- DRG-prisen for et indlæggelsesforløb, uanset om man ser på en sygehusudskrivning eller en indenamtlig udskrivning, fastsættes efter den dyreste afdelingsudskrivning. Derfor kendes DRG-prisen for sygehusudskrivningerne inden korrektionen for organisationsforskelle foretages.

I korrektionen for organisationsforskelle identificeres, for alle indenamtlig udskrivninger, de sygehusudskrivninger, der indgår i de enkelte indenamtlig udskrivninger. For hver indenamtlig udskrivning findes den dyreste (højeste DRG-pris) sygehusudskrivning. Denne dyreste DRG-pris fordeles herefter forholdsmæssigt (efter de enkelte sygehusudskrivningers DRG-priser) til alle de sygehuse, der har bidraget til det samlede indenamtlig indlæggelsesforløb. Der foretages herefter en normering således, at der samlet set ikke fjernes DRG værdi fra målingerne.

Tabel C.4: Et regneeksempel med 2 amter med samme behandling

Amt	Sygehus	Sygehus DRG-værdi	Nøgle	Fordelt DRG	Normeret (19/14) fordelt DRG
1	A	2	2/12	1,17	1,58
1	B	3	3/12	1,75	2,38
1	C	7	7/12	4,08	5,54
1	Total	12	12/12	7,00	9,50
2	A	7	7/7	7	9,50
2	Total	7	7/7	7	9,50
	Grand total	19		14	19

Det ses, at amt 1 får nedjusteret sin produktionsværdi med 2,5 og amt 2 opjusteret med 2,5. På denne måde ligestilles de to amter, alt andet lige.

I rapporten korrigeres der for regionernes vedkommende ved at aggregere korrektionens størrelse på de sygehuse, der i 2006 er placeret i den enkelte region.

Divergens mellem 2006 tværsnits- og udviklingstal

Det bemærkes, at korrektionen i 2006 til brug for beregningen af produktivitsudviklingen mellem 2005 og 2006 afviger fra korrektionen til brug for beregning af produktivitsniveauet. Dette forhold skyldes, at det bagvedliggende datasæt er forskelligt i de to tilfælde. Årsagen hertil er, at korrektionen for organiseringsforskelle beregnes efter korrektion for nye koder, som er forskellig i de to tilfælde pga. "intensiv"-korrektionen.

Korrektion for ændringer i struktur

Der korrigeres for strukturændringer i amterne ud fra de oplysninger, der er tilgået Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den statslige meraktivitsordning. Her korrigeres for sygehus- og afdelingssammenlægninger, der kan påvirke produktivitsværdien. Herudover korrigeres i specielle tilfælde for omlægning fra stationær til ambulans behandling.

De amts-specifikke korrektioner er korrektioner, som amterne selv ansøger om ved at tage kontakt til Sundhedsstyrelsen. Dette sker eksempelvis, hvis der på en afdeling foretages en omlægning fra stationær til ambulans aktivitet.

Af nedenstående tabel fremgår korrektionerne for 2005, der alle reducerer produktionsværdien for 2005.

Tabel C.5: Oversigt over amtsspecifikke korrektioner i Delrapport III (1.000 kr.)					
Amt	Sygehus		Afdeling		Produktionsværdi
HS	1330	Hvidovre	11.1	Neurorehabilitering	-21.576
Sønderjylland	5001	Sønderborg	9.6 og 9.9	Øjenafdeling	-1.631
Vejle	6004	Give	01.1	Rygcentret	-6.444
	6007, 6003	Kolding og Fredericia		Sammenlægning af Kolding og Fredericia Sygehuse	-2.861
	6007, 6003	Kolding og Fredericia	10.0 og 10.9	Omlægning af registrerings-praksis urologisk afdeling	0
Vejle total					-9.305
Århus	7026	Skejby	24.1, 24.2, 24.6 og 24.9	Børneafdelingen	-43.726
	7026	Skejby	33.1, 33.6 og 33.9	Gynækologisk	-8.197
	7026	Skejby	01.7	Dagkirurgisk afsnit	-10.426
	7004	Århus		Dermatologisk afdeling	-12.484
	7004	Århus	18.7	Ortopædkirurgisk afdeling	-3.306
Århus total					-78.139
Total					-110.651

Kilde: LPR pr. 1. marts 2007 (Årsopgørelsen)

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 anvendes derfor bl.a. til at 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 Sundhedsstyrelsen de korrigerede tilrettede driftsudgifter.

De tilrettede driftsudgifter, opgjort via skema 1-7, indberettes af sygehusene til Sundhedsstyrelsen, og anvendes bl.a. til takstberegningen.

Den første foreløbige opgørelse af skema 1-7 for 2006 er fremsendt af sygehusejerne til Sundhedsstyrelsen primo maj 2007. Herefter ændres løbende i indberetningen som led i sygehusejernes og Sundhedsstyrelsens validering.

De korrigerede tilrettede driftsudgifter kan i koncentreret form opstilles som nedenfor.

Tabel C.6: Oversigt over beregning af justerede tilrettede driftsudgifter
Sygehusvæsenets totale driftsudgifter (skema 1 – 3) ^a
- Udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling (skema 4 til 7) ^a
- Udgifter til internt finansieret forskning ^a
- Udgifter til klinisk biokemiske laboratorieydelser til praksissektoren (kun i 2005, da de indgår i skema 6 fra og med 2006) ^a
= De tilrettede driftsudgifter
+ Udgifter til særydelser leveret til frit valgs patienter på basisniveau (kun i 2006, da disse indgår i skema 6 fra og med 2006) ^a
- Udgifter til medicin på ambulante afdelinger ^b
= De korrigerede tilrettede driftsudgifter

a) Kilde: Sundhedsstyrelsen

b) Kilde: Lægemiddelstyrelsen. Valideres af sygehusejerne.

Det er internt i arbejdsgruppen blevet diskuteret, hvorvidt korrektionerne som anført i tabel C6 fastholdes for produktivetsmålingen for 2006. Dette har ikke grundlæggende ændret på beregningerne af de justerede driftsudgifter, men har impliceret to forslag til forbedret dokumentation og tests af datas robusthed. 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.

Udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling

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

Internt finansieret forskning

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

Til og med 2005 er udgifter til internt finansieret forskning for universitetssygehusene blevet fremsendt af Sundhedsstyrelsen, som modtager disse opgørelser fra Dansk Center for Forskningsanalyse.

For de øvrige sygehuse er forskningsudgiften alene blevet opgjort hvert femte år og seneste opgørelse er fra 2002. For disse sygehuse er forskningsudgifterne derfor blevet pris/løn-fremskrevet, samt evt. justeret i den afsluttende validering af målingerne.

Udgifterne til internt finansieret forskning for 2005 opgøres således som en P/L-fremskrivning af Dansk Center for Forskningsanalyses tal.

Som en ny procedure ved udgiftsopgørelsen for 2006 anmoder Sundhedsstyrelsen sygehusene om at indberette udgifter til internt finansieret forskning sammen med indberetningen af udgifterne for 2006. Denne anmodning sker naturligt sammen med skema 1-7. Herefter validerer Sundhedsstyrelsen de indberettede tal ved en sammenligning med tidligere år. Denne validering sker for at undersøge effekten af den nye registreringsmetode.

Der er imidlertid sygehuse, der endnu ikke har lavet denne indberetning for udgifterne vedrørende 2006. For disse sygehuse anvendes den tidligere metode (P/L-fremskrivning af forskningsudgiften som opgjort af Dansk Center for Forskningsanalyse).

Kliniske biokemiske laboratorieydelse til praksissektoren

På en del sygehuse ydes der vederlagsfrit forskellige laboratorieydelse til praksissektoren. Da disse ydelse ikke vedrører sygehusets patienter, er udgifterne hertil ikke medtaget i de tilrettede driftsudgifter. Disse udgifter trækkes ud via skema 6.

Fra 2006 indberettes udgifter til vederlagsfrie kliniske biokemiske laboratorieydelse til praksissektoren af sygehusene sammen med øvrige vederlagsfrie ydelse til praksissektoren (skema 6).

I 2005 trækkes udgifterne til kliniske biokemiske laboratorieydelse imidlertid ikke ud via skema 6. Derfor skal disse udgifter særskilt trækkes ud i 2005 for at gøre produktivitetsopgørelserne for 2005 og 2006 sammenlignelige. Sundhedsstyrelsen har udfærdiget en opgørelse over udgifter til vederlagsfrie klinisk biokemiske laboratorieydelse i 2005 og 2006 for at kaste lys på, om der er sket en ændring i registreringsmetoden. Opgørelsen er vedlagt som bilag 6.

Udgifter til særydelse leveret til frit valgs patienter på basisniveau

Udgifter til særydelser leveret til frit valgs patienter på basisniveau indberettes fra 2006 sammen med skema 6. Da udgifterne delvist er sammenfaldende med medicinudgifterne på de ambulante afdelinger, vil der ske en dobbeltkorrektion, såfremt udgifterne til særydelser til fritvalgspatienter ikke tillægges de tilrettede driftsudgifter. Korrektionen sker kun i 2006, da udgifterne til særydelser leveret til frit valgs patienter ikke indgik i skema 6 i 2005.

Medicin på ambulante afdelinger

Udgifterne til medicin på ambulante afdelinger indgår ikke retvisende i DRG-produktionsværdien. Derfor trækkes såvel DRG-produktionsværdien som udgifter hertil ud i forbindelse med produktivitetmålingerne.

Lægemiddelstyrelsen opgør udgifter til medicin på ambulante og stationære afdelinger. Lægemiddelstyrelsens fordeling af udgifterne sendes i validering hos sygehusejerne med henblik på at opnå den korrekte fordeling mellem ambulante og stationære (bilag 7). Den fra valideringen opnåede fordeling mellem udgifter på ambulante og stationære afdelinger anvendes på niveauet af Lægemiddelstyrelsens medicinudgifter.

I forbindelse med valideringen i 2007 har sygehusejerne valideret udgiftsfordelingen mellem de ambulante og stationære afdelinger.

3.1 Opsummering

Et samlet overblik over korrektionerne i forbindelse med beregning af de justerede tilrettede driftsudgifter fremgår af tabel C7 nedenfor.

Tabel C.7: Korrektioner for beregning af justerede tilrettede driftsudgifter	
Korrektioner	Status
Internt finansieret forskning	Fastholdes
Kliniske biokemiske laboratorieydelse til praksissektoren	Fastholdes (jf. desuden bilag 6)
Udgifter til særydelser leveret til frit valgs patienter på basisniveau	Fastholdes
Medicin på ambulante afdelinger	Fastholdes

4. Opbevaring af data

Som led i dokumentation af produktivetsopgørelserne er det relevant også at sikre, at data for beregningerne gemmes.

Den produktivetsopgørelse, der indgår i delrapport III bygger på Landspatientregistret pr. 10. juli. Denne version vil blive fastholdt således at den nærværende måling på et senere tidspunkt kan genskabes, og evt. opklarende delberegninger vil kunne udføres.

I arbejdet med produktivetsmålingen for 2007 er der imidlertid udarbejdet flere opgørelser:

- Udkast drøftet i arbejdsgruppen
- Revideret udkast udsendt i validering
- Revideret udkast på baggrund af valideringen i 1. rapportudkast
- Endelig udgave i endelig rapport

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil opbevare disse målinger, ligesom det bagvedliggende datamateriale vil blive gemt.

Bilag D: 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 III derfor 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.

Et eksempel på et forhold, der kan afstedkomme forskellig registrering og dermed få indflydelse på produktivitetsopgørelserne er afgrænsningen mellem renovering og ombygning, der foretages af de enkelte sygehuse. Forskellig afgrænsning kan få betydning for opgørelse af de tilrettede driftsudgifter, idet udgifter til renovering indgår i udgifterne, mens ombygninger derimod skal fratrækkes udgifterne.

Spørgsmålet opstår eksempelvis, hvis et ambulatorium bliver omlagt til en operationsstue. Her er spørgsmålet, om det er en ombygning (indgår ikke i de tilrettede driftsudgifter) eller en renovering (indgår i de tilrettede driftsudgifter). Konterings- og afgrænsningsforskelle kan få betydning for målingen af produktivitet, idet registreringsmetoden vil være bestemmende for, om udgifterne bliver omfattet af produktivitetsanalysen.

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.

Endvidere kan der opstå præciseringsproblemer, der afhænger af forskelle i sygehusenes valideringsindsats. Et eksempel herpå er valideringen af udgifter til medicin på ambulante behandlinger, som fratrækkes de tilrettede driftsudgifter for at kunne sammenligne enheder med specielt store udgifter til ambulante særydelser. Selve udskilningen af udgifter, der er medgået til medicin på ambulante behandlinger er foretaget af sygehusene eller bygger alternativt på den fordeling, der blev anvendt i delrapport II. Der tages derfor forbehold for

forskelle i regionerne/sygehusenes valideringsproces, der kan have indflydelse på produktivitetsopgørelserne.

Af øvrige generelle forhold, der kan påvirke datakvaliteten kan nævnes forskelle i udgifter til leasing/leje, forskelle i sygehusenes beregninger af sygehusenes psykiatriske dels træk på sygehusenes somatiske dels 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. Et eksempel herpå er, at der er forskelle i sygehusenes anvendelse af tolkebistand, der naturligvis er særligt store i områder med mange fremmedsprogede indbyggere.

3. 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, amter og regioner kan påvirke produktivitetmålingerne. Det skyldes, at DRG- og DAGS-systemet afspejler de lands gennemsnitlige 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 indebære, at produktionen bliver undervurderet for disse enheder og dermed også påvirker produktiviteten. Omvendt kan produktiviteten overvurderes, hvis et amt/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 derfor indebære, at nogle sygehuse systematisk behandler patienter, som 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 patienternes sengedage 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, da 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 amt har mange patienter med meget kort liggetid.

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

Bilag E. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for sygehuse. 2005-2006

Tabel E.1. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for sygehuse, 2005-2006				
	Udvikling 2005-2006, pct.			2006
Sygehus	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	Produktivitetsniveau
Rigshospitalet	7,4	4,0	3,2	103
Bispebjerg	4,6	-1,9	6,7	94
Hvidovre	0,9	2,8	-1,8	95
Amager	6,0	1,1	4,8	95
Frederiksberg	3,3	1,1	2,2	99
Gentofte	2,5	5,2	-2,5	99
Glostrup	5,6	5,3	0,3	92
Herlev	2,3	0,9	1,4	105
Fre.borgs Amts	4,5	0,8	3,6	99
Roskilde	2,8	3,7	-0,8	105
Køge	9,0	10,6	-1,4	105
Vestsjælland	3,7	3,7	-0,1	90
Storstrømmens	6,9	0,9	6,0	100
Bornholm	5,1	5,4	-0,2	78
OUH	6,7	1,5	5,1	108
Fyn	0,7	-1,4	2,1	93
Sønderborg	0,1	-1,3	1,4	91
Haderslev	1,9	-0,3	2,2	93
Tønder	-2,0	-16,0	16,6	94
Aabenraa	3,0	-0,5	3,5	87
Sydvestjysk	3,9	3,5	0,3	109
Brædstrup	20,8	-1,0	22,0	105
Give	-24,7	-17,7	-8,6	107
Horsens	7,6	6,7	0,8	114
Kolding og Fredericia	1,3	6,4	-4,8	102
Vejle	9,3	8,6	0,7	119
Brædstrup Friklinik	15,0	22,7	-6,2	140
Holstebro	2,1	1,7	0,4	106
Herning	3,3	3,6	-0,3	102
Tarm	-39,5	-40,4	1,6	63
Ringkøbing	1,2	-7,4	9,3	103

Lemvig	-21,6	-16,3	-6,3	54
Silkeborg	8,9	6,9	1,9	111
Århus Sygehus	5,6	7,2	-1,5	100
Randers	2,6	3,1	-0,6	111
Skejby	2,8	-2,2	5,1	102
Viborg	7,7	4,3	3,3	101
Nykøbing-Thisted	5,3	2,9	2,3	89
Aalborg	6,0	3,2	2,8	93
Vendsyssel	4,8	2,3	2,4	91
Himmerland	5,7	0,4	5,3	85
Ortopædkirurgi NJ	1,6	-0,6	2,3	92
Hele landet	4,6	2,7	1,9	100

Bilag F. Data bag måling af produktivitet

DRG-produktionsværdi 2005, takstsystem 2006

Benyttes til beregning af produktivetsudviklingen fra 2005-2006.

Tabel F.1. Korrigeret produktionsværdi, 2005-aktivitet, 1.000 kr., 2006-takstsystem								
Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Korrektion for nye koder til intensivbehandling	Korrektion for fys/ ergo i Århus Amt	Medicin på ambulante afdelinger	Korrektion for organiseringsforskelle	Strukturændringer	Forskel i registreringspraksis på strålecentre	Korrigeret produktionsværdi
Rigshospitalet	3.853.054	937	0	206.117	-28.615	0	-98.925	3.773.541
Bispebjerg hospital	1.121.670	0	0	21.496	21.668	0	0	1.078.506
Hvidovre hospital	1.479.034	0	0	31.206	11.465	21.576	0	1.414.787
Amager hospital (HS)	354.296	2.864	0	7	2.338	0	0	349.087
Frederiksberg hospital	694.802	1.938	0	159	13.367	0	0	679.338
H:S	7.502.857	5.738	0	258.985	20.224	21.576	-98.925	7.295.259
Amager hospital (kbh)	198.428	1.604	0	4	1.310	0	0	195.511
KAS Gentofte	1.631.257	2.965	0	6.552	-13.932	0	0	1.635.671
KAS Glostrup	1.180.307	0	0	1.492	1.068	0	0	1.177.747
KAS Herlev	1.838.707	0	0	126.079	-248	0	-69.829	1.782.705
København, total	4.848.699	4.569	0	134.126	-11.801	0	-69.829	4.791.634
Fre.borgs Amts sundhedsvæsen	2.169.250	0	0	52.982	-41.877	0	0	2.158.144
Frederiksborg, total	2.169.250	0	0	52.982	-41.877	0	0	2.158.144
Amtssygehuset Roskilde	1.080.538	2.316	0	43.856	-7.790	0	0	1.042.155
Roskilde Amts Sygehus, Køge	664.298	2.179	0	1.277	-2.257	0	0	663.098
Roskilde, total	1.744.836	4.496	0	45.133	-10.046	0	0	1.705.254
Sygehus Vestsjælland	1.767.555	4.834	0	3.215	-34.175	0	0	1.793.681
Vestsjælland, total	1.767.555	4.834	0	3.215	-34.175	0	0	1.793.681
Storstrømmens Sygehus	1.678.889	0	0	57.343	-32.792	0	0	1.654.337
Storstrøm, total	1.678.889	0	0	57.343	-32.792	0	0	1.654.337

Tabel F.1. Korrigeret produktionsværdi, 2005-aktivitet, 1.000 kr., 2006-takstsystem

Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Korrektion for nye koder til intensivbehandling	Korrektion for fys/ ergo i Århus Amt	Medicin på ambulante afdelinger	Korrektion for organisationsforskelle	Strukturændringer	Forskel i registreringspraksis på strålecentre	Korrigeret produktionsværdi
Bornholms central-sygehus	242.572	0	0	4.399	-4.417	0	0	242.591
Bornholm, total	242.572	0	0	4.399	-4.417	0	0	242.591
Odense Universitetshospital	3.365.650	6.852	0	69.684	-42.716	0	23.127	3.308.704
Sygehus Fyn	1.002.950	4.345	0	0	11.346	0	0	987.259
Fyn, total	4.368.599	11.196	0	69.684	-31.371	0	23.127	4.295.964
Sønderborg sygehus	725.490	0	0	14.822	1.022	1.631	0	708.015
Haderslev sygehus	319.655	0	0	11.013	4.853	0	0	303.788
Tønder sygehus	59.923	0	0	0	3.737	0	0	56.186
Aabenraa sygehus	390.397	2.926	0	0	7.470	0	0	380.001
Sønderjylland, total	1.495.465	2.926	0	25.835	17.083	1.631	0	1.447.990
Sydvestjysk Sygehus	1.435.473	3.169	0	20.440	-25.935	0	0	1.437.799
Ribe, total	1.435.473	3.169	0	20.440	-25.935	0	0	1.437.799
Brædstrup sygehus	88.618	0	0	0	5.894	0	0	82.725
Give sygehus	154.016	0	0	4	4.335	6.444	0	143.234
Horsens sygehus	527.466	2.242	0	411	3.350	0	0	521.464
Kolding og Fredericia sygehuse	1.032.115	3.048	0	884	2.232	2.861	0	1.023.091
Vejle sygehus	1.069.945	0	0	95.804	6.040	0	57.694	910.407
Friklinikken i Brædstrup	57.801	0	0	0	-47	0	0	57.848
Vejle, total	2.929.962	5.290	0	97.102	21.803	9.305	57.694	2.738.768
Holstebro central-sygehus	766.011	2.508	0	12.627	1.008	0	0	749.868
Herning centralsygehus	695.862	2.975	0	22.110	817	0	0	669.960
Tarm amtssygehus	33.402	0	0	0	2.999	0	0	30.403
Ringkøbing sygehus	96.917	0	0	0	4.040	0	0	92.877
Amtssygehuset i Lemvig	34.839	0	0	14	3.106	0	0	31.718
Ringkøbing, total	1.627.030	5.483	0	34.751	11.970	0	0	1.574.826

Tabel F.1. Korrigeret produktionsværdi, 2005-aktivitet, 1.000 kr., 2006-takstsystem

Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Korrektion for nye koder til intensivbehandling	Korrektion for fys/ergo i Århus Amt	Medicin på ambulante afdelinger	Korrektion for organiseringsforskelle	Strukturændringer	Forskel i registreringspraksis på strålecentre	Korrigeret produktionsværdi
Silkeborg central-sygehus	553.695	0	-5.484	79	11.318	0	0	547.782
Århus Sygehus	2.806.687	623	-8.336	109.683	52.659	15.791	41.716	2.594.552
Randers Central-sygehus	944.650	3.238	-12.497	0	29.093	0	0	924.816
Skejby sygehus	1.569.050	107	-3.253	6.965	5.817	82.116	0	1.477.297
Århus, total	5.874.082	3.968	-29.570	116.727	98.887	97.907	41.716	5.544.447
Sygehus Viborg	1.225.027	0	0	23.256	-20.480	0	0	1.222.251
Sygehus Nord, Nykøbing-Thisted	310.801	1.118	0	0	325	0	0	309.358
Viborg, total	1.535.828	1.118	0	23.256	-20.155	0	0	1.531.609
Aalborg sygehus	2.243.771	0	0	63.927	-2.570	0	46.217	2.136.197
Sygehus Vendsyssel	687.498	0	0	10.807	21.818	0	0	654.872
Sygehus Himmerland	170.141	0	0	30	16.178	0	0	153.933
Ortopædkirurgi Nordjylland	505.774	0	0	69	7.178	0	0	498.527
Nordjylland, total	3.607.183	0	0	74.834	42.604	0	46.217	3.443.529
Regioner								
Hovedstaden	14.763.378	10.308	0	450.492	-37.872	21.576	-168.754	14.487.628
Sjælland	5.191.280	9.330	0	105.691	-77.013	0	0	5.153.272
Syddanmark	9.613.415	20.339	0	212.650	-27.664	10.936	80.821	9.316.332
Midtjylland	9.342.224	11.694	-29.570	175.146	99.620	97.907	41.716	8.945.712
Nordjylland	3.917.984	1.118	0	74.834	42.928	0	46.217	3.752.887
Hele landet	42.828.281	52.788	-29.570	1.018.813	0	130.418	0	41.655.832

DRG-produktionsværdi 2006, takstsystem 2006

Benyttes til beregning af produktivetsudviklingen fra 2005-2006.

Tabel F.2. Korrigeret produktionsværdi, 2006-aktivitet, 1.000 kr., 2006-takstsystem						
Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Korrektion for nye koder til intensiv behandling	Medicin på ambulante afdelinger	Korrektion for organisationsforskelle	Forskel i registreringspraksis på strålecentre	Korrigeret produktionsværdi
Rigshospitalet	4.174.389	58.202	244.730	-36.359	-144.353	4.052.169
Bispebjerg hospital	1.194.562	8.376	32.357	25.494	0	1.128.335
Hvidovre hospital	1.469.598	7.033	29.952	4.440	0	1.428.173
Amager hospital (HS)	375.551	3.294	0	2.307	0	369.949
Frederiksberg hospital	716.900	3.415	399	11.028	0	702.058
H:S	7.930.999	80.320	307.437	6.910	-144.353	7.680.685
Amager hospital (kbh)	210.332	1.845	0	1.292	0	207.195
KAS Gentofte	1.689.883	18.022	9.568	-14.425	0	1.676.718
KAS Glostrup	1.257.994	6.837	6.408	781	0	1.243.968
KAS Herlev	1.868.708	5.940	141.801	-4.632	-98.228	1.823.827
København, total	5.026.918	32.644	157.777	-16.984	-98.228	4.951.709
Fre.borgs Amts sundhedsvæsen	2.275.747	2.710	61.841	-43.400	0	2.254.596
Frederiksborg, total	2.275.747	2.710	61.841	-43.400	0	2.254.596
Amtssygehuset Roskilde	1.119.634	740	51.598	-4.227	0	1.071.523
Roskilde Amts Sygehus, Køge	725.268	2.039	1.023	-761	0	722.967
Roskilde, total	1.844.902	2.779	52.621	-4.988	0	1.794.491
Sygehus Vestsjælland	1.848.507	20.357	3.680	-34.887	0	1.859.358
Vestsjælland, total	1.848.507	20.357	3.680	-34.887	0	1.859.358
Storstrømmens Sygehus	1.830.802	11.585	84.108	-33.870	0	1.768.979
Storstrøm, total	1.830.802	11.585	84.108	-33.870	0	1.768.979
Bornholms central-sygehus	258.006	1.522	5.870	-4.393	0	255.008
Bornholm, total	258.006	1.522	5.870	-4.393	0	255.008
Odense Universitetshospital	3.622.757	18.287	76.620	-45.318	42.424	3.530.745
Sygehus Fyn	1.016.230	8.406	7	13.897	0	993.920

Tabel F.2. Korrigeret produktionsværdi, 2006-aktivitet, 1.000 kr., 2006-takstsystem

Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Korrektion for nye koder til intensiv behandling	Medicin på ambulante afdelinger	Korrektion for organisationsforskelle	Forskel i registreringspraksis på strålecentre	Korrigeret produktionsværdi
Fyn, total	4.638.987	26.694	76.626	-31.422	42.424	4.524.665
Sønderborg sygehus	744.487	7.908	27.032	710	0	708.837
Haderslev sygehus	327.803	0	14.413	3.960	0	309.430
Tønder sygehus	58.121	0	0	3.086	0	55.034
Aabenraa sygehus	406.513	5.886	0	9.416	0	391.211
Sønderjylland, total	1.536.924	13.794	41.446	17.172	0	1.464.513
Sydvestjysk Sygehus	1.504.860	8.507	29.719	-26.767	0	1.493.401
Ribe, total	1.504.860	8.507	29.719	-26.767	0	1.493.401
Brædstrup sygehus	106.055	0	0	6.105	0	99.950
Give sygehus	111.525	0	0	3.694	0	107.831
Horsens sygehus	576.398	6.982	660	7.847	0	560.907
Kolding og Fredericia sygehuse	1.050.686	11.035	2.317	594	0	1.036.739
Vejle sygehus	1.185.406	10.360	117.597	7.392	54.538	995.519
Friklinikken i Brædstrup	66.410	0	0	-122	0	66.532
Vejle, total	3.096.479	28.378	120.575	25.510	54.538	2.867.478
Holstebro central-sygehus	790.627	8.029	13.384	3.347	0	765.866
Herning centralsygehus	732.398	9.892	27.180	3.475	0	691.851
Tarm amtssygehus	21.053	0	0	2.645	0	18.408
Ringkøbing sygehus	99.392	0	0	5.433	0	93.959
Amtssygehuset i Lemvig	28.559	0	0	3.698	0	24.862
Ringkøbing, total	1.672.029	17.922	40.564	18.598	0	1.594.945
Silkeborg central-sygehus	613.491	4.795	2.063	10.253	0	596.379
Århus Sygehus	3.048.912	18.110	150.336	68.917	72.596	2.738.954
Randers Central-sygehus	985.815	7.649	4	29.618	0	948.545
Skejby sygehus	1.565.100	27.454	10.548	8.931	0	1.518.166
Århus, total	6.213.318	58.007	162.951	117.720	72.596	5.802.045
Sygehus Viborg	1.353.964	11.342	48.107	-21.958	0	1.316.473
Sygehus Nord, Ny-	329.422	3.451	0	333	0	325.638

Tabel F.2. Korrigeret produktionsværdi, 2006-aktivitet, 1.000 kr., 2006-takstsystem						
Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Korrektion for nye koder til intensiv behandling	Medicin på ambulante afdelinger	Korrektion for organisationsforskelle	Forskel i registreringspraksis på strålecentre	Korrigeret produktionsværdi
købing-Thisted						
Viborg, total	1.683.386	14.793	48.107	-21.625	0	1.642.111
Aalborg sygehus	2.415.022	9.490	68.841	-1.593	73.025	2.265.259
Sygehus Vendsyssel	716.072	626	11.919	17.071	0	686.457
Sygehus Himmerland	176.224	0	98	13.390	0	162.736
Ortopædkirurgi Nordjylland	511.178	854	142	3.559	0	506.623
Nordjylland, total	3.818.496	10.970	81.001	32.426	73.025	3.621.075
Regioner						
Hovedstaden	15.491.670	117.195	532.925	-57.867	-242.581	15.141.998
Sjælland	5.524.211	34.720	140.409	-73.746	0	5.422.827
Syddanmark	10.094.797	70.391	267.705	-29.459	96.961	9.689.200
Midtjylland	9.921.763	94.253	252.282	128.312	72.596	9.374.321
Nordjylland	4.147.918	14.421	81.001	32.759	73.025	3.946.713
Hele landet	45.180.359	330.980	1.274.322	0	0	43.575.058

DRG-produktionsværdi 2006, takstsystem 2006

Benyttes til beregning af produktivetsniveauet i 2006.

Tabel F.3. Korrigeret produktionsværdi, 2006-aktivitet, 1.000 kr., 2006-takstsystem					
Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Medicin på ambulante afdelinger	Korrektion for organiseringsforskelle	Forskel i registreringspraksis på strålecentre	Korrigeret produktionsværdi
Rigshospitalet	4.174.389	244.730	-36.886	-144.353	4.110.899
Bispebjerg hospital	1.194.562	32.357	25.555	0	1.136.650
Hvidovre hospital	1.469.598	29.952	4.383	0	1.435.263
Amager hospital (HS)	375.551	0	2.501	0	373.050
Frederiksberg hospital	716.900	399	11.405	0	705.096
H:S	7.930.999	307.437	6.958	-144.353	7.760.957
Amager hospital (kbh)	210.332	0	1.401	0	208.931
KAS Gentofte	1.689.883	9.568	-14.445	0	1.694.761
KAS Glostrup	1.257.994	6.408	612	0	1.250.974
KAS Herlev	1.868.708	141.801	-4.789	-98.228	1.829.924
København, total	5.026.918	157.777	-17.221	-98.228	4.984.590
Fre.borgs Amts sundhedsvæsen	2.275.747	61.841	-43.651	0	2.257.557
Frederiksborg, total	2.275.747	61.841	-43.651	0	2.257.557
Amtssygehuset Roskilde	1.119.634	51.598	-4.323	0	1.072.358
Roskilde Amts Sygehus, Køge	725.268	1.023	-873	0	725.118
Roskilde, total	1.844.902	52.621	-5.195	0	1.797.476
Sygehus Vestsjælland	1.848.507	3.680	-35.640	0	1.880.466
Vestsjælland, total	1.848.507	3.680	-35.640	0	1.880.466
Storstrømmens Sygehus	1.830.802	84.108	-34.352	0	1.781.046
Storstrøm, total	1.830.802	84.108	-34.352	0	1.781.046
Bornholms central-sygehus	258.006	5.870	-4.457	0	256.593
Bornholm, total	258.006	5.870	-4.457	0	256.593
Odense Universitetshospital	3.622.757	76.620	-45.604	42.424	3.549.318
Sygehus Fyn	1.016.230	7	13.973	0	1.002.251
Fyn, total	4.638.987	76.626	-31.631	42.424	4.551.568

Tabel F.3. Korrigeret produktionsværdi, 2006-aktivitet, 1.000 kr., 2006-takstsystem					
Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Medicin på ambulante afdelinger	Korrektion for organiseringsforskelle	Forskel i registreringspraksis på strålecentre	Korrigeret produktionsværdi
Sønderborg sygehus	744.487	27.032	687	0	716.767
Haderslev sygehus	327.803	14.413	3.938	0	309.452
Tønder sygehus	58.121	0	3.084	0	55.037
Aabenraa sygehus	406.513	0	9.868	0	396.645
Sønderjylland, total	1.536.924	41.446	17.578	0	1.477.900
Sydvestjysk Sygehus	1.504.860	29.719	-27.130	0	1.502.271
Ribe, total	1.504.860	29.719	-27.130	0	1.502.271
Brædstrup sygehus	106.055	0	6.098	0	99.957
Give sygehus	111.525	0	3.689	0	107.837
Horsens sygehus	576.398	660	7.865	0	567.873
Kolding og Fredericia sygehuse	1.050.686	2.317	978	0	1.047.391
Vejle sygehus	1.185.406	117.597	7.288	54.538	1.005.983
Friklinikken i Brædstrup	66.410	0	-123	0	66.532
Vejle, total	3.096.479	120.575	25.794	54.538	2.895.573
Holstebro centralsygehus	790.627	13.384	3.184	0	774.058
Herning centralsygehus	732.398	27.180	3.784	0	701.434
Tarm amtssygehus	21.053	0	2.644	0	18.409
Ringkøbing sygehus	99.392	0	5.427	0	93.966
Amtssygehuset i Lemvig	28.559	0	3.695	0	24.864
Ringkøbing, total	1.672.029	40.564	18.734	0	1.612.731
Silkeborg centralsygehus	613.491	2.063	10.568	0	600.860
Århus Sygehus	3.048.912	150.336	70.113	72.596	2.755.867
Randers Centralsygehus	985.815	4	30.508	0	955.303
Skejby sygehus	1.565.100	10.548	9.132	0	1.545.420
Århus, total	6.213.318	162.951	120.321	72.596	5.857.450
Sygehus Viborg	1.353.964	48.107	-22.266	0	1.328.123
Sygehus Nord, Nykøbing-Thisted	329.422	0	338	0	329.084
Viborg, total	1.683.386	48.107	-21.928	0	1.657.207
Aalborg sygehus	2.415.022	68.841	-2.048	73.025	2.275.204

Tabel F.3. Korrigeret produktionsværdi, 2006-aktivitet, 1.000 kr., 2006-takstsystem					
Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Medicin på ambulante afdelinger	Korrektion for organiseringsforskelle	Forskel i registreringspraksis på strålecentre	Korrigeret produktionsværdi
Sygehus Vendsyssel	716.072	11.919	16.996	0	687.158
Sygehus Himmerland	176.224	98	13.376	0	162.750
Ortopædkirurgi Nordjylland	511.178	142	3.496	0	507.539
Nordjylland, total	3.818.496	81.001	31.819	73.025	3.632.652
Regioner					
Hovedstaden	15.491.670	532.925	-58.371	-242.581	15.259.697
Sjælland	5.524.211	140.409	-75.187	0	5.458.989
Syddanmark	10.094.797	267.705	-29.351	96.961	9.759.483
Midtjylland	9.921.763	252.282	130.752	72.596	9.466.133
Nordjylland	4.147.918	81.001	32.156	73.025	3.961.736
Hele landet	45.180.359	1.274.322	0	0	43.906.037

De tilrettede driftsudgifter 2005-2006

Tabel F.4. Sygehusenes nettodriftsudgifter for 2005, 1.000 kr. 2006 priser							
Sygehuse/amter	Skema 1	Skema 2	Skema 3	Skema 4	Skema 5	Skema 6	Skema 7
Rigshospitalet	2.238.479	0	103.964	35.400	17.547	-1.843.053	0
Bispebjerg hospital	1.227.707	0	17.712	104.209	3.281	-21.468	-3.848
Hvidovre hospital	1.221.301	0	20.001	194.265	5.649	-432.228	9.968
Amager hospital	396.909	0	1.341	21.719	287	18.494	0
Frederiksberg hospital	630.825	0	8.079	39.319	0	-58.106	-6.121
H:S	5.715.222	0	151.097	394.912	26.764	-2.336.361	0
Amager hospital	222.294	0	751	12.164	161	10.358	0
KAS Gentofte	1.516.782	3.850	27.306	8.373	5.948	81.429	-46.996
KAS Glostrup	1.316.113	3.675	23.299	5.320	0	111.788	-16.455
KAS Herlev	1.949.236	4.810	36.447	1.389	91	139.068	63.451
København, total	5.004.425	12.335	87.804	27.247	6.200	342.643	0
Fre.borgs Amts sundhedsvæsen	1.957.354	1.074.972	233.443	0	47.303	1.065.814	0
Frederiksborg, total	1.957.354	1.074.972	233.443	0	47.303	1.065.814	0
Amtssygehuset Roskilde	1.020.708	10.791	13.125	0	4.072	73.531	3.099
Roskilde Amts Sygehus, Køge	608.783	7.239	7.899	0	3.014	33.300	-2.118
Roskilde, total	1.629.491	18.030	21.025	0	7.086	106.831	981
Sygehus Vestsjælland	1.956.069	15.341	16.197	0	3.818	65.855	0
Vestsjælland, total	1.956.069	15.341	16.197	0	3.818	65.855	0
Storstrømmens Sygehus	1.737.297	20.929	22.104	0	671	74.625	-159
Storstrøm, total	1.737.297	20.929	22.104	0	671	74.625	-159
Bornholms centralsygehus	453.772	0	0	0	2.412	149.335	0
Bornholm, total	453.772	0	0	0	2.412	149.335	0
Odense Universitetshospital	2.828.832	470	-38	11.717	39.318	-507.074	8.876
Sygehus Fyn	1.076.518	142	-3.549	1.124	17.640	42.251	-8.876
Fyn, total	3.905.351	612	-3.588	12.841	56.958	-464.823	0
Sønderborg sygehus	768.378	31.833	51.236	0	6.084	35.978	21.580
Haderslev sygehus.	295.949	19.586	23.717	0	61	25.398	-9.231

Tabel F.4. Sygehusenes nettodriftsudgifter for 2005, 1.000 kr. 2006 priser							
Sygehuse/amter	Skema 1	Skema 2	Skema 3	Skema 4	Skema 5	Skema 6	Skema 7
Tønder sygehus	60.173	8.360	2.749	0	155	6.656	-5.739
Aabenraa sygehus	400.633	14.303	14.029	0	324	12.777	-4.341
Sønderjylland, total	1.525.134	74.082	91.730	0	6.625	80.810	2.270
Sydvestjysk Sygehus	1.302.031	15.093	46.858	3.377	2.205	66.830	467
Ribe, total	1.302.031	15.093	46.858	3.377	2.205	66.830	467
Brædstrup sygehus	79.572	0	746	0	54	-13.525	-1.986
Give sygehus	76.390	0	811	0	83	-20.090	-14.699
Horsens sygehus	411.344	0	3.937	16.717	617	-43.458	-4.140
Kolding og Fredericia sygehuse	807.811	0	7.652	7.025	2.674	-123.016	-10.966
Vejle sygehus	859.022	0	7.080	3.554	4.278	-24.943	42.529
Friklinikken i Brædstrup	-3.454	0	225	0	0	-35.640	-3.810
Vejle, total	2.230.685	0	20.451	27.296	7.705	-260.671	6.927
Holstebro central-sygehus	718.736	3.058	27.375	0	1.719	38.281	-2.522
Herning centralsygehus	716.963	0	30.093	0	6.019	38.050	44.374
Tarm amtssygehus	35.194	0	691	0	38	989	-10.785
Ringkøbing sygehus	75.461	0	1.827	0	254	3.272	-17.831
Amtssygehuset i Lemvig	41.262	0	932	0	8	1.185	-11.371
Ringkøbing, total	1.587.616	3.058	60.918	0	8.039	81.775	1.866
Silkeborg central-sygehus	444.848	1.543	28.277	5.064	5.039	-48.259	31.943
Århus Sygehus	2.032.285	7.444	59.884	0	36.666	-538.101	-10.273
Randers Central-sygehus	758.160	2.553	38.352	10.386	8.688	37	-15.533
Skejby sygehus	1.058.640	3.828	74.842	0	12.240	-538.422	18.296
Århus, total	4.293.933	15.368	201.355	15.450	62.633	-1.124.745	24.434
Sygehus Viborg	1.250.637	8.963	27.510	0	1.996	51.618	4.947
Sygehus Nord, Nykøbing-Thisted	342.217	2.404	8.819	0	815	13.505	-4.947
Viborg, total	1.592.854	11.367	36.329	0	2.811	65.123	0
Aalborg sygehus	2.407.911	26.025	70.509	0	17.728	85.733	53.310
Sygehus Vendsyssel	777.431	9.059	24.762	0	807	18.535	91.023

Tabel F.4. Sygehusenes nettodriftsudgifter for 2005, 1.000 kr. 2006 priser							
Sygehuse/amter	Skema 1	Skema 2	Skema 3	Skema 4	Skema 5	Skema 6	Skema 7
Sygehus Himmerland	246.351	2.775	3.849	0	663	3.618	75.320
Ortopædkirurgi Nordjylland	286.290	3.105	3.348	0	1.355	1.842	-219.653
Nordjylland, total	3.717.982	40.965	102.468	0	20.554	109.727	0
Regioner							
Hovedstaden	13.130.773	1.087.307	472.343	422.159	82.679	-778.569	0
Sjælland	5.322.858	54.300	59.326	0	11.576	247.311	822
Syddanmark	8.472.285	89.786	150.769	26.797	72.822	-520.872	15.790
Midtjylland	7.623.101	27.389	294.466	32.167	73.338	-1.048.335	25.119
Nordjylland	4.060.199	43.368	111.287	0	21.369	123.233	-4.947
Hele landet	38.609.216	1.302.150	1.088.192	481.123	261.784	-1.977.232	36.785

Tabel F.5 Sygehusenes nettodriftsudgifter for 2006, 1.000 kr. 2006 priser							
Sygehuse/amter	Skema 1	Skema 2	Skema 3	Skema 4	Skema 5	Skema 6	Skema 7
Rigshospitalet	2.252.344	0	118.718	31.173	20.139	-2.048.677	0
Bispebjerg hospital	1.264.243	0	26.469	135.700	5.903	-42.192	6.515
Hvidovre hospital	1.221.501	0	20.242	180.677	3.869	-468.367	-1.383
Amager hospital	395.028	0	3.995	23.909	335	13.920	0
Frederiksberg hospital	622.995	0	12.882	41.712		-75.327	-5.132
H:S	5.756.111	0	182.306	413.171	30.246	-2.620.643	0
Amager hospital	221.241	0	2.237	13.391	188	7.796	0
KAS Gentofte	1.599.893	3.802	26.314	1.343	1.082	87.821	-51.785
KAS Glostrup	1.379.751	3.697	22.792	2.151	0	105.871	-18.189
KAS Herlev	2.012.683	4.712	31.251	1.289	93	139.737	69.974
København, total	5.213.568	12.211	82.594	18.174	1.363	341.225	0
Fre.borgs Amts sundhedsvæsen	1.976.678	1.149.830	241.925	0	35.975	1.186.522	0
Frederiksborg, total	1.976.678	1.149.830	241.925	0	35.975	1.186.522	0
Amtssygehuset Roskilde	985.114	78.068	9.675	0	5.989	85.380	6.439
Roskilde Amts Sygehus, Køge	662.722	18.064	5.928	0	4.369	49.799	-5.464
Roskilde, total	1.647.836	96.132	15.603	0	10.358	135.179	975
Sygehus Vestsjælland	1.954.634	18.340	17.794	0	1.979	27.156	-170

Tabel F.5 Sygehusenes nettodriftsudgifter for 2006, 1.000 kr. 2006 priser							
Sygehuse/amter	Skema 1	Skema 2	Skema 3	Skema 4	Skema 5	Skema 6	Skema 7
Vestsjælland, total	1.954.634	18.340	17.794	0	1.979	27.156	-170
Storstrømmens Sygehus	1.750.037	11.768	20.876	0	1.290	85.628	-159
Storstrøm, total	1.750.037	11.768	20.876	0	1.290	85.628	-159
Bornholms central-sygehus	462.271	0	0	0	2.366	147.421	0
Bornholm, total	462.271	0	0	0	2.366	147.421	0
Odense Universitetshospital	2.945.468	4.968	-32.645	11.700	63.862	-473.687	20.233
Sygehus Fyn	1.042.986	1.022	13.101	1.784	17.180	67.776	-21.431
Fyn, total	3.988.454	5.990	-19.544	13.484	81.042	-405.911	-1.198
Sønderborg sygehus	789.351	20.530	33.997	0	3.887	56.857	22.424
Haderslev sygehus	287.058	13.219	14.937	0	1.883	20.832	-17.603
Tønder sygehus	53.306	1.667	2.222	0	100	4.297	-1.862
Aabenraa sygehus	410.785	11.106	11.228	0	1.003	15.499	-560
Sønderjylland, total	1.540.500	46.522	62.384	0	6.873	97.485	2.399
Sydvestjysk Sygehus	1.384.526	15.565	48.487	3.011	1.847	112.775	961
Ribe, total	1.384.526	15.565	48.487	3.011	1.847	112.775	961
Brædstrup sygehus	74.442	0	2.260	0	28	-12.367	-2.260
Give sygehus	57.955	0	1.806	0	0	-15.753	-17.112
Horsens sygehus	416.346	0	12.695	18.169	481	-46.558	-4.895
Kolding og Fredericia sygehuse	820.575	0	24.892	7.923	2.636	-116.284	-13.075
Vejle sygehus	905.150	0	26.702	4.209	3.851	-22.145	46.622
Friklinikken i Brædstrup	-3.239	0	111	0	0	-43.777	-3.555
Vejle, total	2.271.229	0	68.466	30.301	6.996	-256.884	5.725
Holstebro central-sygehus	750.469	3.143	29.821	0	1.238	72.618	-3.515
Herning centralsygehus	745.903	0	32.436	0	5.158	64.869	39.665
Tarm amtssygehus	20.941	0	724	0	0	3.613	-8.830
Ringkøbing sygehus	72.651	0	1.930	0	73	7.228	-16.560
Amtssygehuset i Lemvig	34.463	0	941	0	0	4.281	-10.760
Ringkøbing, total	1.624.427	3.143	65.852	0	6.469	152.609	0
Silkeborg central-sygehus	462.173	2.575	27.601	4.879	4.888	-44.886	32.365

Tabel F.5 Sygehusenes nettodriftsudgifter for 2006, 1.000 kr. 2006 priser							
Sygehuse/amter	Skema 1	Skema 2	Skema 3	Skema 4	Skema 5	Skema 6	Skema 7
Århus Sygehus	2.151.748	12.323	55.598	0	34.708	-552.346	-15.084
Randers Central-sygehus	757.499	4.279	35.948	9.386	8.250	4.661	-16.402
Skejby sygehus	1.056.718	6.350	70.421	0	7.244	-523.869	24.719
Århus, total	4.428.138	25.527	189.568	14.265	55.090	-1.116.440	25.598
Sygehus Viborg	1.307.638	5.866	33.679	0	1.802	73.614	5.298
Sygehus Nord, Nykøbing-Thisted	349.998	1.512	9.797	0	854	23.135	-5.298
Viborg, total	1.657.636	7.378	43.476	0	2.656	96.749	0
Aalborg sygehus	2.540.878	28.571	78.971	0	19.037	135.446	67.310
Sygehus Vendsyssel	784.908	9.573	26.277	0	1.443	43.622	68.132
Sygehus Himmerland	243.866	2.917	3.969	0	1.608	7.267	67.631
Ortopædkirurgi Nordjylland	302.360	3.352	3.864	0	1.628	4.922	-203.073
Nordjylland, total	3.872.012	44.413	113.081	0	23.716	191.257	0
Regioner							
Hovedstaden	13.408.628	1.162.041	506.825	431.345	69.950	-945.475	0
Sjælland	5.352.507	126.240	54.273	0	13.627	247.963	646
Syddanmark	8.693.921	68.077	144.838	28.627	96.249	-393.610	15.042
Midtjylland	7.850.991	34.536	304.054	32.434	63.870	-949.142	23.741
Nordjylland	4.222.010	45.925	122.878	0	24.570	214.392	-5.298
Hele landet	39.528.057	1.436.819	1.132.868	492.406	268.266	-1.825.872	34.131

Tabel F.6. Korrigerede tilrettede driftsudgifter for 2005, 1.000 kr. 2006 priser

Sygehuse/amter	Totale drifts-udgifter, ekskl. udgifter der ikke bidrager til somatisk patient-behandling	Vederlagsfri laboratorie-ydelser til praksis-sketoren (-)	Internt finan-sieret forsk-ning (-)	De tilrettede driftsudgifter (=)	Medicin på ambulante afdelinger (-)	De korrige-rede tilrette-de driftudgif-ter (=)
Rigshospitalet	4.132.550	0	107.201	4.025.349	542.027	3.483.322
Bispebjerg hospital	1.163.245	0	25.512	1.137.732	18.223	1.119.509
Hvidovre hospital	1.463.647	0	30.855	1.432.792	90.739	1.342.053
Amager hospital (HS)	357.749	0	1.657	356.092	2.155	353.937
Frederiksberg ho-spital	663.812	0	3.659	660.153	22.159	637.994
H:S	7.781.003	0	168.885	7.612.118	675.303	6.936.815
Amager hospital (kbh)	200.362	0	928	199.434	1.207	198.227
KAS Gentofte	1.499.184	0	9.564	1.489.620	12.469	1.477.151
KAS Glostrup	1.242.435	0	20.733	1.221.702	48.897	1.172.805
KAS Herlev	1.786.494	0	46.134	1.740.359	170.657	1.569.703
København, total	4.728.474	0	77.360	4.651.115	233.229	4.417.886
Fre.borgs Amts sundhedsvæsen	2.152.651	50.812	1.565	2.100.274	50.812	2.049.462
Frederiksborg, total	2.152.651	50.812	1.565	2.100.274	50.812	2.049.462
Amtssygehuset Roskilde	963.922	13.442	331	950.149	53.446	896.704
Roskilde Amts Sy-gehus, Køge	589.725	12.640	91	576.994	6.876	570.118
Roskilde, total	1.553.647	26.082	422	1.527.144	60.322	1.466.822
Sygehus Vestsjæl-land	1.917.935	32.772	845	1.884.318	44.129	1.840.189
Vestsjælland, total	1.917.935	32.772	845	1.884.318	44.129	1.840.189
Storstrømmens Sygehus	1.705.193	32.958	1.094	1.671.141	68.857	1.602.284
Storstrøm, total	1.705.193	32.958	1.094	1.671.141	68.857	1.602.284
Bornholms central-sygehus	302.025	7.754	0	294.272	11.089	283.182
Bornholm, total	302.025	7.754	0	294.272	11.089	283.182
Odense Universi-tetshospital	3.276.427	39.851	41.657	3.194.919	242.116	2.952.803
Sygehus Fyn	1.020.972	16.117	2.529	1.002.325	12.067	990.258
Fyn, total	4.297.399	55.968	44.187	4.197.244	254.183	3.943.061

Tabel F.6. Korrigerede tilrettede driftsudgifter for 2005, 1.000 kr. 2006 priser

Sygehuse/amter	Totale drifts-udgifter, ekskl. udgifter der ikke bidrager til somatisk patient-behandling	Vederlagsfri laboratorie-ydelser til praksis-sketoren (-)	Internt finan-sieret forsk-ning (-)	De tilrettede driftsudgifter (=)	Medicin på ambulante afdelinger (-)	De korrige-rede tilrette-de driftudgif-ter (=)
Sønderborg sygehus	787.804	23.136	0	764.668	38.828	725.840
Haderslev sygehus	323.023	8.383	0	314.640	9.512	305.129
Tønder sygehus	70.211	4.023	314	65.874	2.497	63.377
Aabenraa sygehus	420.204	1.352	0	418.851	33	418.818
Sønderjylland, total	1.601.242	36.894	314	1.564.033	50.870	1.513.164
Sydvestjysk Sygehus	1.291.103	18.392	4.116	1.268.596	53.125	1.215.470
Ribe, total	1.291.103	18.392	4.116	1.268.596	53.125	1.215.470
Brædstrup sygehus	95.776	972	429	94.374	6.674	87.701
Give sygehus	111.907	6	0	111.901	540	111.361
Horsens sygehus	445.545	10.695	1.325	433.525	10.228	423.297
Kolding og Fredericia sygehuse	939.746	17.781	687	921.278	43.521	877.757
Vejle sygehus	840.685	16.242	7.540	816.904	110.130	706.774
Friklinikken i Brædstrup	36.220	0	0	36.220	1.068	35.152
Vejle, total	2.469.879	45.696	9.981	2.414.202	172.161	2.242.041
Holstebro central-sygehus	711.689	15.350	2.917	693.423	43.147	650.275
Herning centralsygehus	658.614	18.983	2.508	637.123	32.821	604.302
Tarm amtssygehus	45.643	681	308	44.655	3	44.652
Ringkøbing sygehus	91.593	1.503	550	89.541	6	89.535
Amtssygehuset i Lemvig	52.372	2.254	218	49.900	12	49.888
Ringkøbing, total	1.559.912	38.770	6.501	1.514.641	75.989	1.438.652
Silkeborg central-sygehus	480.881	18.229	0	462.652	2.727	459.925
Århus Sygehus	2.611.321	47.926	87.459	2.475.935	126.242	2.349.693
Randers Central-sygehus	795.487	28.763	0	766.725	6.249	760.476
Skejby sygehus	1.645.196	847	35.788	1.608.561	202.284	1.406.277
Århus, total	5.532.885	95.765	123.247	5.313.873	337.503	4.976.371
Sygehus Viborg	1.228.549	19.293	1.783	1.207.472	64.297	1.143.175

Tabel F.6. Korrigerede tilrettede driftsudgifter for 2005, 1.000 kr. 2006 priser						
Sygehuse/amter	Totale driftsudgifter, ekskl. udgifter der ikke bidrager til somatisk patientbehandling	Vederlagsfri laboratoriefremstillinger til praksis-sketoren (-)	Internt finansieret forskning (-)	De tilrettede driftsudgifter (=)	Medicin på ambulante afdelinger (-)	De korrigerede tilrettede driftudgifter (=)
Sygehus Nord, Nykøbing-Thisted	344.066	10.994	448	332.624	3.837	328.787
Viborg, total	1.572.615	30.288	2.232	1.540.096	68.134	1.471.963
Aalborg sygehus	2.347.674	37.122	47.621	2.262.931	105.666	2.157.265
Sygehus Vendsyssel	700.887	15.159	0	685.728	12.501	673.227
Sygehus Himmerland	173.374	0	0	173.374	190	173.184
Ortopædkirurgi Nordjylland	509.199	0	0	509.199	1.273	507.926
Nordjylland, total	3.731.134	52.281	47.621	3.631.232	119.630	3.511.602
Regioner						
Hovedstaden	14.964.154	58.566	247.809	14.657.778	970.433	13.687.345
Sjælland	5.176.775	91.812	2.361	5.082.602	173.308	4.909.294
Syddanmark	9.118.302	145.282	56.844	8.916.176	513.437	8.402.739
Midtjylland	8.862.667	165.496	133.285	8.563.886	494.690	8.069.196
Nordjylland	4.075.200	63.275	48.069	3.963.856	123.467	3.840.389
Hele landet	42.197.098	524.431	488.370	41.184.298	2.275.334	38.908.963

Tabel F.7. Korrigerede tilrettede driftsudgifter for 2006, 1.000 kr. 2006 priser

Sygehuse/amter	Totale driftsudgifter, ekskl. udgifter der ikke bidrager til somatisk patientbehandling	Internt finansieret forskning (-)	De tilrettede driftsudgifter (=)	Udgifter til særydelser leveret til fritvalgs patienter på basisniveau (+)	Medicin på ambulante afdelinger (-)	De korrigerede tilrettede driftudgifter (=)
Rigshospitalet	4.368.427	123.364	4.245.063	0	621.014	3.624.049
Bispebjerg hospital	1.184.786	47.781	1.137.005	0	39.246	1.097.759
Hvidovre hospital	1.526.947	38.167	1.488.780	0	108.517	1.380.263
Amager hospital (HS)	360.859	0	360.859	0	3.045	357.813
Frederiksberg hospital	674.624	1.588	673.036	0	27.971	645.065
H:S	8.115.643	210.900	7.904.743	0	799.793	7.104.949
Amager hospital (kbh)	202.103	0	202.103	0	1.706	200.398
KAS Gentofte	1.591.548	16.325	1.575.223	1.667	23.270	1.553.620
KAS Glostrup	1.316.407	29.097	1.287.310	8.225	59.994	1.235.541
KAS Herlev	1.837.553	61.493	1.776.060	3.362	195.541	1.583.881
København, total	4.947.611	106.915	4.840.696	13.254	280.511	4.573.439
Fre.borgs Amts sundhedsvæsen	2.145.936	19.371	2.126.565	0	59.927	2.066.638
Frederiksborg, total	2.145.936	19.371	2.126.565	0	59.927	2.066.638
Amtssygehuset Roskilde	975.049	332	974.717	4.033	49.236	929.514
Roskilde Amts Sygehus, Køge	638.010	91	637.919	3.066	10.471	630.514
Roskilde, total	1.613.059	422	1.612.637	7.099	59.708	1.560.028
Sygehus Vestsjælland	1.961.803	845	1.960.958	0	52.418	1.908.540
Vestsjælland, total	1.961.803	845	1.960.958	0	52.418	1.908.540
Storstrømmens Sygehus	1.695.922	1.094	1.694.828	0	78.376	1.616.452
Storstrøm, total	1.695.922	1.094	1.694.828	0	78.376	1.616.452
Bornholms central-sygehus	312.484	0	312.484	0	14.141	298.343
Bornholm, total	312.484	0	312.484	0	14.141	298.343
Odense Universitetshospital	3.295.683	41.658	3.254.025	297	256.640	2.997.682
Sygehus Fyn	991.800	2.529	989.271	0	12.397	976.874
Fyn, total	4.287.483	44.187	4.243.296	297	269.038	3.974.556

Tabel F.7. Korrigerede tilrettede driftsudgifter for 2006, 1.000 kr. 2006 priser

Sygehuse/amter	Totale drifts-udgifter, ekskl. udgifter der ikke bidrager til somatisk patient-behandling	Internt finansieret forskning (-)	De tilrettede driftsudgifter (=)	Udgifter til særydelser leveret til frit valgs patienter på basisniveau (+)	Medicin på ambulante afdelinger (-)	De korrigerede tilrettede driftudgifter (=)
Sønderborg sygehus	760.710	0	760.710	0	44.103	716.607
Haderslev sygehus	310.102	0	310.102	0	5.962	304.140
Tønder sygehus	54.660	314	54.346	0	1.095	53.251
Aabenraa sygehus	417.177	0	417.177	0	488	416.689
Sønderjylland, total	1.542.649	314	1.542.335	0	51.648	1.490.687
Sydvestjysk Sygehus	1.329.984	2.572	1.327.412	26	69.194	1.258.244
Ribe, total	1.329.984	2.572	1.327.412	26	69.194	1.258.244
Brædstrup sygehus	91.301	430	90.871	0	4.030	86.842
Give sygehus	92.626	0	92.626	0	951	91.675
Horsens sygehus	461.844	1.346	460.498	0	8.952	451.546
Kolding og Fredericia sygehuse	964.267	687	963.580	2.915	32.204	934.291
Vejle sygehus	899.315	6.668	892.647	0	124.971	767.676
Friklinikken i Brædstrup	44.204	0	44.204	0	1.084	43.120
Vejle, total	2.553.557	9.131	2.544.426	2.915	172.192	2.375.150
Holstebro central-sygehus	713.092	2.864	710.228	464	49.192	661.500
Herning centralsygehus	668.647	2.381	666.266	458	40.489	626.235
Tarm amtssygehus	26.882	124	26.758	0	161	26.597
Ringkøbing sygehus	83.840	478	83.362	25	502	82.885
Amtssygehuset i Lemvig	41.883	83	41.800	0	58	41.742
Ringkøbing, total	1.534.344	5.930	1.528.414	947	90.403	1.438.958
Silkeborg central-sygehus	495.103	0	495.103	44	3.578	491.569
Århus Sygehus	2.752.391	73.237	2.679.154	0	160.501	2.518.653
Randers Central-sygehus	791.831	0	791.831	0	7.455	784.376
Skejby sygehus	1.625.395	35.788	1.589.607	0	214.668	1.374.939
Århus, total	5.664.720	109.025	5.555.695	44	386.201	5.169.538
Sygehus Viborg	1.266.469	1.783	1.264.686	0	72.451	1.192.235

Tabel F.7. Korrigerede tilrettede driftsudgifter for 2006, 1.000 kr. 2006 priser						
Sygehuse/amter	Totale driftsudgifter, ekskl. udgifter der ikke bidrager til somatisk patientbehandling	Internt finansieret forskning (-)	De tilrettede driftsudgifter (=)	Udgifter til særydelser leveret til fritvalgs patienter på basisniveau (+)	Medicin på ambulante afdelinger (-)	De korrigerede tilrettede driftudgifter (=)
Sygehus Nord, Nykøbing-Thisted	342.616	448	342.168	0	3.932	338.235
Viborg, total	1.609.085	2.231	1.606.854	0	76.384	1.530.470
Aalborg sygehus	2.418.566	55.700	2.362.866	0	137.432	2.225.434
Sygehus Vendsyssel	707.561	0	707.561	0	18.555	689.006
Sygehus Himmerland	174.246	0	174.246	0	414	173.832
Ortopædkirurgi Nordjylland	506.099	0	506.099	0	1.358	504.741
Nordjylland, total	3.806.472	55.700	3.750.772	0	157.759	3.593.013
Regioner						
Hovedstaden	15.521.674	337.186	15.184.488	13.254	1.154.372	14.043.370
Sjælland	5.270.784	2.361	5.268.423	7.099	190.502	5.085.020
Syddanmark	9.160.528	54.428	9.106.100	3.238	549.090	8.560.249
Midtjylland	9.018.678	118.514	8.900.164	991	562.037	8.339.118
Nordjylland	4.149.088	56.148	4.092.940	0	161.692	3.931.248
Hele landet	43.120.752	568.637	42.552.115	24.582	2.617.692	39.959.005