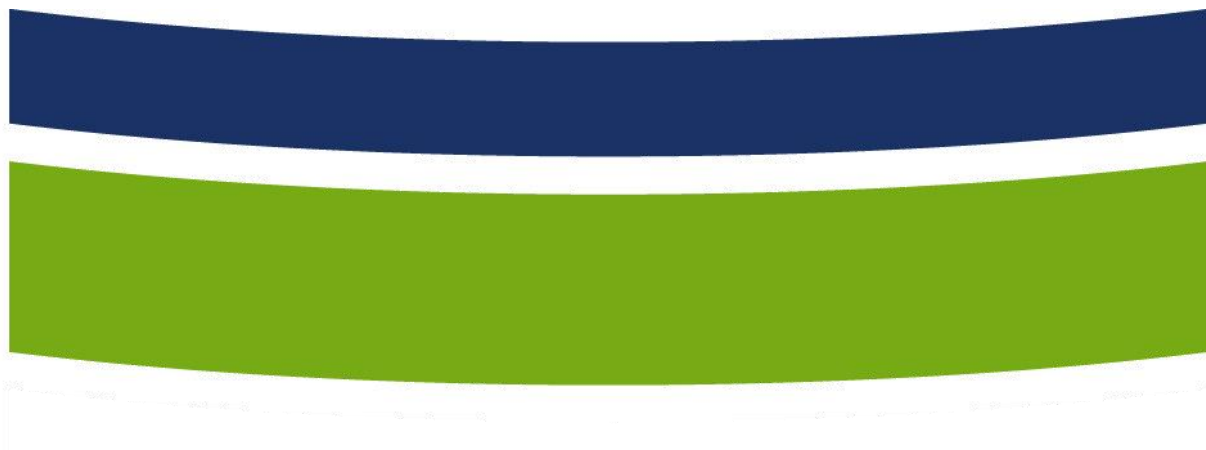


LØBENDE OFFENTLIGGØRELSE AF PRODUKTIVITET I SYGEHUSSEKTOREN

(IX delrapport)

Udviklingen fra 2011 til 2012



[Danske Regioner]
[Finansministeriet]
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Marts 2014

Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (IX delrapport)

Udviklingen fra 2011-2012

[Danske Regioner]

[Finansministeriet]

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Marts 2014

Indholdsfortegnelse

1. Derfor produktivetsmålinger	4
1.1 Indledning	4
1.2 Måling af produktivitet i sygehussektoren	6
2. Resultater	8
2.1 Resultater på landsplan	8
2.2. Resultater på regionsniveau 2011-2012	10
2.3 Den historiske udvikling på regionsniveau.	13
2.4 Resultater på sygehusniveau	16
3. Metode og validering	23
3.1 Gennemgang af metoden anvendt til produktivetsmåling	23
3.2 Validering af datagrundlag og datakvalitet	27
Bilag A: Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen	28
Bilag B: Dokumentation	30
Bilag C: Datakvalitet	38

1. Derfor produktivetsmålinger

1.1 Indledning

Det er vigtigt at fastholde fokus på at sikre en så effektiv ressourceanvendelse som muligt på sygehusene. Det er som led i denne bestræbelse, at de årlige opgørelser af produktivitet i sygehussektoren skal betragtes. Formålet med opgørelserne er at skabe et overblik over niveauet og udviklingen i produktiviteten på de offentlige sygehuse.

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

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

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

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

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

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

Boks 1.1: Begrebsdefinitioner

Produktionsværdi: Produktionsværdien udtrykker den totale værdi af sygehusenes behandlinger (opgjort via DRG-systemet). I målingen korrigeres produktionsværdien for en række forhold, jf. afsnit 3.

Udgifter: Udgifterne er et udtryk for hvor mange driftsudgifter, der er medgået til at skabe produktionsværdien (opgjort på baggrund af regnskabsindberetningerne). I målingen korrigeres driftsudgifterne for en række forhold, jf. afsnit 3.

Produktivitet: Produktivitet opgøres som omkostningseffektivitet, dvs. forholdet mellem produktionsværdi og driftsudgifter på det somatiske sygehusområde.

Produktivitetsudvikling: Produktivitetsudviklingen udtrykker den procentvise ændring i produktiviteten fra 2011 til 2012.

Produktivitetsniveau: Produktivitetsniveauet udtrykker produktiviteten på det enkelte sygehus eller region i forhold til landsgennemsnittet (indeks = 100).

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

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

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

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

1.2 Måling af produktivitet i sygehussektoren

Det er niende år i træk, at der offentliggøres systematiske opgørelser af produktivitet i sygehussektoren¹. Denne kontinuitet har en række fordele.

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

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

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

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

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

I tillæg til opridsningen af fordelene ved en fælles og simpel opgørelsesmetode bør det nævnes, at produktivetsmålinger ligeledes har sine begrænsninger. Produktivetsmålinger er udelukkende et udtryk for omkostningseffektiviteten på de danske sygehuse. Produktivetsmålinger udtrykker intet om fx forskelle i serviceniveau og hvilken behandlingskvalitet, der opnås ved et givet ressourceforbrug. Dette vil kræve, at der ligeledes måles på, hvilken effekt der skabes ved de givne ressourcer. Arbejdet med kvalitetsindikatorer for sygehusvæsenet offentliggøres f.eks. på www.sundhed.dk, www.sundhedskvalitet.dk og www.rkkp.dk. Endvidere følges udviklingen løbende på en række indikatorer, der belyser gode resultater og bedste praksis på sygehusene. Produktivetsmålinger udgør således kun en del af det samlede billede af, hvordan sygehusvæsenet præsterer.

2. Resultater

2.1 Resultater på landsplan

Produktivitetsudviklingen fra 2011 til 2012 viser en stigning på 1,4 pct.

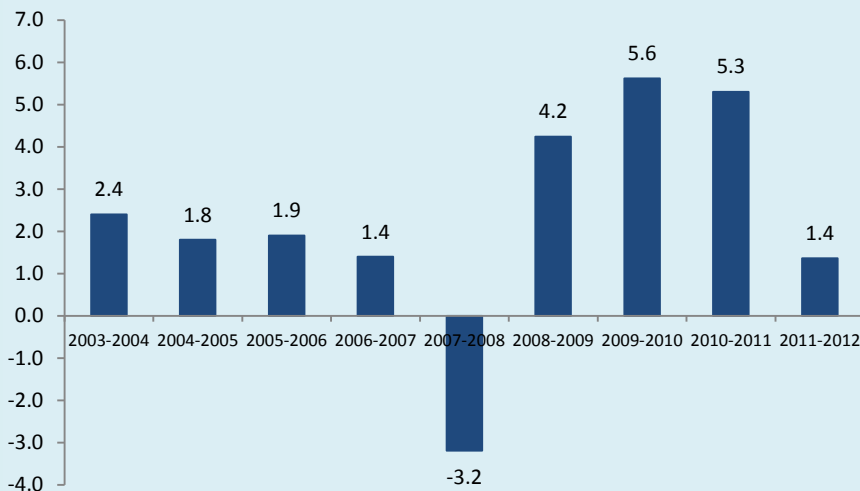
Udviklingen i produktiviteten fra 2011 til 2012 skyldes en forholdsvis større stigning i produktionsværdien end i de medfølgende driftsudgifter.

Set over perioden 2003-2012 har den gennemsnitlige årlige produktivitetsvækst været på 2,3 pct.

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

I årene 2003-2007 var der på landsplan år for år en positiv udvikling i produktiviteten på landets offentlige sygehuse på 1,9 pct. i gennemsnit. Denne udvikling blev brudt i 2008, idet produktiviteten fra 2007 til 2008 faldt med 3,2 pct. jf. figur 2.1. En væsentlig årsag til dette produktivetsfald var konflikten på sundhedsområdet i foråret 2008. Fra 2009 og frem til 2012 har de årlige stigninger i produktiviteten gennemsnitligt ligget på 4,1 pct., og dermed over den gennemsnitlige produktivetsvækst på omkring 2 pct. årligt.

Figur 2.1: År til år produktivetsudvikling i procent, 2003-2012

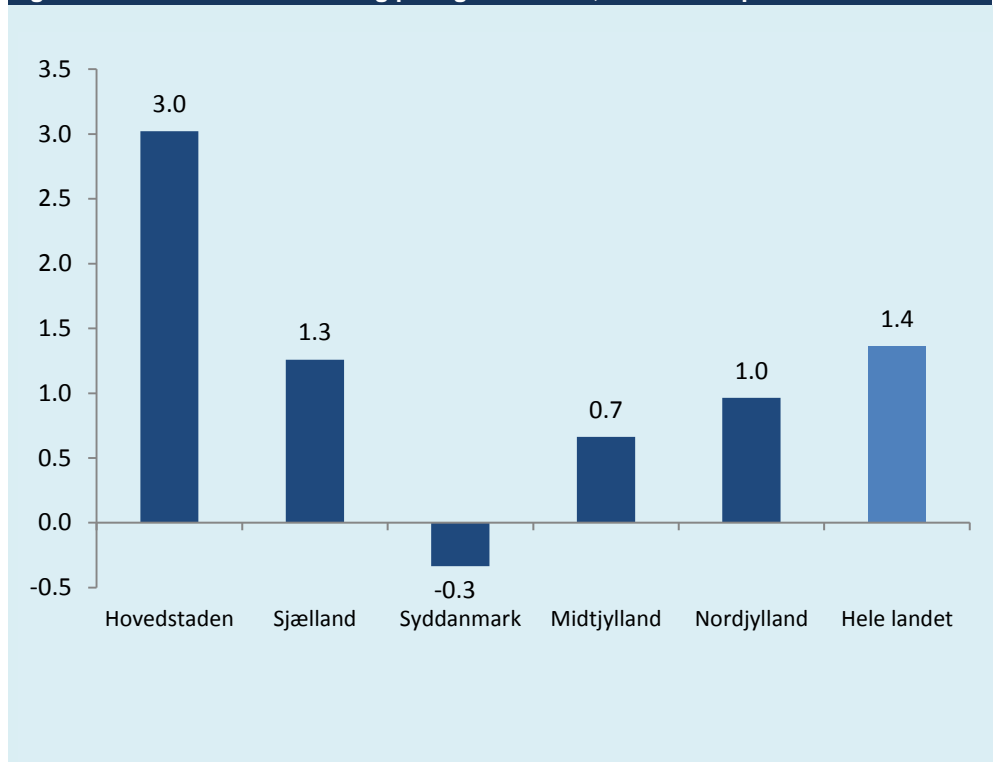


Anm.: Sundhedsområdet var i foråret 2008 ramt af en otte ugers konflikt. Det betød bl.a., at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud pga. aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehusene blev ramt af strejken i forskelligt omfang

2.2. Resultater på regionsniveau 2011-2012

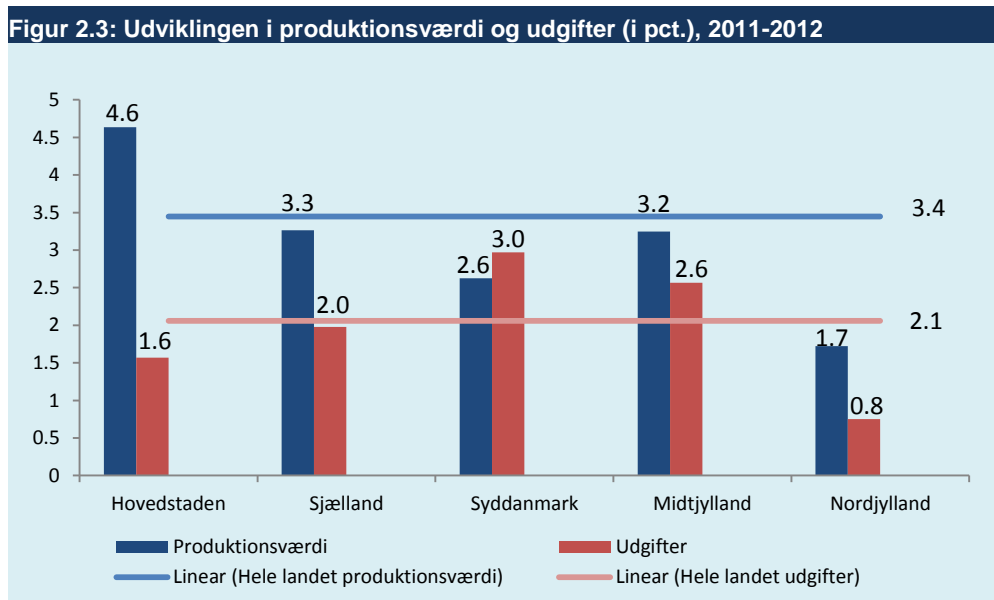
En sammenligning på tværs af regioner viser en spredning i produktivitsudviklingen, der fra 2011 til 2012 har ligget på mellem -0,3 og 3,0 pct. i de enkelte regioner, jf. figur 2.2. Region Hovedstaden har, med en produktivitsudvikling på 3,0 pct., den højeste produktivitsudvikling i 2012. Region Syddanmark har, med en produktivitsudvikling på -0,3 pct., den laveste produktivitsudvikling i 2012.

Figur 2.2: Produktivitsudvikling på regionsniveau, 2011-2012 i procent



Bag spredningen i produktivitetsudviklingen fra 2011 til 2012 ligger regionale forskelle i udgiftsudviklingen jf. figur 2.3., som varierer mellem 0,8 til 3,0 pct. På landsplan steg udgifterne med 2,1 pct.

Væksten i produktionsværdien fra 2011 til 2012 varierer ligeledes på tværs af regionerne, og er på mellem 1,7 og 4,6 pct. På landsplan steg produktionsværdien med 3,4 pct.

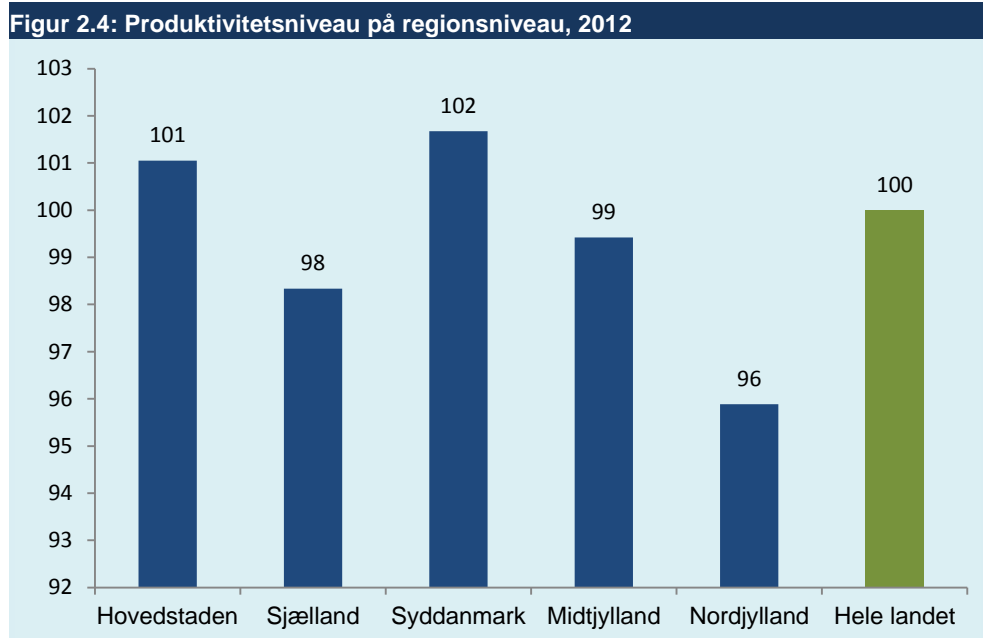


De regionale forskelle inkl. det regionale produktivetsniveau fremgår ligeledes i nedenstående tabel 2.1.

Tabel 2.1: Udviklingen i produktionsværdi, udgifter og produktivitet 2011-2012, samt produktivetsniveau for 2012

Region	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivetsudvikling	Produktivetsniveau (indeks = 100)
Hovedstaden	4,6	1,6	3,0	101
Sjælland	3,3	2,0	1,3	98
Syddanmark	2,6	3,0	-0,3	102
Midtjylland	3,2	2,6	0,7	99
Nordjylland	1,7	0,8	1,0	96
Hele landet	3,4	2,1	1,4	100

I lighed med tidligere år kan der konstateres forskelle i produktivetsniveauet i de enkelte regioner. Region Syddanmark har, med et produktivetsniveau på 2 pct. over landsgennemsnittet, den højeste produktivitet i 2012. Region Nordjylland har, med et produktivetsniveau på 4 pct. under landsgennemsnittet, det laveste produktivetsniveau jf. figur 2.4.



2.3 Den historiske udvikling på regionsniveau

I perioden fra 2003 til 2012 har den gennemsnitlige årlige stigning i produktiviteten været på omkring 2,3 pct. på landsplan, jf. tabel 2.2. Dette dækker imidlertid over væsentlige regionale forskelle.

I Region Hovedstaden har den gennemsnitlige produktivetsstigning været på 2,7 pct., dvs. 0,4 pct. point mere end landsgennemsnittet, mens den i Region Midtjylland har været på 1,6 pct., dvs. 0,7 pct. point under landsgennemsnittet.

Tabel 2.2: Produktivitetsudviklingen i regionerne, årligt fra 2003-2012

Region	Produktivetsudviklingen år til år, i procent									Gnm. (pct.)
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	
Hovedstaden	2,2	1,9	1,9	0,1	-2,7	4,7	8,3	5,0	3,0	2,7
Sjælland	1,6	-0,3	1,6	1,5	-2,7	5,2	7,5	6,3	1,3	2,4
Syddanmark	2,7	2,4	2,1	1,0	-2,0	5,0	3,6	5,6	-0,3	2,2
Midtjylland	2,8	2,1	1,4	2,4	-5,6	2,4	4,4	3,6	0,7	1,6
Nordjylland	2,8	1,9	2,7	4,2	-2,7	4,1	0,6	8,1	1,0	2,5
Hele landet	2,4	1,8	1,9	1,4	-3,2	4,2	5,6	5,3	1,4	2,3

¹⁾ Den gennemsnitlige årlige produktivetsudvikling fra 2003 til 2012 er beregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2012.

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

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

Udviklingen i udgifterne har varieret over tid og på tværs af regioner. Over perioden fra 2003 til 2012 har der på landsplan været en gennemsnitlig udgiftsstigning på 1,8 pct. I Region Midtjylland har den gennemsnitlige stigning ligget på 2,3 pct., dvs. 0,5 pct. point over landsgennemsnittet, mens den i Region Sjælland og Region Nordjylland har ligget på 1,4 pct., dvs. 0,4 pct. point under landsgennemsnittet, jf. tabel 2.3.

Tabel 2.3: Udgiftsudviklingen i regionerne, årligt fra 2003-2012

Region	Udviklingen i udgifterne år til år, i procent									Gns. (pct.)
	2003- 2004	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008	2008- 2009	2009- 2010	2010- 2011	2011- 2012	
Hovedstaden	1,3	2,1	2,6	2,9	2,3	5,6	-1,5	-2,6	1,6	1,6
Sjælland	2,2	2,8	3,6	1,4	2,2	4,0	-2,9	-2,8	2,0	1,4
Syddanmark	1,4	1,5	1,9	2,3	2,3	3,7	0,6	1,2	3,0	2,0
Midtjylland	1,5	0,6	3,3	3,7	5,5	5,0	-0,1	-1,5	2,6	2,3
Nordjylland	0,7	1,1	2,4	2,2	3,6	5,5	-0,2	-3,3	0,8	1,4
Hele landet	1,4	1,7	2,7	2,7	3,1	4,9	-0,8	-1,7	2,1	1,8

¹⁾ Den gennemsnitlige årlige udgiftsudvikling fra 2003 til 2012 er beregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2012.

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

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

Fra 2003 til 2012 har produktionsværdien, med undtagelse af 2008, udviklet sig positivt. I perioden har den gennemsnitlige stigning i produktionsværdien på landsplan været 4,1 pct. årligt. I Region Hovedstaden og Region Syddanmark er produktionsværdien i gennemsnit steget med 4,3 pct. årligt i perioden, mens produktionsværdien i Regions Sjælland er steget med 3,8 pct. om året, jf. tabel 2.4.

Tabel 2.4: Udviklingen i produktionsværdien i regionerne, årligt fra 2003-2012

Region	Udvikling i produktionsværdi år til år, i procent									Gns. (pct.)
	2003- 2004	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008	2008- 2009	2009- 2010	2010- 2011	2011- 2012	2003- 2012
Hovedstaden	3,5	4,1	4,5	3,0	-0,5	10,6	6,7	2,3	4,6	4,3
Sjælland	3,8	2,5	5,2	3,0	-0,6	9,4	4,4	3,3	3,3	3,8
Syddanmark	4,1	4,0	4,0	3,3	0,3	8,8	4,3	6,8	2,6	4,3
Midtjylland	4,3	2,8	4,8	6,2	-0,4	7,6	4,3	2,0	3,2	3,9
Nordjylland	3,5	3,1	5,2	6,5	0,8	9,9	0,4	4,5	1,7	4,0
Hele landet	3,8	3,5	4,6	4,1	-0,2	9,3	4,8	3,5	3,4	4,1

¹⁾ Den gennemsnitlige årlige udvikling i produktionsværdien fra 2003 til 2012 er beregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2012.

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

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

2.4 Resultater på sygehusniveau

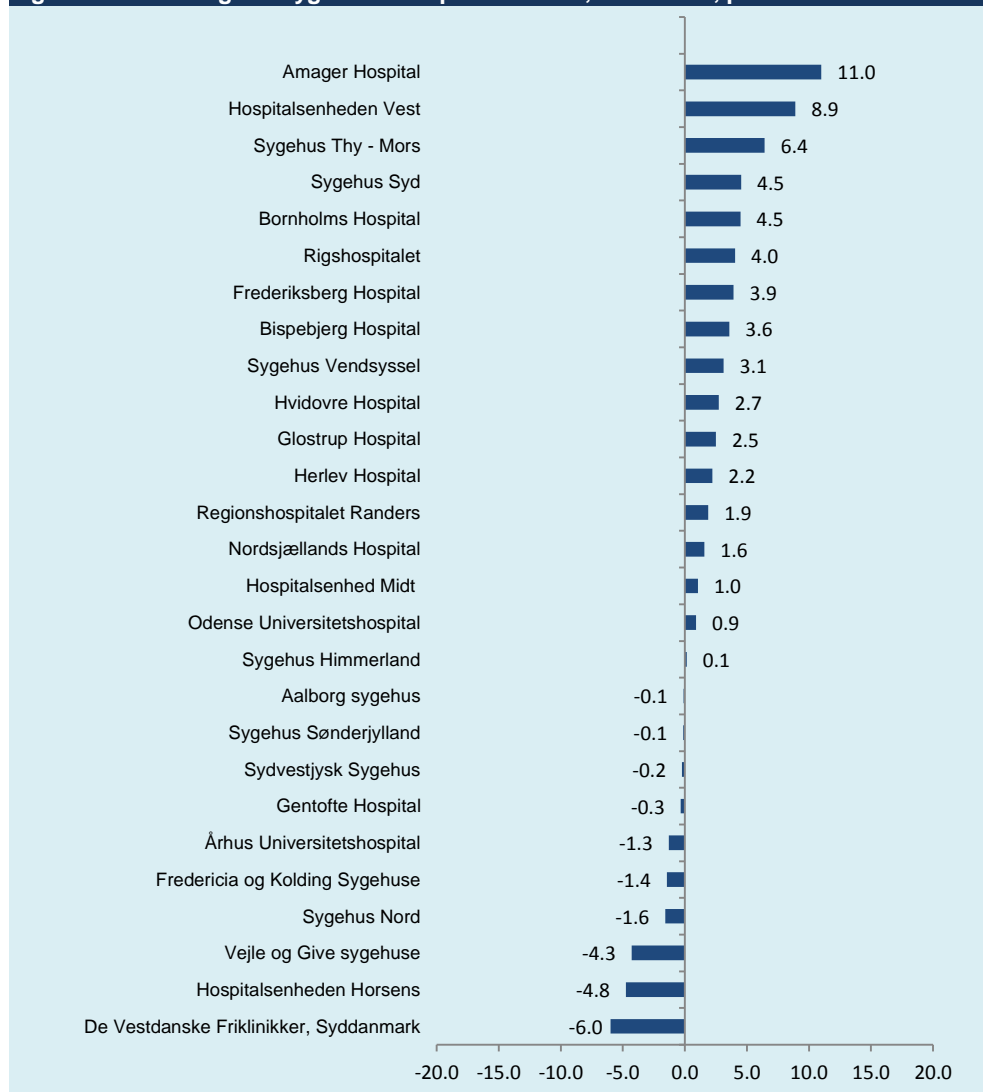
Der kan, både hvad angår produktivetsniveauet for 2012 og produktivetsudviklingen fra 2011 til 2012, konstateres betydelige forskelle mellem sygehuse, jf. tabel 2.5:

Tabel 2.5: Udviklingen i produktivitet 2011-2012, samt produktivetsniveauet

Sygehus	Udvikling, 2011-2012, pct.			Produktivetsniveau
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2012
Rigshospitalet	3,5	-0,5	4,0	101
Bispebjerg Hospital	5,0	1,4	3,6	103
Hvidovre Hospital	2,3	-0,5	2,7	106
Amager Hospital	9,1	-1,7	11,0	94
Frederiksberg Hospital	1,0	-2,8	3,9	100
Gentofte Hospital	0,8	1,1	-0,3	93
Glostrup Hospital	14,5	11,7	2,5	99
Herlev Hospital	6,4	4,0	2,2	110
Nordsjællands Hospital	3,7	2,1	1,6	96
Bornholms Hospital	6,0	1,5	4,5	80
Sygehus Nord	1,3	3,0	-1,6	100
Sygehus Syd	5,5	0,9	4,5	97
Odense Universitetshospital	4,8	3,9	0,9	102
Sygehus Sønderjylland	0,2	0,8	-0,6	95
Sydvestjysk Sygehus	1,1	1,3	-0,2	99
Fredericia og Kolding Sygehuse	-1,6	-0,2	-1,4	101
Vejle og Give sygehuse	1,9	6,4	-4,3	110
De Vestdanske Friklinikker, Syddanmark	9,7	16,7	-6,0	141
Hospitalsenheden Horsens	3,6	8,7	-4,8	104
Hospitalsenheden Vest	6,9	-1,9	8,9	105
Århus Universitetshospital	4,0	5,3	-1,3	96
Regionshospitalet Randers	-4,4	--6,2	1,9	109
Hospitalsenhed Midt	2,3	1,2	1,0	99
Sygehus Thy - Mors	4,8	-1,5	6,4	91
Aalborg sygehus	0,5	0,6	-0,1	95
Sygehus Vendsyssel	5,1	1,9	3,1	102
Sygehus Himmerland	3,0	2,8	0,1	95

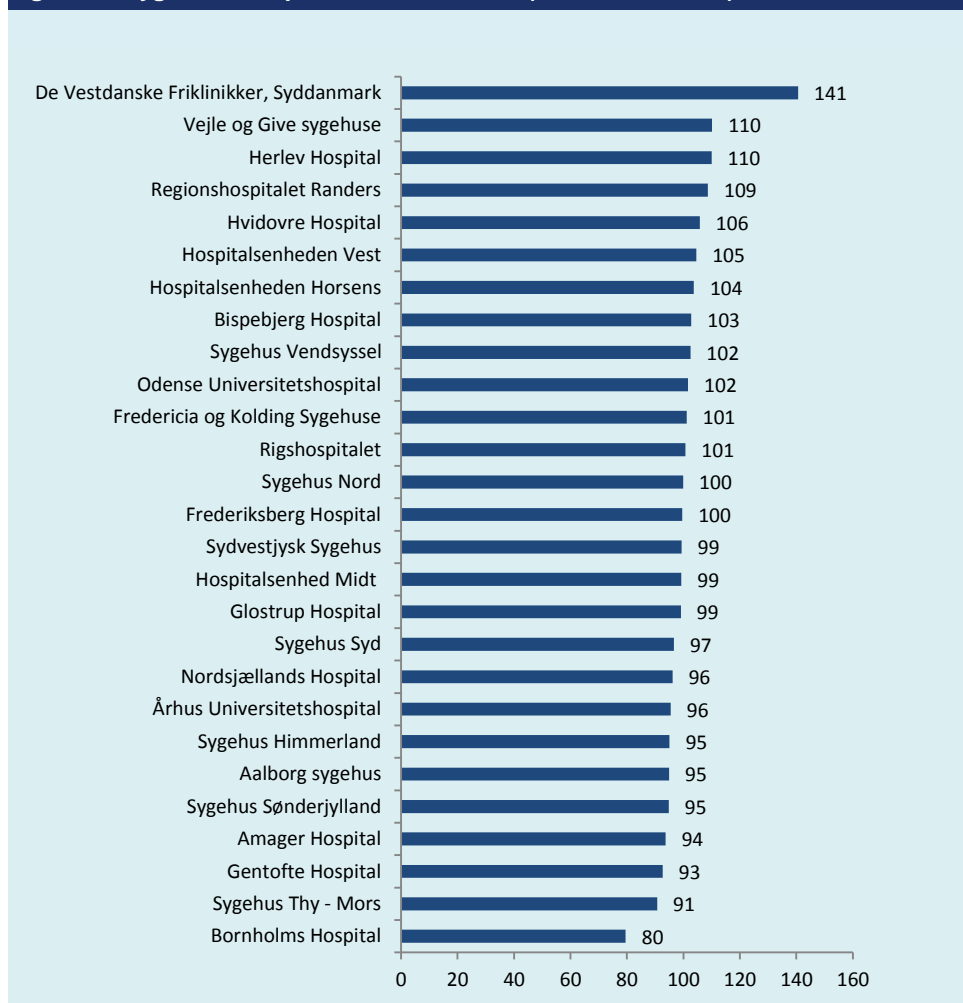
Udviklingen i produktiviteten har på tværs af sygehuse varieret fra en stigning på ca. 11 pct. til et fald på ca. -6,0 pct. På 17 ud af 27 sygehuse var der en positiv produktivitetsudvikling fra 2011 til 2012, jf. figur 2.5.

Figur 2.5: Udviklingen i sygehusenes produktivitet, 2011-2012, procent



Hvad angår produktivetsniveauet, er der en variation på ca. 19 pct. point mellem sygehusene, når der ses bort fra De Vestdanske Friklinikker og Bornholms Hospital, jf. figur 2. 6. Det skal bemærkes, at en højere produktivetsstigning end landsgennemsnittet ikke nødvendigvis medfører et stigende produktivetsniveau fra år til år, jf. boks 3.3 i kapitel 3. Dette skyldes tekniske forhold.

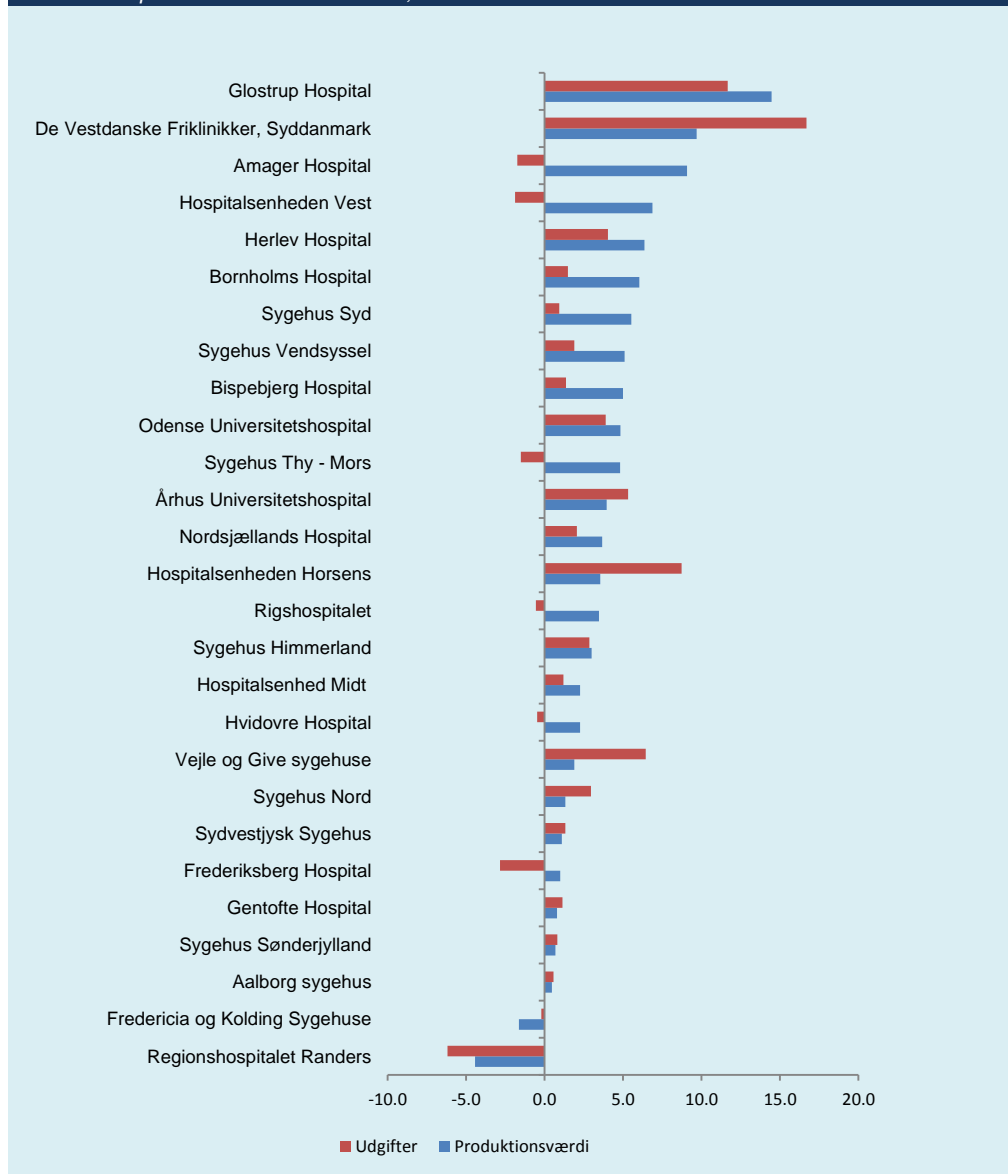
Figur 2.6: Sygehusenes produktivetsniveau (hele landet = 100), 2012



En sammenligning af udviklingen i udgifter og produktionsværdi på tværs af sygehusene viser forskellige tendenser. Størstedelen af sygehusene udviser fra 2011 til 2012 en stigning i både produktionsværdien og udgifterne, jf. figur 2.7.

Figur 2.7: Udviklingen i produktionsværdi og udgifter (i pct.), 2011-2012

Sorteret efter produktionsværdi 2011-2012, faldende.

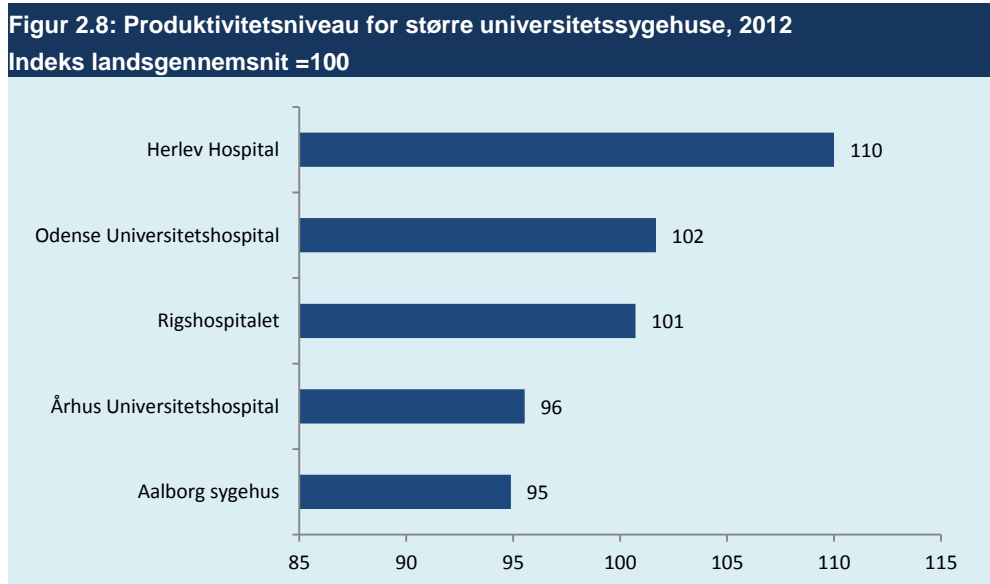


Når sygehusenes produktivitet skal sammenlignes, er det nærliggende at sammenligne de sygehuse, der ud fra objektive kriterier ligner hinanden mest. Det er på den baggrund, at sygehuse i figurerne 2.10 til 2.12 er opdelt efter størrelse.

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

Af figur 2.8 fremgår produktivetsniveauet for landets universitetshospitaler, da disse har en række fællestræk.

De resterende sygehuse er inddelt på baggrund af størrelsen af sygehusenhedernes produktionsværdi i 2012.



I figur 2.9 ses produktivetsniveauet for store og mellemstore sygehuse og sygehusenheder. Sygehusene er udvalgt som de 17 sygehuse med højest produktionsværdi i 2012

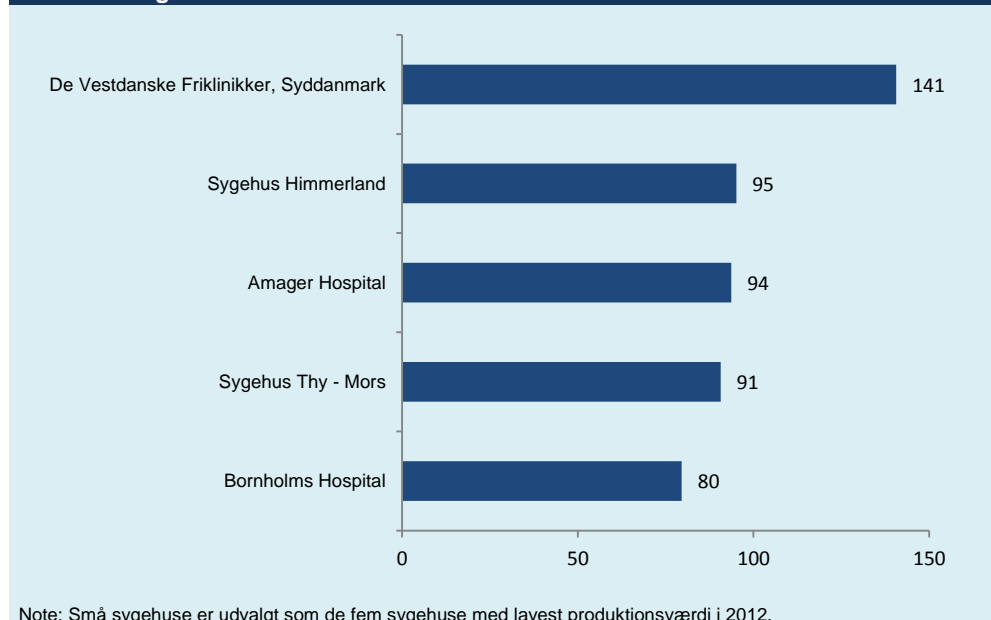
**Figur 2.9: Produktivetsniveau for store og mellemstore sygehuse, 2012.
Indeks landsgennemsnit = 100**



I figur 2.10 ses produktivetsniveauet for mindre sygehuse. Sygehusene er udvalgt som de fem sygehuse med den laveste produktionsværdi i 2012

Figur 2.10: Produktivetsniveau for mindre sygehuse 2012.

Indeks landsgennemsnit = 100



3. Metode og validering

3.1 Gennemgang af metoden anvendt til produktivitetmåling

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

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

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

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

Samlet set betyder DRG-systemet, at det, i kraft af at det tager højde for forskellige behandlingskompleksitet og derfor ressourceforbrug, er velegnet til at sammenligne ydelserne på forskellige sygehuse.

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

Boks 3.1. Oversigt over beregningen af den korrigerede produktionsværdi

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

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

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

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

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

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

Det er essentielt, at der forsøges at skabe sammenhæng mellem produktionsværdien og de korrigerede tilrettede driftsudgifter. Dette er væsentligt ud fra den betragtning, at det kun

er rimeligt at sætte aktiviteten i forhold til de udgifter, der faktisk er medgået til at skabe denne aktivitet. Derfor har arbejdsgruppen fundet det nødvendigt at foretage enkelte korrektioner af sygehusenes totale driftsudgifter. I produktivetsopgørelserne indgår derfor de korrigerede tilrettede driftsudgifter, jf. boks 3.2.

Boks 3.2. Oversigt over beregningen af de tilrettede driftsudgifter

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

Sygehusenes udgifter er forsøgt tilrettet, således at det sikres den størst mulige sammenlignelighed mellem sygehusene samt mellem årene 2011 og 2012. For det første sikres det, at alene udgifter, der bidrager til den somatiske patientbehandling, medtages. Herudover er der mellem sygehusene stor forskel på udgifterne til internt finansieret forskning, hvorfor udgifterne hertil heller ikke indgår i de tilrettede driftsudgifter. Endelig korrigeres både produktionsværdi og udgifter for medicin på ambulante behandlinger for at sikre, at disse medicinudgifters indflydelse på produktivetsberegningerne neutraliseres.

I bilag B samt i "Produktivitet 2011-2012" (excel-fil) er der en gennemgang og redegørelse for de gennemførte korrektioner i forbindelse med opgørelserne i denne delrapport.

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

Boks 3.3: Manglende sammenhæng mellem produktivitsudvikling og produktivitsniveau

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

Til beregning af produktivitsudviklingen fra 2011 til 2012 benyttes DRG-takster for 2012 for begge år. Dette er for at sikre sammenlignelighed mellem de to år. Hvis taksterne er ændret markant på bestemte behandlinger, kan dette have indflydelse på sygehuse, der foretager mange af de behandlinger, der har gennemgået takstændringer.

Da takstsystem 2012 altså også anvendes på aktiviteten for 2011, vil der ikke være fuldstændig overensstemmelse mellem produktivitsopgørelsen for 2011 i delrapport VIII, hvor 2011-taksterne er anvendt, og den tilsvarende opgørelse for 2011 beregnet på baggrund af 2012-taksterne (som i denne delrapport IX). For de sygehuse, hvor den korrigerede produktivitsværdi er mindsket, som følge af anvendelsen af taksterne for 2012, vil en genberegning af produktivitsniveauet for 2011 således være relativt mindre, end det fremgår af delrapport IX.

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

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

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

3.2 Validering af datagrundlag og datakvalitet

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

Datagrundlaget for de løbende målinger på lands-, regions- og sygehusniveau har således været rundsendt til regionerne og sygehusene. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse modtog primo november 2013 samlede valideringssvar fra de fem regioner.

BILAG

Bilag A: Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen

20. september 2005

Kommissorium for offentliggørelse af produktivetsanalyser på sundhedsområdet

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har primo september 2005 offentliggjort en 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 økonomaftalen for 2006 mellem amterne og regeringen aftalt at "gennemføre systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger på sundhedsområdet".

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

Arbejdsgruppen skal bl.a.:

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

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

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

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

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

Sammensætning af arbejdsgruppen i 2013

Kontorchef Rasmus Lønborg (til oktober 2013) (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, formand)

Kontorchef Charlotte Hougaard Clifford (fra oktober 2013) (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, formand)

Fuldmægtig Rasmus Fynbo Aagaard-Jensen (april 2013) (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse)

Fuldmægtig Søren Jensen (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse)

Fuldmægtig Lærke Mette Sørensen (april 2013) (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse)

Souschef Annette Søberg Roed (Statens Serum Institut)

Specialkonsulent Anders Rud Svenning (Statens Serum Institut)

Specialkonsulent Ulla Vig Astrup (Statens Serum Institut)

Kontorchef Rikke Margrethe Friis (Danske Regioner)

Konsulent Marie Bussey Rask (april 2013) (Danske Regioner)

Andrea Grandelag (august 2013) (Danske Regioner)

Seniorkonsulent Laura Glavind (august 2013) (Danske Regioner)

Sygehusdirektør Jens Ole Skov (Region Nordjylland)

Kontorchef Simon Andersen (Region Nordjylland)

Fuldmægtig Christian Balthazar Møller (Region Nordjylland)

Kontorchef Helle Vadmand Jensen (Region Midtjylland)

Specialkonsulent Morten Helleberg Christiansen (Region Midtjylland)

Afdelingschef Jan Højgaard Funder (Region Syddanmark)

Fuldmægtig Jørn Frydendall (Region Syddanmark)

Økonomichef Lene Jørndrup (Region Sjælland)

Budgetchef Søren Helsted (Region Hovedstaden)

Specialkonsulent Liselotte Oldelund Kreilgaard (Region Hovedstaden)

Chefkonsulent Søren Varder (Finansministeriet)

Fuldmægtig Søren Heldgaard Olesen (Finansministeriet)

Bilag B: Dokumentation

1. Indledning og formål

I dette bilag redegøres der for, hvordan opgørelserne for produktivetsniveauet i 2012 samt produktivetsudviklingen fra 2011 til 2012 på lands-, regions- og sygehusniveau er gennemført.

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

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

Beregning af produktivetsudviklingen

Produktivetsudviklingen beregnes som den procentvise ændring i produktiviteten fra 2011 til 2012, i det produktivitet i et givet år opgøres som forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi og de korrigerede tilrettede driftsudgifter. Konkret benyttes følgende formel:

$$\text{Produktivetsudvikling} = \frac{\text{Produktivitet}_{11} - \text{Produktivitet}_{10}}{\text{Produktivitet}_{11}} * 100$$

$$\text{Produktivetsudvikling} = \frac{\frac{\text{Produktionsværdi}_{11} - \text{Produktionsværdi}_{10}}{\text{Udgifter}_{11}} - \frac{\text{Produktionsværdi}_{10}}{\text{Udgifter}_{10}}}{\frac{\text{Produktionsværdi}_{10}}{\text{Udgifter}_{10}}} * 100$$

Beregning af produktivetsniveauet

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

$$\text{Produktivitetniveau}_{\text{Sygehus } x} = \frac{\frac{\text{Produktionsværdi}_{\text{Sygehus } x}}{\text{Udgifter}_{\text{Sygehus } x}}}{\frac{\text{Produktionsværdi}_{\text{Hele landet}}}{\text{Udgifter}_{\text{Hele landet}}}} * 100$$

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

2. Den korrigerede produktionsværdi

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

Tabel 1: Oversigt over beregning af korrigeret produktionsværdi
Stationær produktionsværdi inkl. genoptræning
+ Ambulant produktionsværdi inkl. genoptræning
= Ukorrigeret DRG- og DAGS-produktionsværdi
– Korrektion for udgifter til medicin på ambulante afdelinger
– Korrektion for forskelle i organisering
– Regionspecifikke korrektioner
= Korrigeret produktionsværdi

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

Ukorrigeret produktionsværdi

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

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

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse opgør den ukorrigerede produktionsværdi ved trækning i det grupperede Landspatientregister. Opgørelse af aktiviteten i 2011 og 2012 er

baseret på årsopgørelserne, dvs. Landspatientregistret hhv. pr. 10. marts 2012 og pr. 10. marts 2013.

Korrektion for medicin på ambulante afdelinger

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

Korrektionen af produktionsværdien foretages ved, at de ambulante besøg, hvor det ikke er muligt at opkræve særydelser til medicin, tildeles besøgstaksten samt evt. concertakst. Hertil kommer korrektion for dyr medicin til behandling af våd AMD, hvor der korrigeres med en i produktivetsarbejdsgruppen aftalt sats. Endelig er der med takstsystem 2012 tilføjet gråzone-grupperne GR2719 (Kemoterapi, kompleks, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi) og GR2722 (Kemoterapi, basis, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi) med høj medicin-andel, hvorfor disse også medtages i korrektionen.

Konkret foretages korrektionen på følgende måde:

Hvis der grupperes til proceduregrupperne PG12A: "kemoterapi, højdosis", PG12B: "kemoterapi, kompliceret og antistofbehandling", PG12C: "kemoterapi, kompliceret", PG12D: "kemoterapi, basis og antistofbehandling", PG12E: "kemoterapi, basis" eller PG12I: "antistofbehandling" uden at der er registreret et besøg, sættes taksten til 0. Hvis der samtidig er registreret et besøg sættes taksten til den relevante besøgstakst + concertaksten (DG30L: 1.186 kr. i takstsystem 2012)

Hvis der grupperes til proceduregrupperne PG12J: "Brachyterapi", PG12H: "Biologisk modificerende stof", PG12U "Ciclosporin, behandling" eller PG12T: "Botulinumtoksin-injektion" eller til diagnosegruppen DG30J: "HIV- infektion" uden at der samtidig er registreret et besøg, sættes taksten til 0. Hvis der samtidig er registreret et besøg sættes taksten til den relevante besøgstakst

I takstsystem 2012 er der fortsat en række proceduregrupper for medicinsk behandling. Derfor foretages en korrektion som den oven for beskrevne, dvs.:

Hvis der grupperes til proceduregrupperne PG11A-PG11J uden at der samtidig er registreret et besøg, sættes taksten til 0. Hvis der samtidig er registreret et besøg sættes taksten til den relevante besøgstakst.

De relevante besøgstakster er:

BG50C Ambulant besøg, med anamnese- eller journaloptagelse	1.584
BG50B Ambulant besøg, patienten 0 – 6 år	1.338
BG50A Ambulant besøg, patienten mindst 7 år	954

Våd AMD er afgrænset ved procedurekoden KCKD05B, således at alle ambulante besøg, hvor denne kode indgår, korrigeres, idet taksten reduceres med 6.700 kr., dog højst til den relevante besøgstakst.

GR2719 og GR2722 korrigeres således at ambulante besøg i disse gruppe sættes til kr. 3.465, svarende til taksten for GR2704 (Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion), idet det der denne gruppe, der i langt de fleste tilfælde grupperes til, såfremt koden for kemoterapi fjernes.

Korrektion for forskelle i organisering

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

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

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

- 1) Sygehuse med én ledelse, men flere sygehusnumre identificeres (se nedenstående tabel 2).
- 2) Takstbærende udskrivninger mellem flere sygehuse under samme ledelse identificeres.
- 3) DRG-taksten for et indlæggelsesforløb, uanset hvilken definition af sygehuse der benyttes, fastsættes efter den dyreste afdelingsudskrivning, derfor identificeres den dyreste afdelingsudskrivning for hvert patientforløb, og de øvrige udgår.
- 4) Antallet af takstbærende udskrivninger i produktivetsopgørelsen reduceres altså, og dette bevirker, at den samlede produktionsværdi umiddelbart reduceres. For at holde den samlede produktionsværdi uændret, normeres korrektionerne for sygehusorganisering. Dvs. at korrektionerne justeres forholdsmæssigt, således at de summer til 0 og dermed ikke påvirker den absolutte produktionsværdi, kun den relative.

Korrektionen gennemføres, fordi nogle hospitaler fortsat anvender forskellige sygehusnumre. Dette forhold af teknisk karakter medfører, at et sygehusforløb kan blive værdisat i DRG-systemet to eller flere gange - dvs. med flerdoblet produktionsværdi til følge - selv om der reelt kun sker én indlæggelse på sygehuset. Ved korrektionen sikres det, at et sygehusforløb kun værdisættes én enkelt gang, og der anvendes dermed samme princip for alle hospitaler og regioner for værdisætningen af sygehusforløb.

Regionspecifikke korrektioner

Der foretages endelig korrektioner i produktionsværdien som følge af de korrektioner, som foretages i den statslige aktivitetspulje. Som udgangspunkt tages alle korrektioner med. Der er dog tilfælde, hvor dette ikke skal ske. Det gælder fx i de tilfælde, hvor der i den statslige aktivitetspulje er givet en korrektion som følge af sammenlægninger af afdelinger etc. Disse er der allerede taget højde for i "korrektion for forskelle i organisering", jf. ovenfor. Korrektionerne foretages i det første af de to år, som sammenlignes, idet de relative niveauer i nyeste år således ikke påvirkes. Der kan dog være særlige grunde til at foretage korrektioner i det nye år.

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

Tabel 2. Oversigt over sygehuse med én ledelse (sygehusenheder) – 2011-2012	
Sygehus, som defineret i produktivetsopgørelse	Sygehusnumre
Rigshospitalet	1301
Bispebjerg Hospital	1309
Hvidovre Hospital	1330
Amager Hospital	1351
Frederiksberg Hospital	1401
Gentofte Hospital	1501
Glostrup Hospital	1502
Herlev Hospital	1516
Nordsjællands Hospital	2000
Bornholms Hospital	4001
Sygehus Syd	3800 ¹
Sygehus Nord	3800 ¹
Odense Universitetshospital	4202, 4212
Sygehus Sønderjylland	5001, 5002, 5003, 5004
Sydvestjysk Sygehus	5501
Vejle og Give sygehuse ²	6004, 6008
Fredericia og Kolding Sygehuse ²	6007
Hospitalsenheden Horsens	6006
De Vestdanske Friklinikker, Syddanmark	6013
Hospitalsenheden Vest	6501, 6502, 6503, 6504, 6505, 6650
Århus Universitetshospital	7003, 7004, 7013, 6620
Regionshospitalet Randers	7005, 7009
Hospitalsenhed Midt	6014,7002,7601
Sygehus Thy - Mors	7603
Aalborg sygehus	8001,8040
Sygehus Vendsyssel	8003
Sygehus Himmerland	8005

¹ Sygehusnumrene er fordelt på baggrund af afdelingsnumre.

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

3. De korrigerede tilrettede driftsudgifter

Ved opgørelse af produktivitet opgøres de tilrettede driftsudgifter med udgangspunkt i de såkaldte skemaer 1 til 7. Summen af skema 1, 2 og 3 er udtryk for sygehusvæsenets *totale driftsudgifter*. Disse udgifter indeholder imidlertid andet end udgifter til behandling af patienter.

Skemaerne 4-7 sikrer, at kun omkostninger forbundet med den somatiske behandling medtages. Skema 4-7 sørger endvidere for, at der bliver så korrigeret, så alle hospitaler kan sammenlignes med hinanden. Dette gøres for at korrigere for, at nogle hospitaler eksempelvis pga. fysisk placering kan have mange udgifter til patienttransport eller funktioner, hvor aktiviteten ikke registreres i LPR..

Desuden korrigeres for bl.a. udgifter til internt finansieret forskning og medicin på ambulante behandlinger. På baggrund heraf opgør Statens Serum Institut de korrigerede tilrettede driftsudgifter.

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

<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsoekonomi/De%20tilrettede%20driftsudgifter.aspx>

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

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

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

I lighed med beskrivelsen af indholdet i DRG-produktionsværdien gennemgås nedenfor de forskellige korrektioner.

Udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling fjernes

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

Internt finansieret forskning fjernes

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

Udgifter til medicin på ambulante afdelinger

Udgifterne til medicin på ambulante afdelinger trækkes ud med henblik på at skabe overensstemmelse med produktionsværdien. Metoden baserer sig på, at det er aktiviteten på de enkelte sygehusafdelinger, som er bestemmende for, om medicinforbruget på afdelingerne klassificeres som ambulante eller stationært.

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

Fra og med 2012 ændredes sygehusapotekernes indberetning til at omfatte indkøbspriser og ikke afregningspriser. Derfor er 2011 blevet indberettet på ny, hvilket gør det muligt at skabe konsistens i sammenligningen af de to år 2011 og 2012. Den fornyede indberetning var imidlertid ikke fuldt overensstemmende med den tidligere indberetning for 2011, som er blevet anvendt i produktivitsanalysen for 2010-2011. Der var således ikke altid overensstemmelse mellem hvilke sygehus/afdelingskoder, der fandtes i de to opgørelser. Derfor har regionerne foretaget en fornyet validering af 2011-tallene baseret på den nye indberetning med indkøbspriser. Derved er sammenligneligheden mellem 2011 og 2012 gjort så god som muligt, om end den ikke er fuldstændig.

Bilag C: Datakvalitet

Det er nødvendigt at tage forbehold for de data, der ligger til grund for de offentliggjorte produktivetsmålinger 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 IX 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 i skema 1 til 7 kan få betydning for de tilrettede driftsudgifter.

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

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

2. Produktionsværdien

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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