

LØBENDE  
OFFENTLIGGØRELSE AF  
PRODUKTIVITET I SYGEHUSSEKTOREN

(XIII delrapport)

Udviklingen fra 2015 til 2016



Danske Regioner  
Finansministeriet  
Sundheds- og Ældreministeriet  
Februar 2018

# Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (XIII delrapport)

## Udviklingen fra 2015-2016

Danske Regioner  
Finansministeriet  
Sundheds- og Ældreministeriet

Februar 2018

# Indholdsfortegnelse

## Indhold

<b>1. Derfor foretages produktivetsmålinger .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Indledning.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Måling af produktivitet i sygehussektoren .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Resultater .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Resultater på landsplan .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2. Resultater på regionsniveau 2015-2016.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3 Den historiske udvikling på regionsniveau .....</b>	<b>11</b>
<b>2.4 Resultater på sygehusniveau .....</b>	<b>13</b>
<b>3. Metode og validering .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Gennemgang af metoden anvendt til produktivetsmåling .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Validering af datagrundlag og datakvalitet.....</b>	<b>22</b>
<b>Bilag A: Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen .....</b>	<b>23</b>
<b>Bilag B: Dokumentation .....</b>	<b>25</b>
<b>Bilag C: Datakvalitet .....</b>	<b>33</b>

# 1. Derfor foretages 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 Sundheds- og Ældreministeriet (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 trettende år i træk (dog kun for tolvte 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 Sundheds- og Ældreministeriet.

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 gennemsigtighed i målingerne.

I lighed med tidligere år er opgørelserne – både på aktivitets- og udgiftssiden – korrigeret for en række forhold. Disse korrektioner foretages for at sikre et bedre sammenligningsgrundlag på tværs af årene 2015 og 2016 samt 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 forholdet mellem produktionsværdi og driftsudgifter.

*Produktivitetsudvikling:* Produktivitetsudviklingen udtrykker den procentvise ændring i produktiviteten fra 2015 til 2016.

*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 henholdsvis over- og undervurdering af produktionsværdien. Om end DRG-taksterne til en vis 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 medicinudgifter til ambulante patienter.

## 1.2 Måling af produktivitet i sygehussektoren

Det er trettende år i træk, at der offentliggøres systematiske opgørelser af produktivitet i sygehussektoren<sup>1</sup>. 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 fx 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 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. 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 den enkelte region bevæger sig i den ønskede retning over tid. Produktivetsniveauet kan i højere grad anvendes til sammenligning af sammenlignelige enheder.

I tillæg til opsummeringen af fordelene ved en fælles og simpel opgørelsesmetode bør det nævnes, at produktivetsmålinger ligeledes har sine begrænsninger. Produktivetsmålinger udtrykker intet om fx forskelle i serviceniveau og hvilken behandlingskvalitet, der opnås ved et givet ressourceforbrug. Det vil kræve, at der ligeledes måles på, hvilken effekt der skabes ved de givne ressourcer.

Arbejdet med kvalitetsindikatorer for sygehusvæsenet offentliggøres fx på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk), [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk) og [www.rkkp.dk](http://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.

---

<sup>1</sup> 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.

# 2. Resultater

## 2.1 Resultater på landsplan

Produktivitetsudviklingen fra 2015 til 2016 viser en stigning på 1,0 pct.

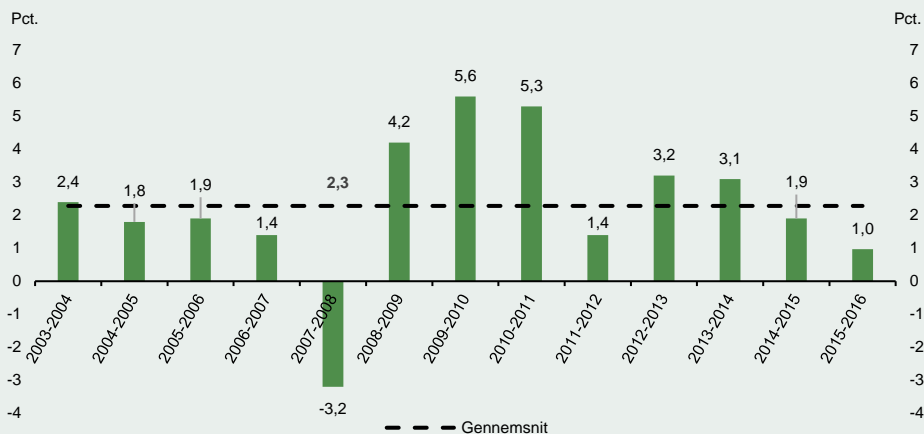
Udviklingen i produktiviteten fra 2015 til 2016 skyldes en forholdsvis større stigning i produktionsværdien end i driftsudgifterne.

Set over perioden 2003-2016 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 perioden fra 2003 til 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. I perioden 2009 til 2014 var produktivetsstigningerne betragteligt over gennemsnittet (med undtagelse af i 2012), mens udviklingen fra 2015 til 2016 er på et noget lavere niveau end gennemsnittet. Den lave udvikling imellem 2015 og 2016 skyldes til dels en lav udvikling for Rigshospitalet og Herlev-Gentofte sygehus.

**Figur 2.1**  
**År til år produktivetsudviklingen, 2003-2016**



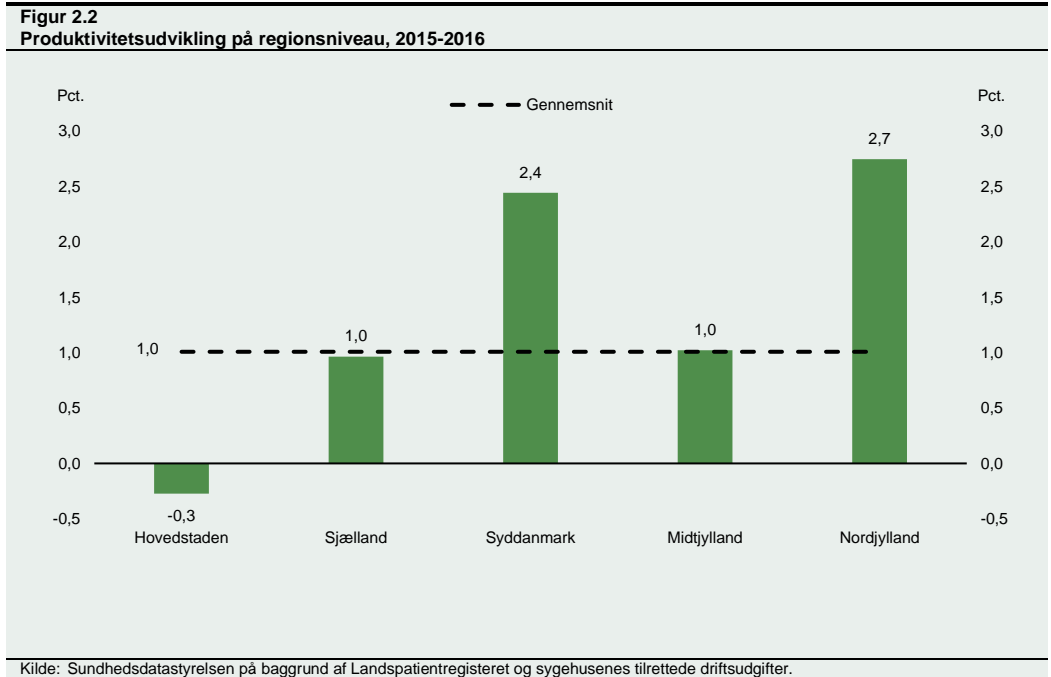
Anm.: Sundhedsområdet var i foråret 2008 ramt af en otte ugers konflikt. Det betød bl.a., at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud pga. afflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehusene blev ramt af strejken i forskelligt omfang. Der er anvendt niveaujusteret takstgrundlag.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af Landspatientregisteret og sygehusenes tilrettede driftsudgifter.

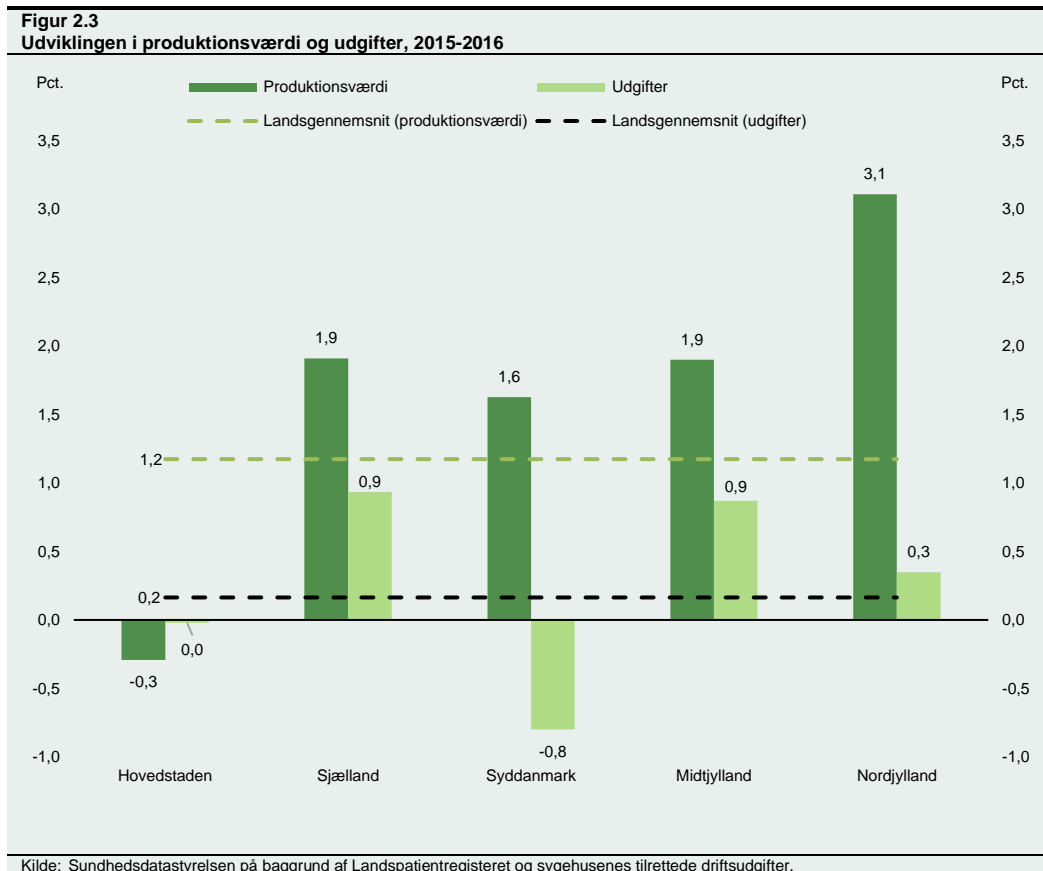


## 2.2. Resultater på regionsniveau 2015-2016

En sammenligning på tværs af regioner viser en betydelig spredning i produktivitsudviklingen, der fra 2015 til 2016 har ligget på mellem -0,3 og 2,7 pct. i de enkelte regioner, *jf. figur 2.2*. Region Nordjylland har, med en produktivitsudvikling på ca. 2,7 pct., den højeste produktivitsudvikling fra 2015 til 2016. Region Hovedstaden har, med en produktivitsudvikling på ca. -0,3 pct., den laveste produktivitsudvikling fra 2015 til 2016.



Bag spredningen i produktivitetsudviklingen fra 2015 til 2016 ligger regionale forskelle i udgiftsudviklingen, som varierer mellem -0,8 og 0,9 pct., jf. figur 2.3. Væksten i produktionsværdien fra 2015 til 2016 varierer ligeledes på tværs af regionerne og er på mellem -0,3 og 3,1 pct. På landsplan steg produktionsværdien samlet set med 1,2 pct.



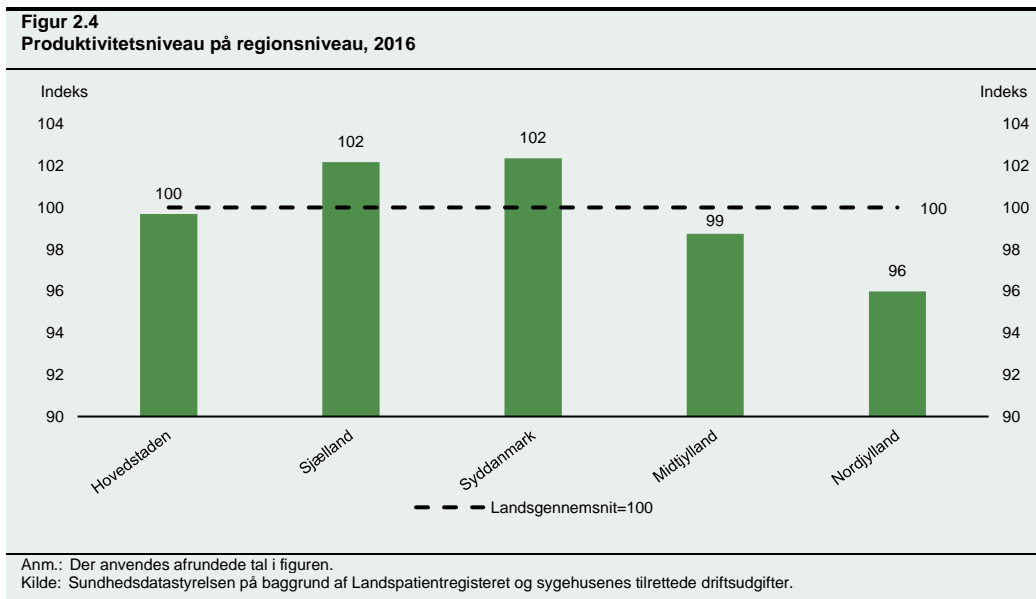
De regionale forskelle inden for produktionsværdi, udgifter, produktivitetsudvikling samt produktivetsniveau fremgår af nedenstående *tabel 2.1*.

**Tabel 2.1**  
**Udvikling i produktionsværdi, udgifter og produktivitet 2015-2016, samt produktivetsniveau fra 2015-2016 i procent**

Region	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	Produktivetsniveau
Hovedstaden	-0,3	0,0	-0,3	100
Sjælland	1,9	0,9	1,0	102
Syddanmark	1,6	-0,8	2,4	102
Midtjylland	1,9	0,9	1,0	99
Nordjylland	3,1	0,3	2,7	96
<b>Hele landet</b>	<b>1,2</b>	<b>0,2</b>	<b>1,0</b>	<b>100</b>

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af Landspatientregisteret og sygehusenes tilrettede driftsudgifter.

I lighed med tidligere år kan der konstateres forskelle i produktivetsniveauet i de enkelte regioner. Region Sjælland og Region Syddanmark har, med et produktivetsniveau på ca. 2 procentpoint over landsgennemsnittet, den højeste produktivitet i 2016. Region Nordjylland har, med et produktivetsniveau på ca. 4 procentpoint under landsgennemsnittet, det laveste produktivetsniveau, *jf. figur 2.4*.



## 2.3 Den historiske udvikling på regionsniveau

I perioden fra 2003 til 2016 har den gennemsnitlige årlige stigning i produktiviteten været på ca. 2,3 pct. på landsplan, *jf. tabel 2.2*. Dette dækker imidlertid over væsentlige regionale forskelle.

I Region Sjælland har den gennemsnitlige produktivetsstigning været på ca. 2,6 pct., dvs. 0,3 procentpoint mere end landsgennemsnittet, mens den i Region Midtjylland har været på ca. 1,8 pct., dvs. 0,5 procentpoint under landsgennemsnittet.

**Tabel 2.2**  
**Produktivtetsudviklingen i regionerne, 2003-2016**

Region	Produktivtetsudvikling år til år, i procent													Gns. pct.
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2003
Region	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016
Hovedstaden	2,2	1,9	1,9	0,1	-2,7	4,7	8,3	5,0	3,0	3,1	2,8	0,5	-0,3	2,3
Sjælland	1,6	-0,3	1,6	1,5	-2,7	5,2	7,5	6,3	1,3	4,4	0,3	6,2	1,0	2,6
Syddanmark	2,7	2,4	2,1	1,0	-2,0	5,0	3,6	5,6	-0,3	4,1	2,3	1,8	2,4	2,3
Midtjylland	2,8	2,1	1,4	2,4	-5,6	2,4	4,4	3,6	0,7	3,1	4,9	0,9	1,0	1,8
Nordjylland	2,8	1,9	2,7	4,2	-2,7	4,1	0,6	8,1	1,0	-0,6	5,0	4,2	2,7	2,6
Hele landet	2,4	1,8	1,9	1,4	-3,2	4,2	5,6	5,3	1,4	3,2	3,1	1,9	1,0	2,3

Anm.: Den gennemsnitlige årlige produktivtetsudvikling fra 2003 til 2016 er beregnet på baggrund af et geometrisk gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2016. 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.  
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af Landspatientregisteret og sygehusenes tilrettede driftsudgifter.

Udviklingen i udgifterne har også varieret over tid og på tværs af regioner. Over perioden fra 2003 til 2016 har der på landsplan været en gennemsnitlig udgiftsstigning på ca. 1,3 pct. I Region Midtjylland har den gennemsnitlige stigning ligget på ca. 1,7 pct., dvs. 0,4 procentpoint over landsgennemsnittet, mens den i Region Nordjylland har ligget på ca. 0,8 pct., dvs. 0,5 procentpoint under landsgennemsnittet, *jf. tabel 2.3*.

**Tabel 2.3**  
**Udgiftsudvikling i regionerne, 2003-2016**

Region	Udgiftsudvikling år til år, i procent													Gns. pct.
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2003
Region	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016
Hovedstaden	1,3	2,1	2,6	2,9	2,3	5,6	-1,5	-2,6	1,6	0,5	1,7	0,7	0,0	1,3
Sjælland	2,2	2,8	3,6	1,4	2,2	4,0	-2,9	-2,8	2,0	1,7	4,2	-1,9	0,9	1,3
Syddanmark	1,4	1,5	1,9	2,3	2,3	3,7	0,6	1,2	3,0	-0,8	-0,4	-1,4	-0,8	1,1
Midtjylland	1,5	0,6	3,3	3,7	5,5	5,0	-0,1	-1,5	2,6	0,7	-1,0	1,5	0,9	1,7
Nordjylland	0,7	1,1	2,4	2,2	3,6	5,5	-0,2	-3,3	0,8	1,0	-2,4	-1,4	0,3	0,8
Hele landet	1,4	1,7	2,7	2,7	3,1	4,9	-0,8	-1,7	2,1	0,5	0,5	-0,1	0,2	1,3

Anm.: Den gennemsnitlige årlige produktivtetsudvikling fra 2003 til 2016 er beregnet på baggrund af et geometrisk gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2016. 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.  
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af sygehusenes tilrettede driftsudgifter

Fra 2003 til 2016 har produktionsværdien, med undtagelse af 2008, udviklet sig positivt. I perioden har den gennemsnitlige stigning i produktionsværdien på landsplan været ca. 3,6 pct. årligt. I Region Sjælland er produktionsværdien i gennemsnit steget med ca. 3,9 pct. årligt i perioden, mens produktionsværdien i Region Nordjylland er steget med ca. 3,4 pct. om året, *jf. tabel 2.4.*

**Tabel 2.4**

**Produktionsværdiudvikling i regionerne, 2003-2016**

Region	Produktionsværdiudvikling år til år, i procent													Gns. pct.
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2003
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016
Hovedstaden	3,5	4,1	4,5	3,0	-0,5	10,6	6,7	2,3	4,6	3,7	4,6	1,2	-0,3	3,7
Sjælland	3,8	2,5	5,2	3,0	-0,6	9,4	4,4	3,3	3,3	6,2	4,5	4,2	1,9	3,9
Syddanmark	4,1	4,0	4,0	3,3	0,3	8,8	4,3	6,8	2,6	3,3	2,0	0,4	1,6	3,5
Midtjylland	4,3	2,8	4,8	6,2	-0,4	7,6	4,3	2,0	3,2	3,9	3,8	2,4	1,9	3,6
Nordjylland	3,5	3,1	5,2	6,5	0,8	9,9	0,4	4,5	1,7	0,4	2,4	2,8	3,1	3,4
Hele landet	3,8	3,5	4,6	4,1	-0,2	9,3	4,8	3,5	3,4	3,6	3,6	1,8	1,2	3,6

Anm.: Den gennemsnitlige årlige produktivitetsudvikling fra 2003 til 2016 er beregnet på baggrund af et geometrisk gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2016. 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. Der er anvendt niveaujusteret takstgrundlag. Justeringen har dog meget begrænset effekt.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af Landspatientregisteret.

## 2.4 Resultater på sygehusniveau

Der kan, både hvad angår produktivetsniveauet for 2016 og produktivetsudviklingen fra 2015 til 2016, konstateres betydelige forskelle mellem sygehusene, *jf. tabel 2.5.*

Tabel 2.5

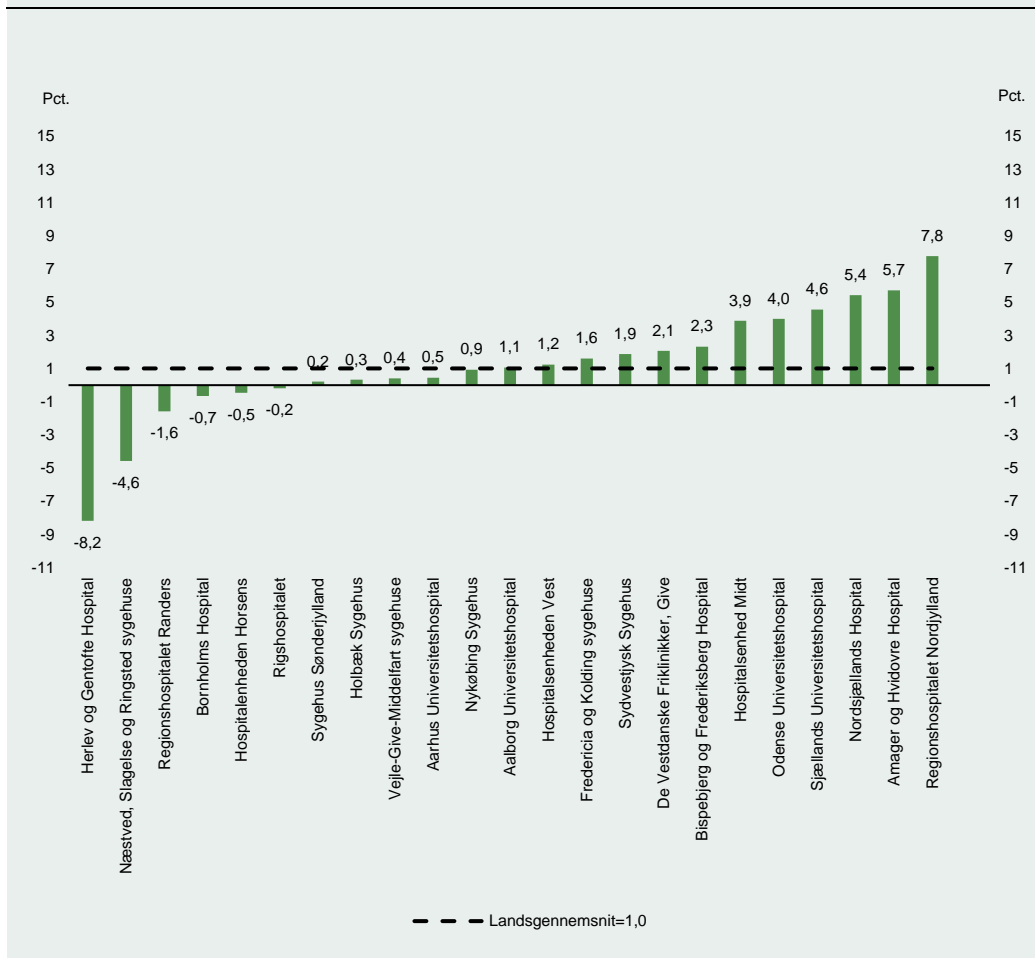
Udvikling i produktivitet 2015-2016 samt produktivetsniveau 2016

Sygehus	Udvikling fra 2015-2016 i procent			Indeks
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivetsudvikling	Produktivetsniveau
Rigshospitalet	0,3	0,5	-0,2	96
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	-6,6	-8,7	2,3	101
Amager og Hvidovre Hospital	5,8	0,0	5,7	106
Herlev og Gentofte Hospital	-4,1	4,5	-8,2	98
Nordsjællands Hospital	3,9	-1,4	5,4	108
Bornholms Hospital	3,0	3,6	-0,7	83
Sjællands Universitetshospital	14,0	9,1	4,6	110
Holbæk Sygehus	8,5	8,1	0,3	102
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	-17,4	-13,5	-4,6	96
Nykøbing Sygehus	6,3	5,3	0,9	90
Odense Universitetshospital	2,1	-1,8	4,0	102
Sygehus Sønderjylland	1,5	1,3	0,2	100
Sydvestjysk Sygehus	3,2	1,3	1,9	102
Fredericia og Kolding sygehuse	1,1	-0,5	1,6	98
Vejle-Give-Middelfart sygehus	-1,5	-1,9	0,4	109
De Vestdanske Friklinikker, Give	3,5	1,4	2,1	142
Hospitalesheden Horsens	2,5	3,0	-0,5	107
Hospitalesheden Vest	1,9	0,7	1,2	104
Aarhus Universitetshospital	1,0	0,6	0,5	93
Regionshospitalet Randers	3,9	5,6	-1,6	108
Hospitaleshed Midt	2,7	-1,1	3,9	101
Aalborg Universitetshospital	1,9	0,9	1,1	95
Regionshospitalet Nordjylland	6,6	-1,1	7,8	99

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af Landspatientregisteret og sygehusenes tilrettede driftsudgifter.

Udviklingen i produktiviteten fra 2015 til 2016 har på tværs af sygehusene varieret fra en stigning på ca. 7,8 pct. til et fald på ca. 8,2 pct. På 17 ud af 23 sygehuse var der en positiv produktivitetsudvikling fra 2015 til 2016, *jf. figur 2.5*.

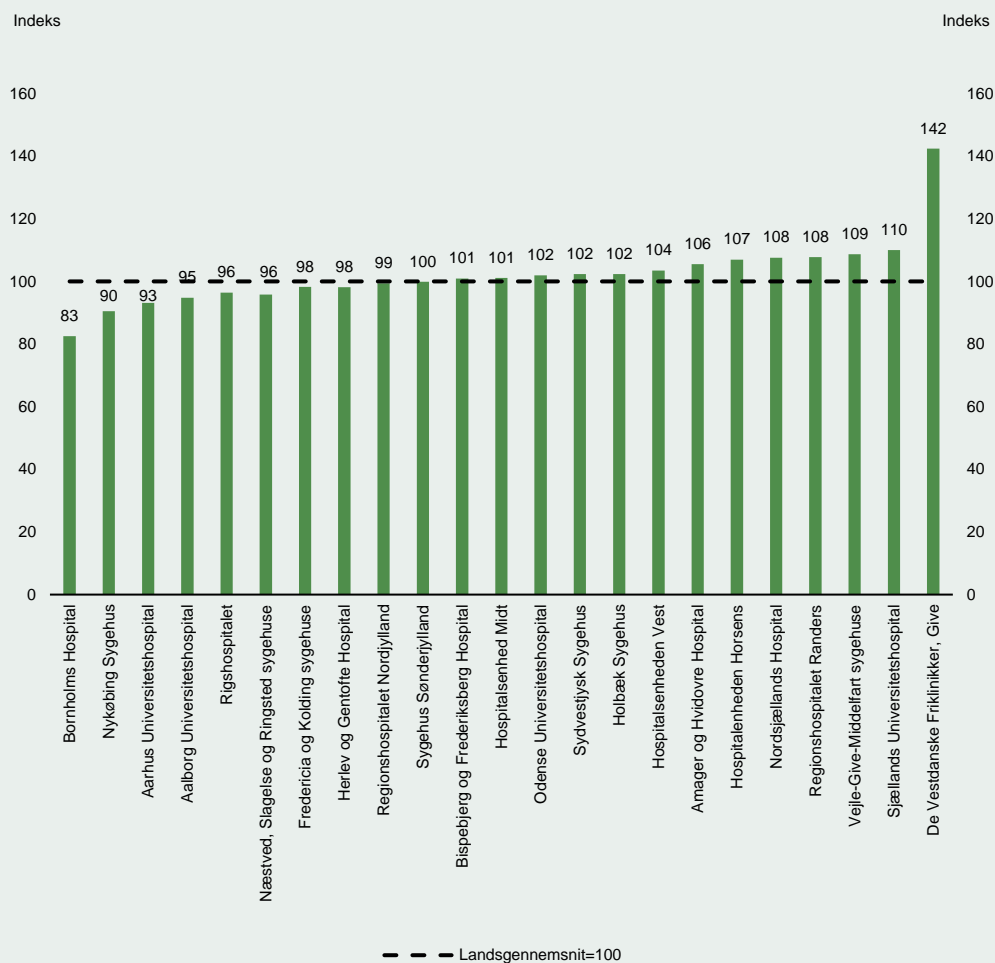
**Figur 2.5**  
Udviklingen i sygehusenes produktivitet i procent, 2015-2016



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af Landspatientregisteret og sygehusenes tilrettede driftsudgifter.

Hvad angår produktivetsniveauet, er der en variation på knap 30 pct.-point mellem sygehusene, når der ses bort fra De Vestdanske Friklinikker, *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 kan skyldes tekniske forhold.

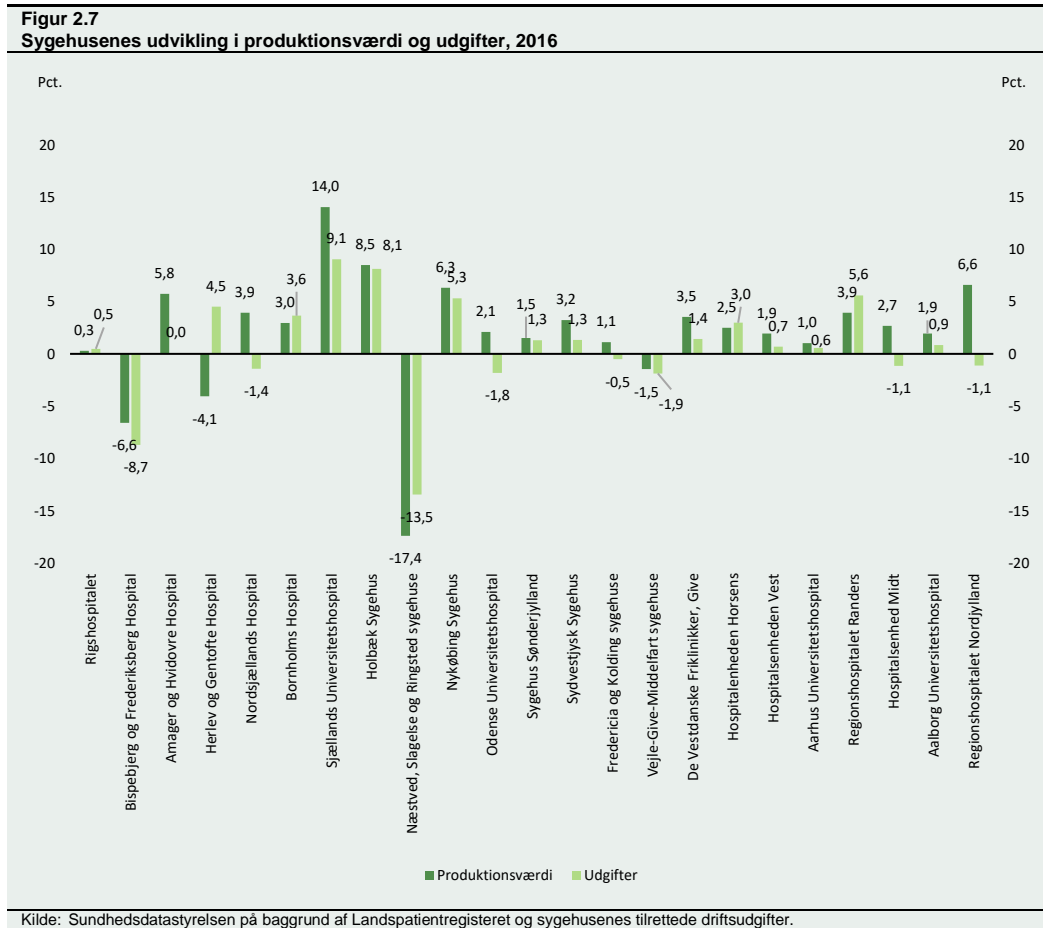
**Figur 2.6**  
**Sygehusenes produktivetsniveau, 2016**



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af Landspatientregisteret og sygehusenes tilrettede driftsudgifter.

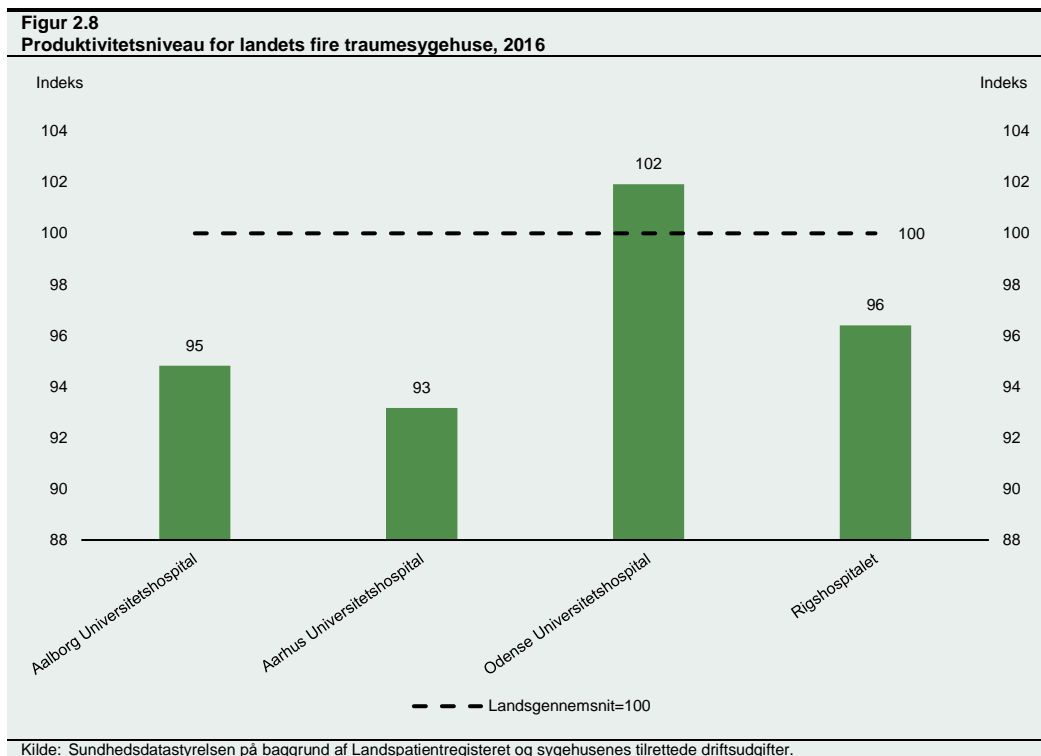


En sammenligning af udviklingen i udgifter og produktionsværdi på tværs af sygehusene viser forskellige tendenser, jf. figur 2.7.

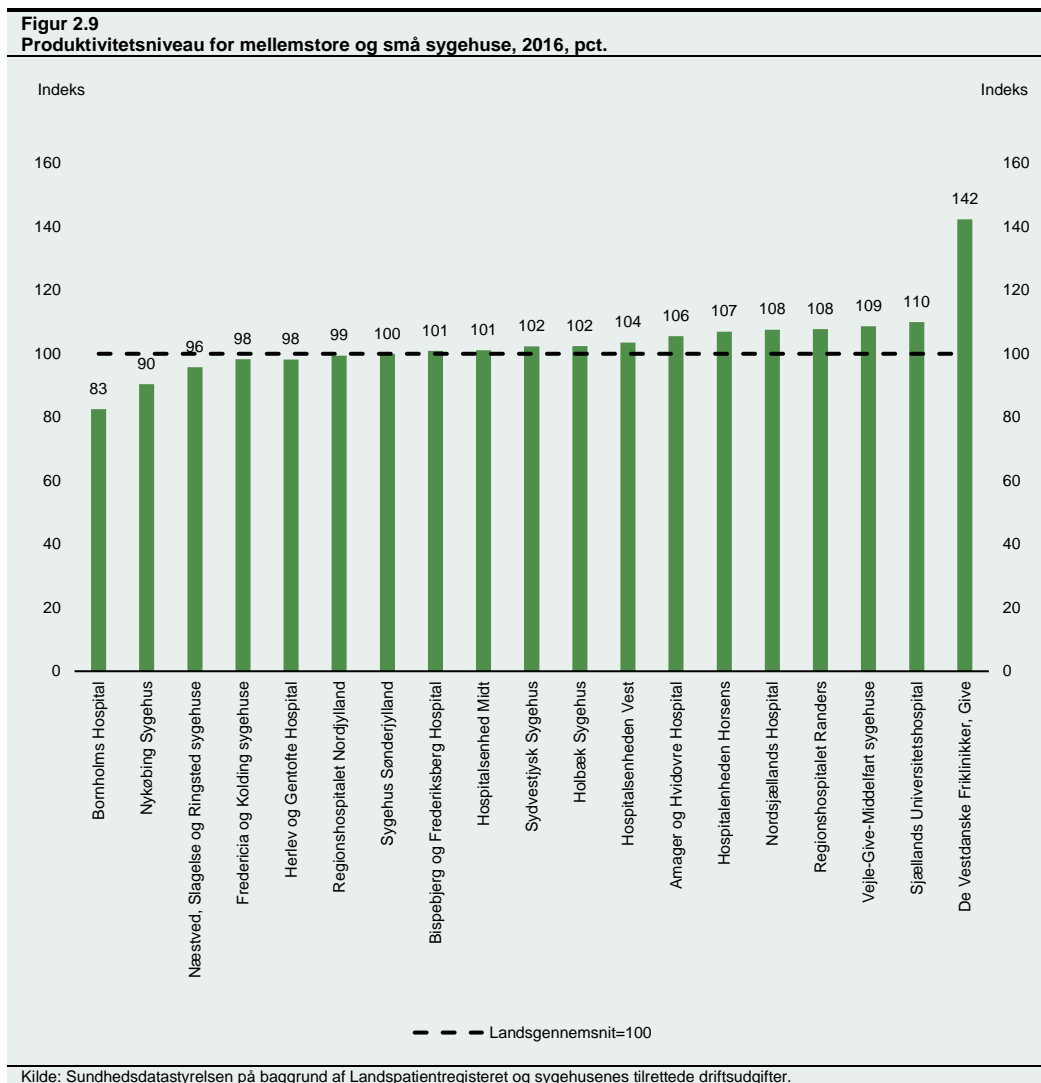


Det er væsentligt at være opmærksom på, at det, der i denne publikation omtales som sygehuse, i mange tilfælde reelt er udtryk for sygehusenheder, hvor der behandles på flere forskellige matrikler. Blandt sygehusenheder med en produktionsværdi i samme størrelsesorden kan der således være betydelige forskelle i størrelsen af de enkelte matrikler. Når sygehusenes produktivitet skal sammenlignes, er det nærliggende at sammenligne de sygehuse, der ud fra objektive kriterier ligner hinanden mest. I nedenstående figur 2.8 og 2.9 vises produktivetsniveauet for landets 4 traumesygehuse og landets øvrige sygehuse. De 4 traumesygehuse har en række fælles vilkår, hvorfor det er relevant at sammenligne deres produktivetsniveau.

Af figur 2.8 fremgår produktivetsniveauet for landets 4 traumesygehuse.



I figur 2.9 ses produktivetsniveauet for øvrige sygehuse og sygehusenheder.



# 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.

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	
<hr/>	
= Ukorrigeret DRG- og DAGS-produktionsværdi	
<hr/>	
– Korrektion for udgifter til medicin på ambulante afdelinger	
– Korrektion for forskelle i organisering	
– Regionspecifikke korrektioner	
<hr/>	
= 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 sygehuse. 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 sygehuse 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 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 sygehuse, 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**

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

Sygehusenes udgifter er forsøgt tilrettet, således at der sikres den størst mulige sammenlignelighed mellem sygehusene samt mellem årene 2015 og 2016. 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 er der en gennemgang af og redegørelse for de gennemførte korrektioner i forbindelse med opgørelserne i denne delrapport.

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

### **Boks 3.3**

#### **Manglende sammenhæng mellem produktivitetsudvikling og produktivetsniveau**

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

Til beregning af produktivitetsudviklingen fra 2015 til 2016 benyttes DRG-takster for 2016 for begge år. Dette er for at sikre sammenlignelighed mellem de to år.

Da takstsystem 2016 altså også anvendes på aktiviteten for 2015, vil der ikke være fuldstændig overensstemmelse mellem produktivetsopgørelsen for 2015 i delrapport XII, hvor 2015-taksterne er anvendt, og den tilsvarende opgørelse for 2015 beregnet på baggrund af 2016-taksterne (som i denne delrapport XIII).

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

Skal et enkelt sygehus' produktivitet følges over tid, bør målet "produktivetsudviklingen" benyttes.

Dette skyldes, at "produktivetsudviklingen" alene dannes på baggrund af udviklingen i sygehusets egne udgifter og produktionsværdi, og altså ikke er afhængig af produktivetsniveauet på landsplan.

På samme vis er dette grunden til, at det i rapporten er "produktivetsudviklingen", som betragtes, når udviklingen på regions- og sygehusniveau betragtes over tid.

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

## **3.2 Validering af datagrundlag og datakvalitet**

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

Datagrundlaget for de løbende målinger på lands-, regions- og sygehusniveau har således været i høring i regionerne og sygehusene.

# 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 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 produktivetsmålinger 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 fx 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 produktivetsmålinger 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 2017**

Kontorchef Charlotte Hougaard Clifford (til juli 2017) (Sundheds- og Ældreministeriet)  
Kontorchef Søren Heldgaard Olesen (fra oktober 2017) (Sundheds- og Ældreministeriet)  
Chefkonsulent Mads Hansen (Sundheds- og Ældreministeriet)  
Fuldmægtig Silas Skovsbo (Sundheds- og Ældreministeriet)  
Praktikant Sigurd Due Hilborg (Sundheds- og Ældreministeriet)  
Afdelingschef Pernille Rosling (Sundhedsdatastyrelsen)  
Chefkonsulent Anders Rud Svenning (Sundhedsdatastyrelsen)  
Fuldmægtig Ann-Sofie Hansen (Sundhedsdatastyrelsen)  
Sektionschef Naja Warrer Iversen (Danske Regioner)  
Seniorrådgiver Thomas Ljungberg Jørgensen (Danske Regioner)  
Sygehusdirektør Jens Ole Skov (Region Nordjylland)  
Kontorchef Simon Andersen (Region Nordjylland)  
Fuldmægtig Morten Højmose Andersen (Region Nordjylland)  
Kontorchef Helle Vadmand Jensen (fra november 2017) (Region Midtjylland)  
Specialrådgiver Morten Helleberg Christiansen (til november 2017) (Region Midtjylland)  
Specialrådgiver Jutta Jepsen Kjær (Region Midtjylland)  
Afdelingschef Jan Højgaard Funder (til september 2017) (Region Syddanmark)  
Specialrådgiver Jørn Frydendall (Region Syddanmark)  
Specialrådgiver Diane Dreyer Pedersen (Region Syddanmark)  
Økonomichef Lene Jørndrup (Region Sjælland)  
Rådgiver Marianne Kjærgaard Weinreich (Region Sjælland)  
Chefkonsulent Chris Wiencke (Region Sjælland)  
Specialrådgiver Liselotte Oldelund Kreilgaard (Region Hovedstaden)  
Budgetchef Lars Æbeløe-Knudsen (Region Hovedstaden)  
Chefkonsulent Søren Varder (Finansministeriet)  
Specialrådgiver Rasmus Fynbo Aagaard-Jensen (Finansministeriet)

## Bilag B: Dokumentation

### 1. Indledning og formål

I dette bilag redegøres der for, hvordan opgørelserne for produktivetsniveauet i 2016 samt produktivetsudviklingen fra 2015 til 2016 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 ved anvendelse af omkostningsbrøkmethode. 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 2015 til 2016, i det produktiviteten i et givet år opgøres som forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi og de korrigerede tilrettede driftsudgifter. Konkret benyttes følgende formel:

$$\text{Produktivetsudvikling} = \frac{\text{Produktivitet}_{2016} - \text{Produktivitet}_{2015}}{\text{Produktivitet}_{2015}} * 100$$
$$\text{Produktivetsudvikling} = \frac{\frac{\text{Produktionsværdi}_{2016}}{\text{Udgifter}_{2016}} - \frac{\text{Produktionsværdi}_{2015}}{\text{Udgifter}_{2015}}}{\frac{\text{Produktionsværdi}_{2015}}{\text{Udgifter}_{2015}}} * 100$$

#### **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 procent højere end gennemsnittet for hele landet. Konkret udregnes produktivetsniveau for en given region eller sygehus på følgende måde:

$$\text{Produktivetsniveau} = \frac{\frac{\text{Produktionsværdi}_{\text{Sygehus}_x}}{\text{Udgifter}_{\text{Sygehus}_x}}}{\frac{\text{Produktionsværdi}_{\text{Hele landet}}}{\text{Udgifter}_{\text{Hele landet}}}} * 100$$

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*.

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

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 Sundheds- og Ældreministeriets eSundhed, ved en afgrænsning til sygehusudskrivninger. Dog trækkes aktiviteten på enkelte afdelinger ud. Det drejer sig om afdelinger på Montebello (under Nordsjællands Hospital).

Sundheds- og Ældreministeriet opgør den ukorrigerede produktionsværdi ved trækning i det grupperede Landspatientregister. Opgørelse af aktiviteten i 2015 og 2016 er baseret på årsopgørelserne, dvs. Landspatientregistret hhv. pr. 10. marts 2016 og pr. 10. marts 2017, for Rigshospitalet og Herlev/Gentofte dog 10. juni 2017.

### **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 produktivitetmålingerne end sygehuse med relativt lavere medicinudgifter. På den baggrund korrigeres både produktionsværdien samt de tilrettede driftsudgifter for medicin på ambulante afdelinger.

Korrektionen af produktionsværdien foretages ved, at de ambulante besøg, hvor det ikke er muligt at opkræve særydelser til medicin, tildeles besøgstaksten samt evt. concerttakst. Hertil kommer korrektion for dyr medicin til behandling af våd AMD, hvor der korrigeres med en i produktivitetsarbejdsgruppen aftalt sats. Endelig er der 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 proceduregruppen PG12B: "antistof, behandling" uden at der er registreret et besøg, eller hvis der er et "før indlæggelse"-besøg (som ikke afregnes), sættes taksten til 0. Hvis der samtidig er registreret et besøg sættes taksten til den relevante besøgstakst + concerttaksten (DG30L: 925 kr. i takstsystem 2016)

Hvis der grupperes til proceduregrupperne PG12C: "Brachyterapi", PG12M: "Botulinumtoksin, injektion" eller PG12N "immunmodulerende behandling" 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 2016 er der fortsat en række proceduregrupper for medicinsk behandling. Derfor foretages en korrektion som den ovenfor beskrevne, dvs.:

Hvis der grupperes til proceduregrupperne PG11A-PG11J, uden at der samtidig er registreret et besøg, eller hvis der er et "før indlæggelse"-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 journaloptagelse	1.421 kr.
BG50B Ambulant besøg, patienten 0 – 6 år	1.367 kr.
BG50A Ambulant besøg, patienten mindst 7 år	702 kr.

Hvis der i PG11 er registreret aktionsdiagnose cancer, er der givet et tillæg svarende til taksten for DG30L: "Cancer". Cancer er afgrænset ved hjælp af de aktionsdiagnoser, der grupperer til DG30L.

Våd AMD er afgrænset ved procedurekoden KCKD05B, således at alle ambulante besøg, hvor denne kode indgår, korrigeres, idet taksten reduceres med 7.076 kr., dog højst til den relevante besøgstakst.

GR2719 og GR2722 korrigeres således, at ambulante besøg i disse grupper sættes til kr. 3.932, svarende til taksten for GR2704 (Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion), idet det er 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 sygehusudskriving er defineret som en udskriving fra et sygehus, uden at der inden for den samme dag sker indlæggelse på en anden afdeling på samme sygehus. En sygehusudskriving kan altså enten være udskriving af en færdigbehandlet patient eller en udskriving 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 udskrivinger mellem flere sygehuse under samme ledelse identificeres.
- 3) DRG-taksten for et indlæggelsesforløb, uanset hvilken definition af sygehuse der benyttes, fastsættes efter den dyreste afdelingsudskriving. Derfor identificeres den dyreste afdelingsudskriving for hvert patientforløb, og de øvrige udgår.
- 4) Antallet af takstbærende udskrivinger i produktivitetsopgørelsen 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 flere sygehusnumre under samme ledelsesmæssige sygehusenhed. Dette forhold af teknisk karakter medfører, at et sygehusforløb kan være værdisat to eller flere gange i DRG-systemet. Ved korrektionen sikres det, at et sygehusforløb inden for samme ledelsesmæssige sygehusenhed kun værdisættes én enkelt gang, og der anvendes dermed samme princip for alle hospitaler og regioner for værdisætningen af sygehusforløb.

Normeringen som sikrer, at den samlede produktionsværdi bevares uændret i hvert af de to år indebærer imidlertid en uensigtsmæssighed, når de to normeringsfaktorer er væsentligt forskellige. Det betyder fx., at produktivitetssygehuse, som ikke ændrer struktur over den to-årige periode, alt andet lige får vurderet sin produktionsværdi forskelligt. For at eliminere dette korrigeres begge års produktion med samme normeringsfaktor, nemlig den der er gældende for det sidste år af de to år. Det betyder, at udviklingen i produktiviteten påvirkes, mens tværsnittet og dermed sygehusenes interne rangordning (fx rangordningen i tabel 2.5) bevares.

### **Regionspecifikke korrektioner**

Der foretages endeligt korrektioner i produktionsværdien tilsvarende de korrektioner, som foretages i den statslige aktivitetspulje. Tidligere år er korrektioner givet i forbindelse med den statslige aktivitetspulje benyttet direkte i produktivetsopgørelsen, men som følge af, at korrektionerne givet til den statslige aktivitetspulje i 2016 er baseret på udviklingen fra 2014-2016, er korrektionerne til produktivetsopgørelsen opgjort selvstændigt baseret på en sammenligning af 2015 og 2016.

Korrektioner givet i forbindelse med den statslige aktivitetspulje som følge af sammenlægninger af afdelinger etc. medtages ikke i produktivetsopgørelsen. Dette skyldes, at der allerede er taget højde for dette 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.

Metoden for opgørelse af regionspecifikke korrektioner er ændret fra og med analysen 2013-2014. Ændringen indebærer, at der mere retvisende anvendes sygehusregion i afgrænsningen i stedet for bopælsregion, idet der dog stadig afgrænses til patienter boende i én af de fem regioner.

## Produktivitetssygehuse

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

<b>Tabel 2</b>	
<b>Oversigt over sygehuse med én ledelse (sygehuseenheder) – 2015-2016</b>	
Sygehus, som defineret i produktivitetsopgørelse	Sygehusnumre
Rigshospitalet	1301, 1502
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	1309
Amager og Hvidovre Hospital	1330, 1351
Herlev og Gentofte Hospital	1501, 1516
Nordsjællands Hospital	2000
Bornholms Hospital	4001
Sjællands Universitetshospital	3810
Holbæk Sygehus	3820
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	3830
Nykøbing Sygehus	3840
Odense Universitetshospital	4202
Sygehus Sønderjylland	5000
Sydvestjysk Sygehus	5501
Fredericia og Kolding sygehuse	6007
Vejle-Give-Middelfart sygehuse	6008
De Vestdanske Friklinikker, Give	6013
Hospitalsenheden Horsens	6006
Hospitalsenheden Vest	6650
Aarhus Universitetshospital	6620, 7013
Regionshospitalet Randers	7005
Hospitalsenhed Midt	6630
Aalborg Universitetshospital	8001, 8005
Regionshospitalet Nordjylland	7603,8003

### 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 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 givet i forbindelse med ambulante behandlinger. På baggrund heraf opgør Sundhedsdatastyrelsen de korrigerede tilrettede driftsudgifter.

De tilrettede driftsudgifter, opgjort via skema 1-7, indberettes af sygehusene til Sundhedsdatastyrelsen, og anvendes bl.a. til takstberegningen. For en nærmere gennemgang henvises til følgende hjemmeside: [Sundhedsdatastyrelsen - tilrettede driftsudgifter](#)

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

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

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



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. Udgiftsposterne omfatter bl.a. huslejeudgifter, leasing, psykiatrisk behandling mv.

**Internt finansieret forskning fjernes**

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

**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.

## **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 XII 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 fx 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 højtspecialiseret 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 ressourcekrævet 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.