


LØBENDE
OFFENTLIGGØRELSE AF
PRODUKTIVITET I SYGEHUSSEKTOREN

(VIII delrapport)

Udviklingen fra 2010 til 2011



Danske Regioner
Finansministeriet
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

November 2012

Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (VIII delrapport)

Udviklingen fra 2010-2011

Danske Regioner
Finansministeriet
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

November 2012

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 2010-2011	10
2.3 Den historiske udvikling på regionsniveau.	14
2.4 Resultater på sygehusniveau	17
3. Metode og validering	24
3.1 Gennemgang af metoden anvendt til produktivetsmåling	24
3.2 Validering af datagrundlag og datakvalitet	28
Bilag A: Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen	29
Bilag B: Dokumentation	31
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 ottende år i træk (dog kun for syvende 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 2010 til 2011.

Produktivitetsniveau: Produktivitetsniveauet udtrykker produktiviteten på det enkelte sygehus eller region i forhold til landsgennemsnittet.

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 behandlingstygde, 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 ottende 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, hvilken behandlingskvalitet der opnås ved et givet ressourceforbrug. Dette vil kræve, at der ligeledes måles på, hvilken effekt der skabes ved de givne ressourcer. Arbejdet med kvalitetsindikatorer for sygehusvæsenet offentliggøres f.eks. på www.sundhed.dk, www.sundhedskvalitet.dk og www.nip.dk. 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

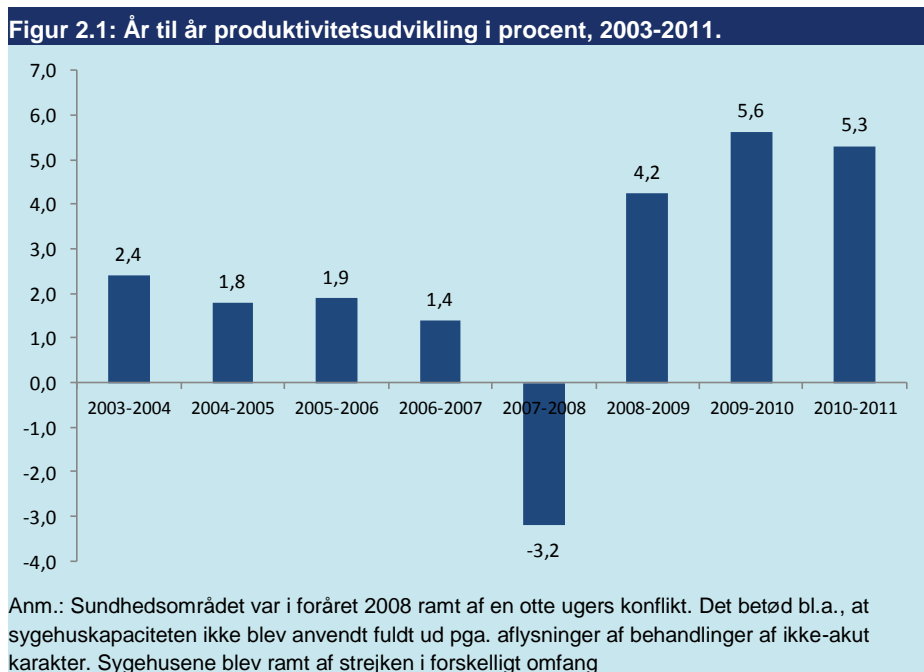
Produktivitetsudviklingen fra 2010 til 2011 viser en stigning på 5,3 pct. og ligger dermed over den gennemsnitlige produktivitetsudvikling fra 2003 til 2010.

Stigningen i produktiviteten fra 2010 til 2011 skyldes et fald i sygehusenes udgifter kombineret med en øget produktionsværdi.

Set over perioden 2003-2011 har den gennemsnitlige årlige produktivitetsvækst været på 2,4 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.

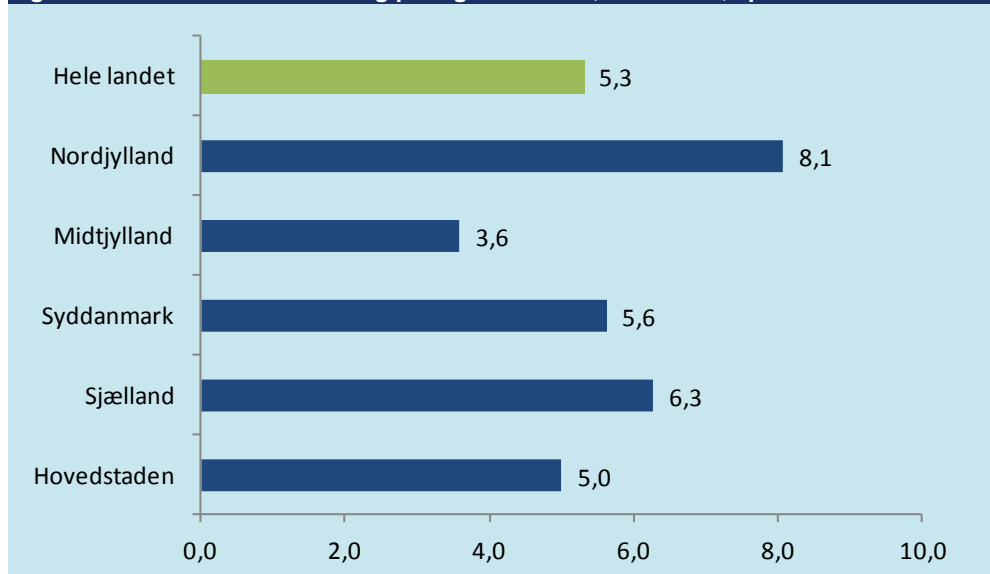
I årene 2003-2007 var der på landsplan år for år en positiv udvikling i produktiviteten på landets offentlige sygehuse på 1,9 pct. i gennemsnit. Denne udvikling blev brudt i 2008, idet produktiviteten fra 2007 til 2008 faldt med 3,2 pct., jf. figur 2.1. En væsentlig årsag til dette produktivetsfald var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



2.2. Resultater på regionsniveau 2010-2011

En sammenligning på tværs af regioner viser en stor spredning i produktivetsudviklingen, der fra 2010 til 2011 har ligget på mellem 3,6 og 8,1 pct. i de enkelte regioner, jf. figur 2.2. Region Nordjylland har, med en produktivetsudvikling på 8,1 pct., den højeste produktivetsudvikling i 2011. Region Midtjylland har, med en produktivetsudvikling på 3,6 pct., den laveste produktivetsudvikling i 2011.

Figur 2.2: Produktivetsudvikling på regionsniveau, 2010-2011, i procent.



Bag spredningen i produktivetsudviklingen ligger væsentlige regionale forskelle i udgiftsudviklingen, som varierer mellem -3,3 pct. og 1,2 pct., hvor fire ud af fem regioner har et fald i udgifterne fra 2010 til 2011, jf. tabel 2.1. På landsplan faldt udgifterne med 1,7 pct.

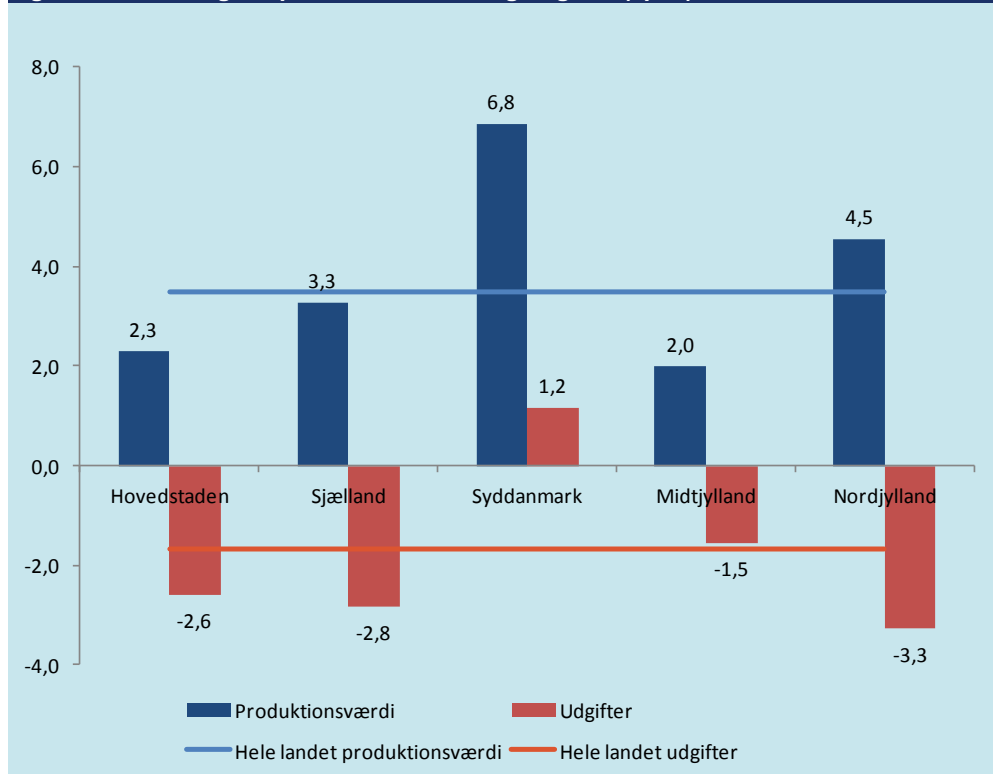
Væksten i produktionsværdien fra 2010 til 2011 varierer ligeledes på tværs af regionerne, og er på mellem 2,0 og 6,8 pct. På landsplan steg produktionsværdien med 3,5 pct., jf. tabel 2.1.

Tabel 2.1: Udviklingen i produktionsværdi, udgifter og produktivitet 2010-2011, samt produktivetsniveau for 2011.

Region	Udvikling fra 2010-2011 i procent			2011
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	Produktivetsniveau
Hovedstaden	2,3	-2,6	5,0	100
Sjælland	3,3	-2,8	6,3	100
Syddanmark	6,8	1,2	5,6	104
Midtjylland	2,0	-1,5	3,6	99
Nordjylland	4,5	-3,3	8,1	95
Hele landet	3,5	-1,7	5,3	100

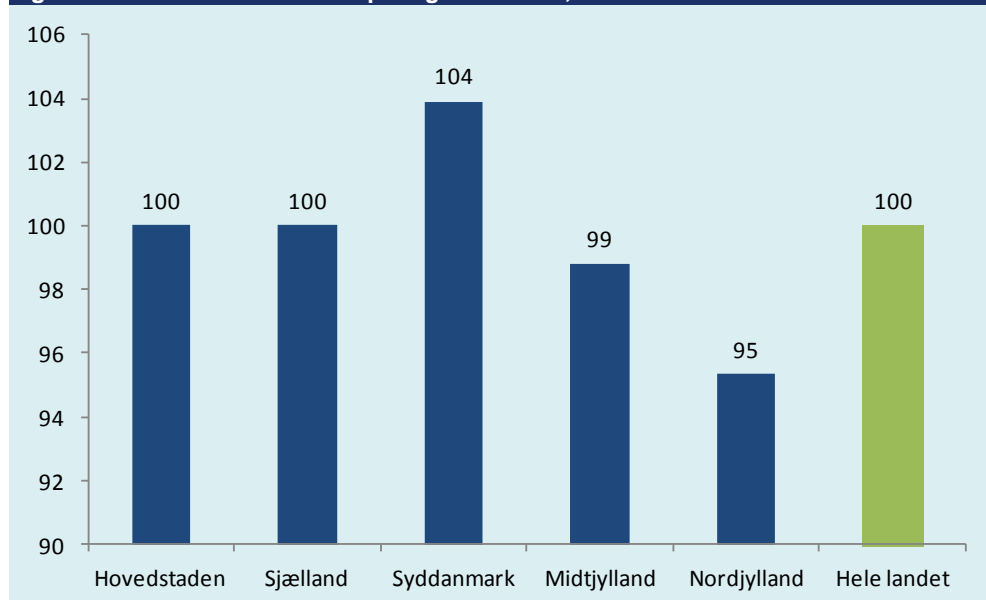
Udviklingen i produktionsværdi og udgifter er ikke ensartet på tværs af regionerne, jf. figur 2.3. I fire ud af fem regioner er udgiftsniveauet faldet fra 2010 til 2011.

Figur 2.3: Udviklingen i produktionsværdi og udgifter (i pct.), 2010-2011.



I lighed med tidligere år kan der konstateres forskelle i produktivetsniveauet i de enkelte regioner. Region Syddanmark har, med et produktivetsniveau på 4 pct. over landsgennemsnittet, den højeste produktivitet i 2011. Region Nordjylland har, med et produktivetsniveau på 5 pct. under landsgennemsnittet, det laveste produktivetsniveau jf. figur 2.4. I de tre øvrige regioner er produktivetsniveauet tæt på landsgennemsnittet.

Figur 2.4: Produktivetsniveau på regionsniveau, 2011.



2.3 Den historiske udvikling på regionsniveau

I perioden fra 2003 til 2011 har den gennemsnitlige årlige stigning i produktiviteten været på omkring 2,4 pct. på landsplan, jf. tabel 2.2. Dette dækker imidlertid over væsentlige regionale forskelle.

I Region Hovedstaden og Region Nordjylland har den gennemsnitlige produktivitetsstigning været på 2,7 pct., dvs. 0,3 pct. point mere end landsgennemsnittet, mens den i Region Midtjylland har været på 1,7 pct., dvs. 0,7 pct. point mindre end landsgennemsnittet.

Tabel 2.2: Produktivitetsudviklingen i regionerne, årligt fra 2003-2011.

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

¹⁾ Den gennemsnitlige årlige produktivitetsudvikling fra 2003 til 2011 er beregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2011.

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

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

Udviklingen i udgifterne har varieret over tid og på tværs af regioner. Over perioden fra 2003 til 2011 har der på landsplan været en gennemsnitlig udgiftsstigning på 1,7 pct. I Region Midtjylland har den gennemsnitlige stigning ligget på 2,2 pct., dvs. 0,5 pct. point over landsgennemsnittet, mens den i Region Sjælland har ligget på 1,3 pct., dvs. 0,4 pct. point under landsgennemsnittet, jf. tabel 2.3.

Tabel 2.3: Udgiftsudviklingen i regionerne, årligt fra 2003-2011.

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	2003- 2011	
Hovedstaden	1,3	2,1	2,6	2,9	2,3	5,6	-1,5	-2,6	1,6	
Sjælland	2,2	2,8	3,6	1,4	2,2	4,0	-2,9	-2,8	1,3	
Syddanmark	1,4	1,5	1,9	2,3	2,3	3,7	0,6	1,2	1,9	
Midtjylland	1,5	0,6	3,3	3,7	5,5	5,0	-0,1	-1,5	2,2	
Nordjylland	0,7	1,1	2,4	2,2	3,6	5,5	-0,2	-3,3	1,5	
Hele landet	1,4	1,7	2,7	2,7	3,1	4,9	-0,8	-1,7	1,7	

¹⁾ Den gennemsnitlige årlige udgiftsudvikling fra 2003 til 2011 er beregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2011.

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 2011 har produktionsværdien, med undtagelse af 2008, udviklet sig positivt. I perioden har den gennemsnitlige stigning i produktionsværdien på landsplan været 4,2 pct. årligt. I Region Syddanmark er produktionsværdien i gennemsnit steget med 4,5 pct. årligt i perioden, mens produktionsværdien i Regions Sjælland og Region Midtjylland er steget med 3,9 pct. om året, jf. tabel 2.4.

Tabel 2.4: Udviklingen i produktionsværdien i regionerne, årligt fra 2003-2011.

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

¹⁾ Den gennemsnitlige årlige udvikling i produktionsværdien fra 2003 til 2011 er beregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af udviklingen for hvert af årene 2003 til 2011.

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

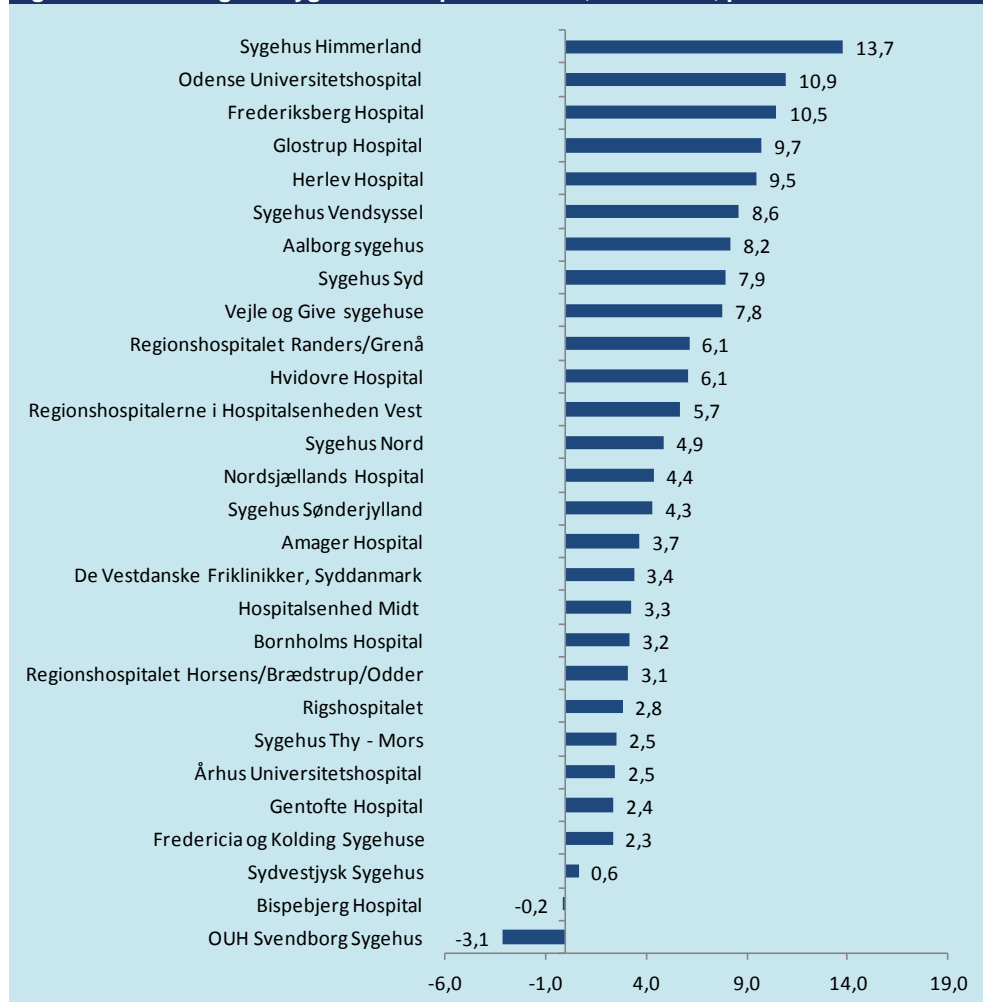
Der kan, både hvad angår produktivetsniveauet for 2011 og produktivetsudviklingen fra 2010 til 2011, konstateres betydelige forskelle mellem sygehusene, jf. tabel 2.5.

Tabel 2.5: Udviklingen i produktivitet 2010-2011, samt produktivetsniveauet 2011.

Sygehus	Udvikling, 2010-2011, pct.			Produktivetsniveau
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2011
Bornholms Hospital	3,9	0,7	3,2	75
Sygehus Thy - Mors	3,9	1,4	2,5	84
Amager Hospital	0,9	-2,6	3,7	91
Sygehus Himmerland	13,4	-0,3	13,7	92
Sygehus Syd	4,6	-3,1	7,9	94
Gentofte Hospital	-10,4	-12,4	2,4	94
Nordsjællands Hospital	-8,8	-12,6	4,4	95
Rigshospitalet	4,8	1,9	2,8	96
Aalborg sygehus	3,9	-4,0	8,2	96
Hospitalsenhed Midt	-6,1	-9,0	3,3	96
Århus Universitetshospital	4,4	1,9	2,5	97
Sygehus Sønderjylland	4,1	-0,2	4,3	97
Sygehus Vendsyssel	5,2	-3,1	8,6	98
OUH Svendborg Sygehus	-3,0	0,2	-3,1	98
Regionshospitalerne i Hospitalsenheden Vest	2,1	-3,4	5,7	99
Frederiksberg Hospital	4,4	-5,5	10,5	100
Sydvestjysk Sygehus	3,8	3,2	0,6	101
Bispebjerg Hospital	2,1	2,3	-0,2	102
Fredericia og Kolding Sygehuse	5,7	3,3	2,3	102
Hvidovre Hospital	4,4	-1,6	6,1	104
Odense Universitetshospital	11,9	0,9	10,9	105
Sygehus Nord	2,2	-2,6	4,9	106
Regionshospitalet Randers/Grenå	2,8	-3,1	6,1	106
Glostrup Hospital	5,5	-3,8	9,7	108
Regionshospitalet Horsens/Brædstrup/Odder	6,2	3,0	3,1	109
Herlev Hospital	9,6	0,1	9,5	110
Vejle og Give sygehuse	6,5	-1,2	7,8	118
De Vestdanske Friklinikker, Syddanmark	28,5	24,3	3,4	154

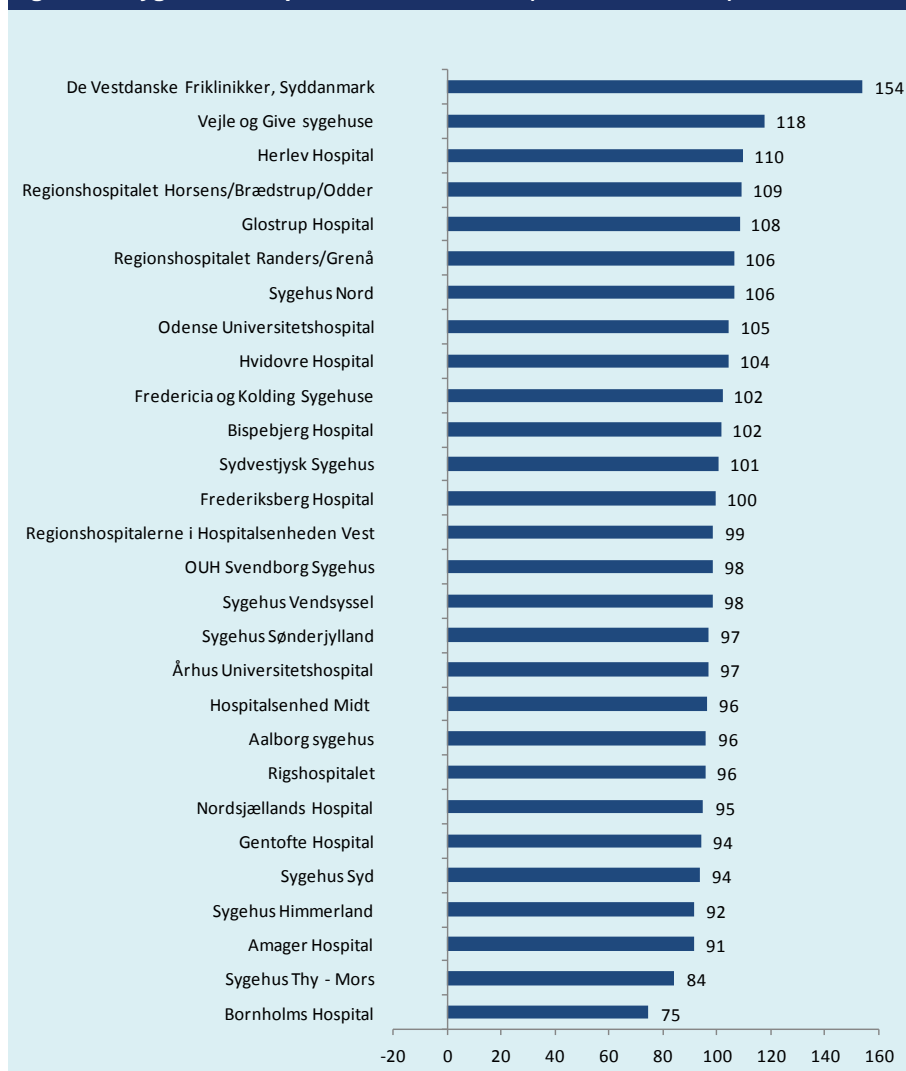
Udviklingen i produktiviteten har på tværs af sygehuse varieret fra en stigning på ca. 13,7 pct. til et fald på ca. 3,1 pct. På 26 ud af 28 sygehuse var der en positiv produktivitetsudvikling fra 2010 til 2011, jf. figur 2.5.

Figur 2.5: Udviklingen i sygehusenes produktivitet, 2010-2011, procent.



Hvad angår produktivetsniveauet, er der en variation på ca. 35 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. Dette skyldes tekniske forhold.

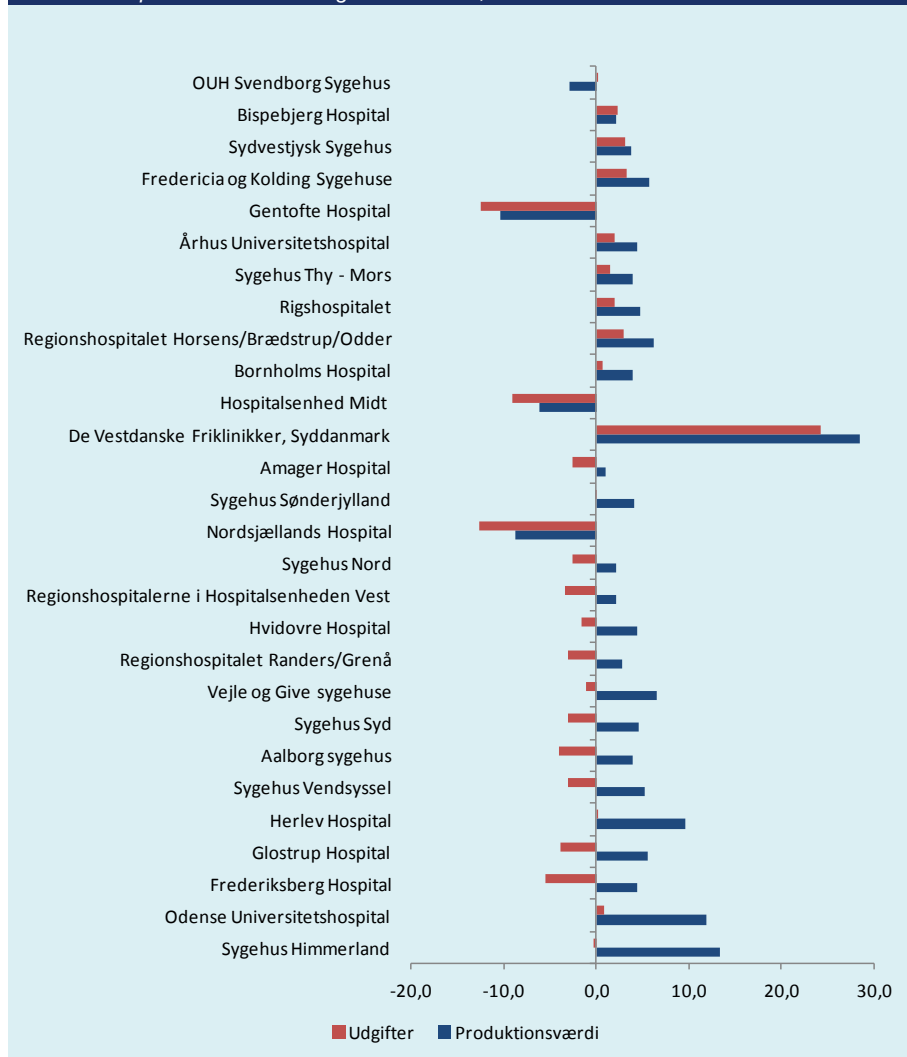
Figur 2.6: Sygehusenes produktivetsniveau (hele landet = 100), 2011.



En sammenligning af udviklingen i udgifter og produktionsværdi på tværs af sygehuse viser forskellige tendenser. Nogle af landets sygehuse har fra 2010 til 2011 haft et fald eller en stigning i både produktionsværdien og udgifterne, mens størstedelen har haft en stigning i produktionsværdien og et fald i udgifterne, jf. figur 2.7.

Figur 2.7: Udviklingen i produktionsværdi og udgifter (i pct.), 2010-2011.

Sorteret efter produktivitetsudviklingen 2010-2011, faldende.

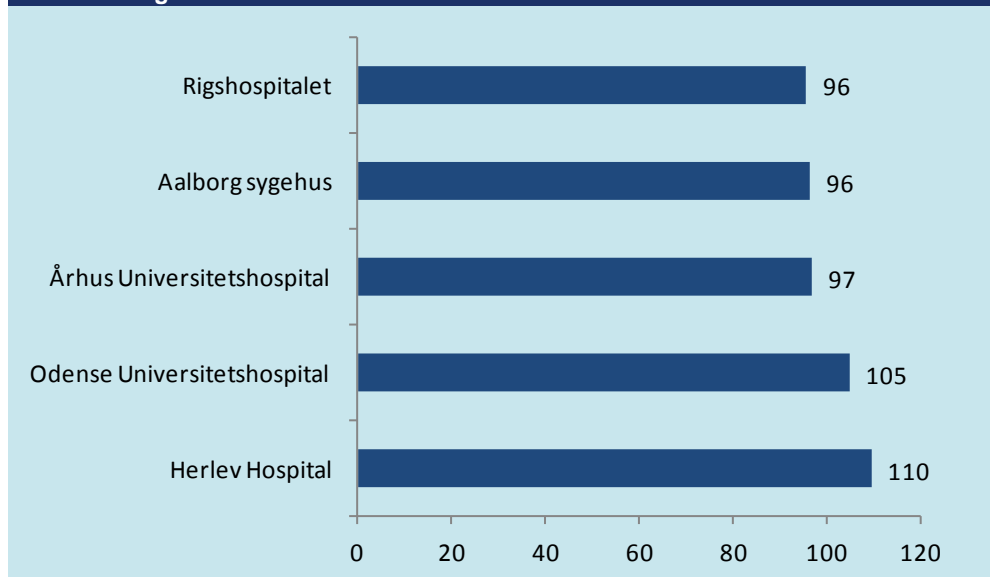


Når sygehusenes produktivitet skal sammenlignes, er det nærliggende at sammenligne de sygehuse, der ud fra objektive kriterier ligner hinanden mest. Det er på den baggrund, at sygehusene i figurerne 2.8 til 2.10 er opdelt efter størrelse.

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.

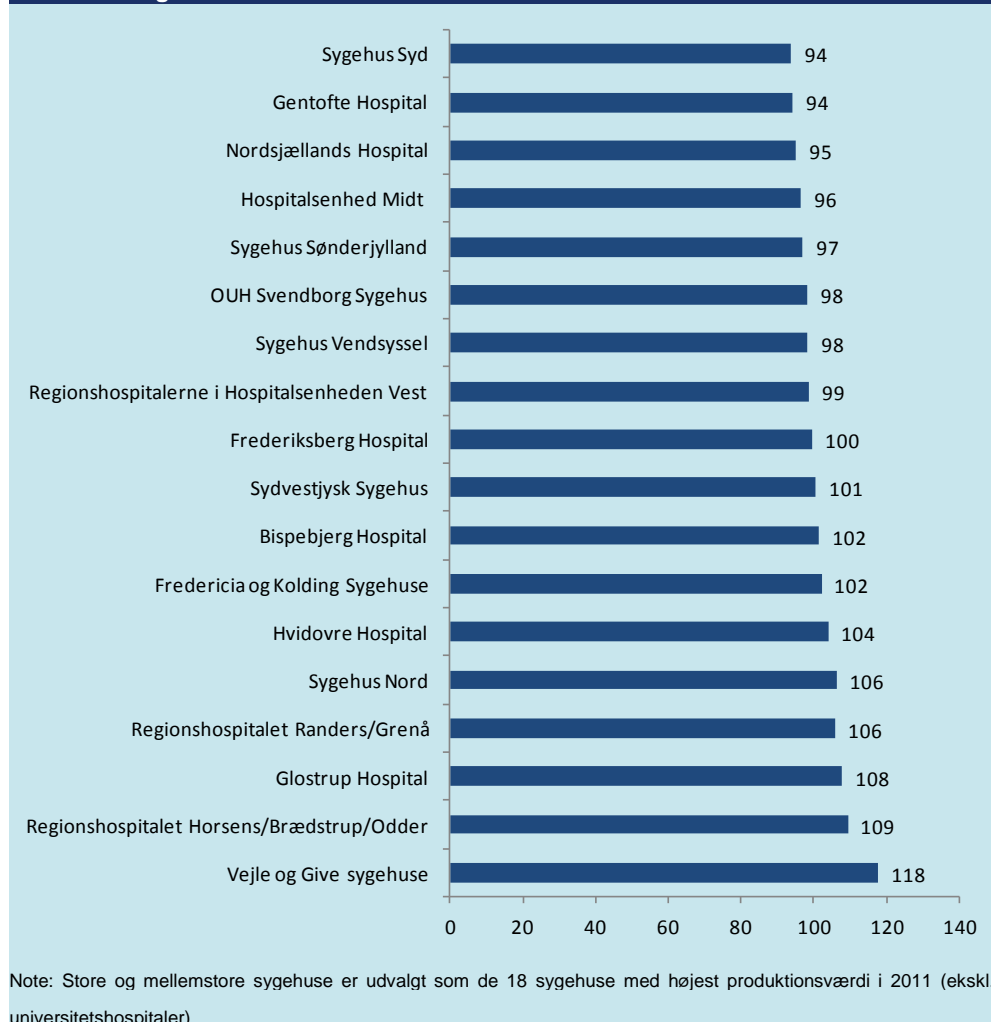
Af figur 2.8 fremgår produktivetsniveauet for landets større universitetshospitaler, da disse har en række fællestræk. De resterende sygehuse er inddelt på baggrund af størrelsen af sygehusenhedernes produktionsværdi i 2011.

**Figur 2.8: Produktivetsniveau for større universitetssygehuse, 2011.
Indeks landsgennemsnit =100.**



I figur 2.9 ses produktivetsniveauet for store og mellemstore sygehuse og sygehusenheder. Sygehusene er udvalgt som de 18 sygehuse med højest produktionsværdi i 2011.

**Figur 2.9: Produktivetsniveau for store og mellemstore sygehuse, 2011.
Indeks landsgennemsnit= 100.**

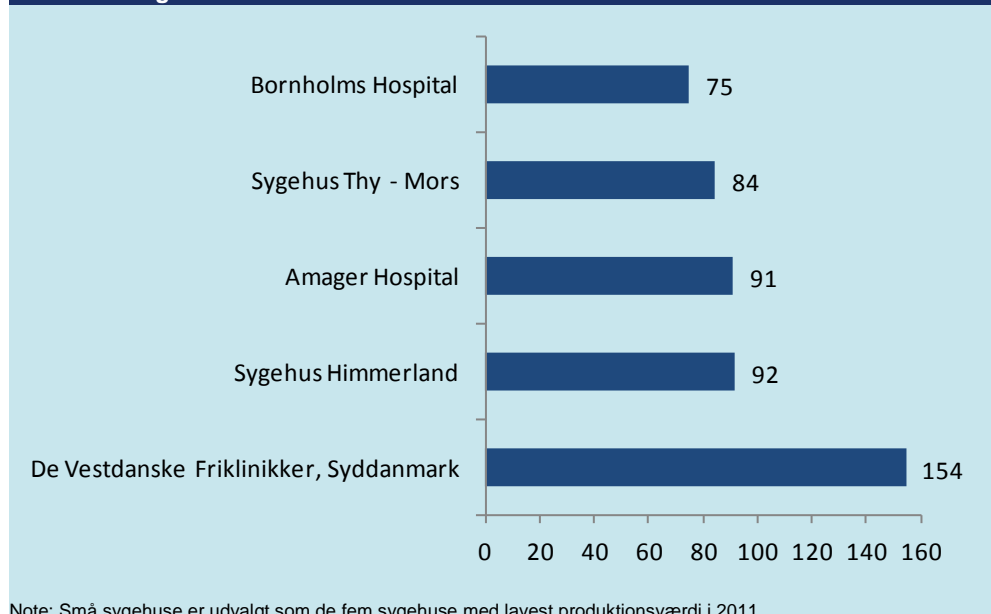


Note: Store og mellemstore sygehuse er udvalgt som de 18 sygehuse med højest produktionsværdi i 2011 (ekskl. universitetshospitaler).

I figur 2.10 ses produktivetsniveauet for mindre sygehuse. Sygehusene er udvalgt som de fem sygehuse med lavest produktionsværdi i 2011.

Figur 2.10: Produktivetsniveau for mindre sygehuse 2011.

Indeks landsgennemsnit = 100.



Note: Små sygehuse er udvalgt som de fem sygehuse med lavest produktionsværdi i 2011.

3. Metode og validering

3.1 Gennemgang af metoden anvendt til produktivetsmåling

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 behandlings kompleksitet og derfor ressourceforbrug, er velegnet til at sammenligne ydelserne på forskellige sygehuse.

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

Boks 3.1. Oversigt over beregningen af den korrigerede produktionsværdi

Stationær produktionsværdi inkl. genoptræning
+ Ambulant produktionsværdi inkl. genoptræning
= Ukorrigeret DRG- og DAGS-produktionsværdi
– Korrektion for udgifter til medicin på ambulante afdelinger
– Korrektion for forskelle i organisering
– Regionspecifikke 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 korrigerede tilrettede driftsudgifter. Udgifterne er beregnet på baggrund af regnskabsindberetninger fra sygehusene, og det er også disse udgifter, der ligger til grund for beregning og fastsættelse af DRG- og DAGS-taksterne.

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

Det er essentielt, at der forsøges at skabe sammenhæng mellem produktionsværdien og de korrigerede tilrettede driftsudgifter. Dette er væsentligt ud fra den betragtning, at det kun er rimeligt at sætte aktiviteten i forhold til de udgifter, der faktisk er medgået til at skabe denne aktivitet. Derfor har arbejdsgruppen fundet det nødvendigt at foretage enkelte korrektioner af sygehusenes totale driftsudgifter. I produktivitetsopgørelserne indgår derfor de korrigerede tilrettede driftsudgifter, jf. boks 3.2.

Boks 3.2. Oversigt over beregningen af de tilrettede driftsudgifter

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

Sygehusenes udgifter er forsøgt tilrettet, således at det sikres den størst mulige sammenlignelighed mellem sygehusene samt mellem årene 2010 og 2011. 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 og E (excel-fil) er der en grundig gennemgang og redegørelse for de gennemførte korrektioner i forbindelse med opgørelserne i denne delrapport.

På baggrund af det beregnede udtryk for produktiviteten opgøres såvel 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 2010 til 2011 benyttes DRG-takster for 2011 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 2011 altså også anvendes på aktiviteten for 2010, vil der ikke være fuldstændig overensstemmelse mellem produktivitsopgørelsen for 2010 i delrapport VII, hvor 2010-taksterne er anvendt, og den tilsvarende opgørelse for 2010 beregnet på baggrund af 2011-taksterne (som i denne delrapport VIII). For de sygehuse, hvor den korrigerede produktivitsværdi er mindsket, som følge af anvendelsen af taksterne for 2011, vil en genberegning af produktivitsniveauet for 2010 således være relativt mindre, end det fremgår af delrapport VII.

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' produktivitet 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 september 2012 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 økonomiaftalen for 2006 mellem amterne og regeringen aftalt at "gennemføre systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger på sundhedsområdet".

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

Arbejdsgruppen skal bl.a.:

- Udvikle forslag til ensartede, systematiske produktivetsmålinger og analyser på regions-, sygehus-, afdelings- eller andet niveau på sygehusområdet.
- Udvikle en generel, obligatorisk model for løbende offentliggørelse af produktivetsmålingerne for sundhedsvæsenet på Internettet.
- Opstille 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 2012

Kontorchef Rasmus Lønborg (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, formand)
Fuldmægtig Rasmus Fynbo Aagaard-Jensen (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse)
Fuldmægtig Lærke Mette Sørensen (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 (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 produktivitsniveauet i 2011 samt produktivitsudviklingen fra 2010 til 2011 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 produktivitsudviklingen og produktivitsniveauet på følgende måde.

Beregning af produktivitsudviklingen

Produktivitsudviklingen beregnes som den procentvise ændring i produktiviteten fra 2010 til 2011, i det produktiviteten i et givet år opgøres som forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi og de korrigerede tilrettede driftsudgifter. Konkret benyttes følgende formel:

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

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

Beregning af produktivitsniveauet

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

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

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 sygehusudskrivinger. 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 2010 og 2011 er baseret på årsopgørelserne, dvs. Landspatientregistret hhv. pr. 10. april 2011 og pr. 10. marts 2012.

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. concertakst.

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 (DG30N: 1.220 kr. i takstsystem 2011)

Hvis der grupperes til proceduregrupperne PG12J: "Brachyterapi", PG12H: "Biologisk modificerende stof" eller PG12S: "Botulinumtoksin-injektion" eller til diagnosegruppen DG30L: "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

Med takstsystem 2011 er der oprettet 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 besøgskategorier er:

BG50C Ambulant besøg, med anamnese- eller journaloptagelse	1.930
BG50B Ambulant besøg, patienten 0 – 6 år	1.686
BG50A Ambulant besøg, patienten mindst 7 år	1.185

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 sygehus 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.

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

Tabel 2. Oversigt over sygehuse med én ledelse (sygehusenheder) – 2010-2011

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

* Sygehusnumrene er fordelt på baggrund af afdelingsnumre

¹ I beregningen af korrektion for forskelle i organisering behandles OUH Odense og OUH Svendborg, som ét sygehus, da de har samme ledelse.

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

3. De korrigerede tilrettede driftsudgifter

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

Skemaerne 4-7 sikre, at kun omkostninger forbundet med den somatiske behandling medtages. 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 f.eks har mange udgifter til vedligeholdelse pga ældre bygninger end et nyere hospital har, eller da nogen køber materiel mens andre hospitaler leaser det.

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 mellem 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. 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.

Der har i regionerne pågået et arbejde med at tilrette opgørelsesmetoden med henblik på at sikre større sammenlignelighed på tværs af regioner og sygehuse. Arbejdet er endnu ikke afsluttet.

Dette fokus på opgørelsen af udgifterne til internt finansierede forskning har betydet, at de opgjorte udgifter hertil er steget væsentligt fra 2010-2011. Arbejdsgruppen har derfor besluttet, at 2011 opgørelsen af udgifterne til internt finansieret forskning benyttes både i år 2010 og 2011.

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 produktivitetsmålninger 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 VIII 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. Problemets omfang er ikke eksakt kendt, hvorfor det er nødvendigt at tage et forbehold for opgørelserne af de tilrettede driftsudgifter.

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

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

2. Produktionsværdien

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

Forskelle i patientsammensætningen på tværs af sygehuse og regioner kan påvirke produktivitetsmålningerne. 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.