

Opsummering af konsulentanalyse af regionernes udnyttelse af kapaciteten på det somatiske sygehusområde

1. Baggrund og samlet vurdering

Effektiv anvendelse af kapaciteten på sundhedsområdet er et af flere elementer for at imødekomme de kommende års udfordringer med begrænset råderum for den offentlige vækst sammenholdt med en forventet fortsat øget efterspørgsel på sundhedsområdet.

Det fremgår derfor af kommissoriet for Udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet, at udvalget skal vurdere potentialet for en bedre anvendelse af kapaciteten på sygehusene. Med henblik på dette har udvalget bedt McKinsey og PwC om at gennemføre en analyse af kapacitetsudnyttelsen på tværs af sygehuse og regioner samt vurdere forbedringspotentialet.

Analysen peger ud fra de konkrete behandlingsområder på et potentiale for forbedring på 10-22 pct., hvilket for de omfattede områder svarer til et potentiale på omkring 99-222 mio.kr. årligt. En række af de identificerede barrierer og problemer må alt andet lige vurderes at have generisk karakter i den forstand, at de også kan forudsættes gældende på andre, lignende behandlingsområder. Overføres analysen på andre udrednings- og behandlingsområder, er der potentiale for væsentlige forbedringer af kapacitetsanvendelsen. Der vil dog formentlig på konkrete områder kunne være forskelle og særlige forhold, der gør, at analysens resultater ikke kan overføres 1-til-1 i alle tilfælde.

Den samlede DRG-produktionsværdi for hele det somatiske sygehusvæsen udgør omkring 65 mia.kr., hvoraf den planlagte kirurgiske aktivitet udgør omkring 22 mia.kr.

Potentialet er dermed meget betydeligt. Analysen understreger derfor, at en forstærket regional indsats i forhold til en bedre kapacitetsudnyttelse er et helt centralt element i håndteringen af de kommende års udfordringer.

På baggrund af konsulentanalysen af regionernes udnyttelse af kapaciteten på det somatiske sygehusområde fremgår der af baggrundsrapporten om mellemregional afregning en række tiltag, der skal forbedre kapacitetsudnyttelsen, *jf. boks 1*.

Boks 1. Forslag til bedre kapacitetsudnyttelse

Regionerne arbejder videre med tiltagene beskrevet i *analyse af kapacitetsudnyttelsen på de somatiske sygehuse (McKinsey og PwC, januar 2013)*. Som led heri:

- Arbejder regionerne videre med de operationelle tiltag, herunder vedrørende mulighed for bedre planlægning og bedre understøttelse af infrastruktur.
- Arbejder regionerne for fortsat at forbedre og standardisere patientvisitation. Arbejdet kan omfatte sikring af valide og opdaterede data for ledig kapacitet/ventelister, og sikring af elektronisk kommunikation af standardiserede data.
- Vil regionerne og staten løbende følge med i effektiviteten af ressourceudnyttelsen. Ledelsesrapporteringen skal i videst muligt omfang baseres på eksisterende datakilder.

Nedenfor opsummeres resultaterne af analyserne. For en mere detaljeret gennemgang henvises til rapporten *Analyse af regionernes udnyttelse af kapaciteten på det somatiske sygehusområde*, McKinsey & PwC, 2012.

2. Kapacitetsudnyttelse

McKinsey og PWC har analyseret kapacitetsudnyttelsen på regions-, sygehus- og afdelingsniveau, herunder forholdet mellem personaleressourcer, apparaturer og fysiske forhold. Der tages udgangspunkt i en arbejdsuge på 37 timer.

Det bemærkes indledningsvist, at personaleressourcer er et kritisk punkt i forhold til kapacitetsudnyttelse, når der samtidig er fokus på at holde udgifterne nede. Det vil således ikke til enhver tid være økonomisk hensigtsmæssigt at udnytte et apparatur fuldt ud, hvis det indebærer, at der skal indkaldes mere personale end ellers planlagt.

For de analyserede afdelinger er kapacitetsudnyttelsen opgjort til i gennemsnit 70 pct., når der ses på tværs af hjerteområdet og det urologiske område. Omkring 10 pct. af den manglende kapacitetsudnyttelse kan henføres til planlagte barrierer, der vurderes hensigtsmæssig (f.eks. møder, undervisning, forskning og stuegang). Dog skal de planlagte barrierer naturligt søges nedbragt til et minimum, hvor f.eks. planlægning af akutaktivitet bør være et fokusområde. I analysen har fokus været på kapacitetsudnyttelse i forhold til de konkrete undersøgelser eller behandlinger, mens læger, sygeplejersker mv. på afdelingerne vil have bredere opgaver. Der er således ikke taget konkret stilling til, hvorvidt personalets tid i de perioder, hvor der ikke behandles patienter (for eksempel på grund af udeblivelser af patienter) anvendes til relevante opgaver, som under alle omstændigheder skal udføres.

På hjerteområdet er kapacitetsudnyttelsen på de analyserede afdelinger opgjort til 69 pct. for ekkokardiografi og 72 pct. for KAG i gennemsnit, *jf. tabel 1*. På det urologiske område er kapacitetsudnyttelsen opgjort til 79 pct. på nationalt niveau, *jf. tabel 2*. Estimatet for den gennemsnitlige kapacitetsudnyttelse er baseret på tre afdelinger og dækker over en betydelig variation mellem de analyserede afdelinger. Dette kan skyldes, at de analyserede afdelinger varetager forskellige opgaver, f.eks. i forhold til andelen af cancerpatienter og akutte patienter. Resultaterne skal tolkes med varsomhed, eftersom der ikke er gennemført analyser af de udvalgte afdelingers repræsentativitet i forhold til alle afdelinger i Danmark.

Tabel 1. Kapacitetsudnyttelse i pct., hjerteområdet		
	<i>Ekkokardiografi</i>	<i>Koronararteriografi (KAG)</i>
Nationalt*	72	69
Gentofte	63	72
Vejle	72	53
Aalborg	81	81

*Gennemsnit af de analyserede afdelinger.

Kilde: McKinsey & PWC 2012. *Analyse af udnyttelsen af regionernes kapacitet på det somatiske sygehusområde*

Tabel 2. Kapacitetsudnyttelse i pct., urologi	
	<i>Ambulatoriefunktion</i>
Nationalt*	79
Frederiksberg	91
Fredericia	73
Aalborg	74

*Gennemsnit af de analyserede afdelinger.

Kilde: McKinsey & PWC 2012. *Analyse af udnyttelsen af regionernes kapacitet på det somatiske sygehusområde*

Den ikke-planlagte uudnyttede kapacitet kan henføres til ikke værdiskabende aktiviteter (spildtid) såsom udeblivelse af patienter, nedbrud/vedligeholdelse af IT-udstyr, venten på portører og såkaldt "unødvendige" patienter. De "unødvendige" patienter er patienter, som muligvis kunne have været håndteret uden besøg på sygehuset.

Der er betydelige ventelisteforskelle (baseret på venteinfo.dk) på tværs af regionerne samt inden for nogle regioner for alle de undersøgte områder. Det kan ifølge analysen tyde på mulig tilgængelig kapacitet de steder, hvor ventetiden er kort, og således mulighed for fordeling af ventende patienter. Dermed kan ventetiden nedbringes samtidig med at det på visse områder kan sikres, at behandlingen foregår inden for ventetidsgarantierne (kapacitetsoptimering af offentlige behandlingstilbud). Det skal dog bemærkes, at det ikke altid er praktisk muligt eller ønskeligt for patienten at vælge andre tilbud i andre regioner.

Analysen har desuden vist, at de regionale visitationsenheder har en central rolle i forhold til patienter, der ønsker at benytte det frie sygehusvalg. Enhederne er drevet af et stort kendskab til (nogle af) sygehusafdelingerne, gennem tæt dialog og typisk afdelingernes egne indmeldinger om ledig kapacitet. Der er umiddelbart ikke den fulde indsigt, den fornødne transparens, og enhederne har ikke adgang til systematisk information om ledig kapacitet på tværs af de kliniske afdelinger. Det betyder, at visitationsenhederne udvikler egne processer og lignende, der reelt kunne erstattes af venteinfo.dk, hvis frekvens og datavaliditet optimeres.

3. Potentiale for og forslag til bedre kapacitetsudnyttelse

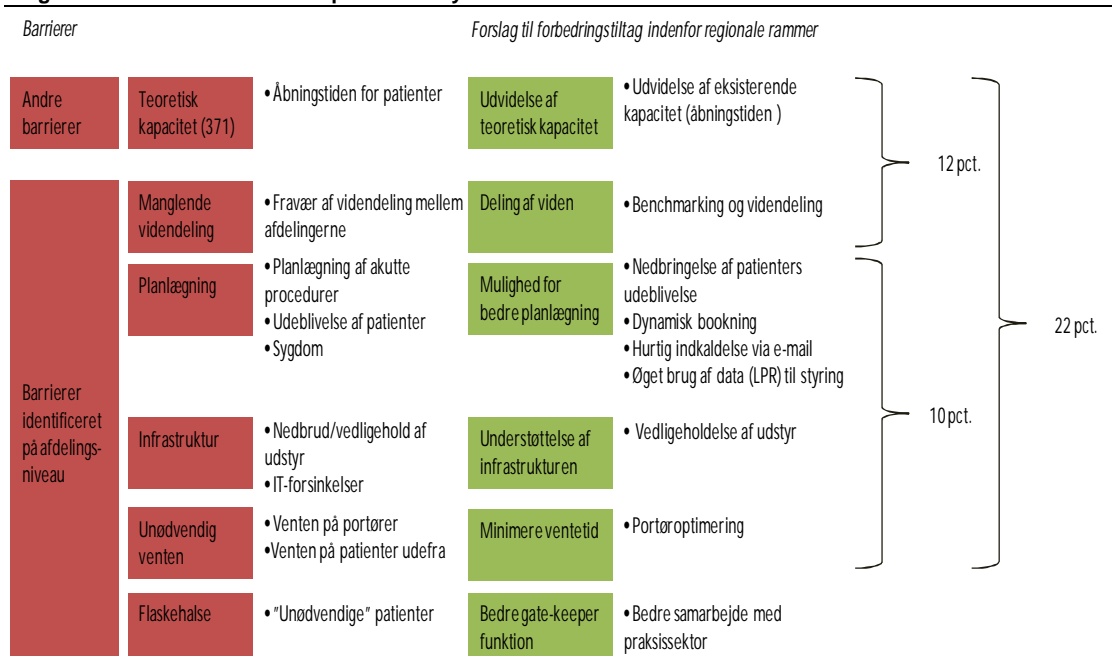
McKinsey og PWC estimerer, at den samlede kapacitetsudnyttelse kan forbedres med 10-22 procent ved en række konkrete tiltag inden for de regionale rammer, *jf. figur 1*. McKinsey og PWC sonder mellem de såkaldte "operationelle tiltag" og "øvrige tiltag".

Den samlede effekt af de *operationelle tiltag* estimeres til en effekt i størrelsesordenen 10 procent bedre kapacitetsudnyttelse. De operationelle tiltag omfatter *mulighed for bedre planlægning, bedre understøttelse af infrastruktur og minimering af ventetid via portøroptimering*.

I forhold til *øvrige tiltag* estimeres det, at en *udvidelse af den eksisterende kapacitet* med 4 timer ugentligt samt en *bedre videndeling og styrket benchmarking*, vil have en samlet effekt i størrelsesordenen 12 procent bedre kapacitetsudnyttelse. Der er ikke taget højde for udgifter til realisering af potentialet, herunder til aflønning af personale.

Det skal bemærkes, at estimatet ikke tager højde for implementeringsomkostninger. McKinsey og PWC vurderer, at disse i de fleste tilfælde vil være marginale.

Figur 1. Potentiale for bedre kapacitetsudnyttelse



Kilde: McKinsey & PWC 2012. *Analyse af udnyttelsen af regionernes kapacitet på det somatiske sygehusområde*

Effekten af en højere kapacitetsudnyttelse er illustreret gennem forskellige forsimplede regneeksempler. Ved fuld realisering af effekterne af tiltagene svarer en forbedret kapacitetsudnyttelse på 22 pct. beregningsteknisk for de fire undersøgte områder til en forøget produktionsværdi på i alt 222 mio. kr. om året, *jf. tabel 3*. En forbedret kapacitetsudnyttelse på 10 pct. svarer beregningsteknisk til, at produktionsværdien

på de undersøgte områder kan øges med 98,5 mio. kr. Der er ikke taget højde for eventuelle implementeringskostter hertil. Resultaterne skal tolkes med varsomhed, eftersom der ikke er gennemført analyser af de udvalgte afdelingers repræsentativitet i forhold til alle afdelinger i Danmark.

Tabel 3. Effekt af 10-22 pct. bedre kapacitetsudnyttelse

<i>Område</i>	<i>Procedure</i>	<i>Øget produktionsværdi</i>	<i>Ekstra undersøgelser om året</i>	<i>Ventelister</i>
Hjerteområdet	Ekkokardiografi	27-60 mio. kr.	18.000-40.000	Reduceres til 4 uger på 1-2 år, elimineres på 1½ -3 år.
	Koronararteriografi (KAG)	29-63 mio. kr.	2.900-6.300	Fjernes inden for 33 uger-1½ år.
Det urologiske område	Ambulatoriefunktion	43-99 mio. kr.	28.000-62.000	Ventelister til forundersøgelse reduceres til 4 uger på godt 2½ -5 år.
I alt		99-222 mio. kr.	48.900-108.300	-

Kilde: McKinsey & PWC 2012. *Analyse af udnyttelsen af regionernes kapacitet på det somatiske sygehusområde*

I tillæg til ovennævnte forslag vurderer McKinsey og PWC, at den samlede tværregionale (nationale) kapacitetsudnyttelse kan forbedres gennem en større helhedsbetragtning.

Analysen har vist, at stor decentralisering til de kliniske afdelinger af ressourcestyringen kan påvirke transparensen negativt. Det foreslås derfor at forbedre grundlaget for kapacitetsudnyttelse gennem dels *en større central involvering i ressourcestyringen på sygehus- og regionsniveau*. Samtidig kan rammevilkårene for sygehuse og afdelinger forbedres gennem et dedikeret fokus på kapacitetsudnyttelse. For at understøtte dette, foreslås det at udvikle *indikatorer for en effektiv kapacitets- og ressourceudnyttelse*.

Endvidere foreslås det at forbedre incitamenterne til kapacitetsudnyttelse. Dette kan f.eks. ske gennem *konkurrence om henviste patienter*, hvor alle patienter henvises til en fælles pulje, hvorfra sygehuse kan "trække" patienterne. Herved synliggøres, hvilke sygehuse, der har et positivt nettobidrag til henvisningslisten. En sådan løsning er indført i Region Midtjylland Incitamenterne til kapacitetsudnyttelse kan ligeledes styrkes gennem reducerede *mellemregionale afregningstakster*.

Effekterne af disse tiltag er ikke søgt kvantificeret.