

LØBENDE OFFENTLIGGØRELSE AF PRODUKTIVITET I SYGGEHUSSEKTOREN

- ANDEN DELRAPPORT



Danske Regioner
H:S
Finansministeriet
Sundhedsstyrelsen
Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren.

Anden delrapport.

Danske Regioner
H:S
Finansministeriet
Sundhedsstyrelsen
Indenrigs- og Sundhedsministeriet

December 2006

**Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, Anden del-
rapport. December 2006**

Publikationen kan bestilles hos:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sundhedsdokumentation

1216 København K.

Telefon: 72 26 96 90

Telefax: 72 26 96 93

E-post: sdok@im.dk

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

Tryk: Schultz

Oplag: 750 stk.

Pris: Publikationen er gratis

ISBN-nr (publikationen): 87-7601-197-6

ISBN-nr (elektronisk publikation): 87-7601-198-4

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
1. Indledning og sammenfatning	4
1.1 Dokumentation af sygehusvæsenets produktivitet.....	4
1.2 Resultater.....	5
1.3 Det videre arbejde.....	10
2. Beregning af produktivitet	11
2.1 Gode muligheder for at måle produktivitet i sygehusvæsenet.....	11
2.2 Produktivitetmåling for samtlige sygehuse.....	13
2.3 Datakvalitet.....	13
2.4 Produktivitet og behandlingskvalitet.....	15
3. Resultater på lands-, regions- og amtsniveau	16
3.1 Produktivitet på landsplan.....	16
3.2 Produktivitet på regionsplan.....	17
3.3 Nøgletal på regionsniveau.....	18
3.4 Produktivitet på amtsplan.....	24
3.5 Nøgletal på amtsniveau.....	26
4. Resultater på sygehusniveau	32
4.1 Produktivitet på sygehusplan.....	32
4.2 Nøgletal på sygehusniveau.....	41
5. Fortsat arbejde	49
BILAG	50

1. Indledning og sammenfatning

1.1 Dokumentation af sygehusvæsenets produktivitet

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling. Nye behandlinger giver patienterne en livskvalitet, som tidligere var uopnåelig. Behandlinger, som tidligere krævede indlæggelse i ugevis, klares i dag uden en eneste sygehusovernatning. Borgernes krav vokser også. Vi vil have høj kvalitet, kort ventetid og et godt forløb.

Sundhedsudgifterne er vokset markant i de senere år – bl.a. for at tilbyde nye behandlinger og få ventetiderne ned. Men ressourcerne er ikke uendelige. Derfor gælder det om at sørge for, at vi får mest mulig sundhed for pengene. Og det kræver – som en første forudsætning – at vi har styr på, hvad vi får for pengene i dag.

Produktivitetsanalyser er et centralt redskab til at sikre den bedst mulige ressourceanvendelse, fordi de skaber synlighed om, hvordan ressourcerne faktisk anvendes. Ved at offentliggøre målinger af produktiviteten kan vi sammenligne, hvor mange sundhedsydelse vi får for hver krone, vi bruger på de enkelte sygehuse. Og det bliver synligt, hvem der får mest aktivitet for pengene, og dermed hvem som andre kan lære af.

Produktivitetsanalyser giver ingen løsninger på sundhedsvæsenets indretning. Omkostningerne ved den enkelte behandling siger f.eks. ikke i sig selv noget om kvaliteten. I princippet kan det være, at det dyreste sygehus ud fra en samlet vurdering gør det bedst. Men produktivitetsanalyser er et vigtigt redskab til at stille de relevante spørgsmål. Er der en god forklaring på, at ét sygehus udfører dyrere behandlinger end et andet sygehus?

Med økonomaftalen mellem amterne og regeringen blev det i 2005 aftalt at "gennemføre systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger på sundhedsområdet". På den baggrund blev der nedsat en arbejdsgruppe bestående af Danske Regioner, H:S, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand).

I december 2005 offentliggjorde arbejdsgruppen første delrapport "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, delrapport I" med målinger af produktiviteten på lands-, regions- og amtsniveau for 2003-2004.

Her viste målingerne, at produktiviteten for sygehusvæsenet på landsplan var steget med 2,4 pct. fra 2003 til 2004. Endvidere blev der konstateret forskelle i produktivitet. I forhold til gennemsnittet i hele landet varierede produktiviteten således med op til 7 pct. for regionerne og op til 14 pct. for amterne (ekskl. Bornholm).

Der er blevet udvist betydelig interesse for disse målinger både af beslutningstagere, administratorer og borgere. Disse målinger er blevet anvendt aktivt til at evaluere egne præstationer og lære af andre.

For yderligere at øge gennemsigtigheden og brugbarheden af målingerne er det i økonomiaftalen for 2007 mellem regeringen og Danske Regioner aftalt, at "Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der fortsat offentliggøres sammenlignelige målinger af produktiviteten på bl.a. sygehusniveau samt for udvalgte afdelinger".

Ved at opgøre produktiviteten på sygehusniveau øges muligheden for at anvende målingerne i praksis. Der er således resultater for 43 sygehuse i denne rapport, hvor politikere, administratorer og sundhedsfagligt personale får mulighed for at sammenligne, hvordan deres sygehus klarer sig i forhold til andre tilsvarende sygehuse. Derudover kan produktiviteten over tid for det enkelte sygehus følges og dermed belyse effekten af forskellige tiltag.

1.2 Resultater

Denne rapport indeholder arbejdsgruppens resultater for 2006. Her har arbejdsgruppen udarbejdet målinger af produktiviteten for 2005 på lands-, regions- og amtsniveau og som noget nyt også på sygehusniveau. Endvidere er produktivitetsudviklingen for 2004 til 2005 opgjort.

Målingerne i denne rapport er udarbejdet efter samme metode, som arbejdsgruppen anvendte ved beregningen af målingerne sidste år. Produktiviteten opgøres således ved den såkaldte omkostningsbrøkmethode, hvor produktiviteten måles som forholdet mellem værdien af sygehusbehandlingerne og ressourceforbruget ved at foretage behandlingerne.

Værdien af sygehusvæsenets aktivitet måles ved det såkaldte DRG- og DAGS-system, som opgør værdien af behandlingerne i kroner, hvor der tages hensyn til, hvor ressourcekrævende behandlingerne er. Ressourceforbruget ved behandlingerne opgøres ved de såkaldte tilrettede driftsudgifter, som omfatter de udgifter, der anvendes ved behandling af patienter.

Det er planen at fortsætte med at opgøre produktiviteten på lands-, regions-, amts- og sygehusniveau efter denne omkostningsbrøkmethode. Herved sikres kontinuitet i målingerne.

I forbindelse med udarbejdelsen af rapporten har arbejdsgruppen gennemført en række nye tiltag for at øge kvaliteten af de bagvedliggende data. Det er dog arbejdsgruppens vurdering, at der fortsat er behov for, at der gennemføres yderligere ensrettende tiltag i forbindelse med opgørelserne for de kommende år.

Den valgte målemetode bevirker, at målingerne på sygehusniveau er behæftet med større usikkerhed, end målingerne på regions- og amtsniveau.

Resultater på lands-, regions- og amtsniveau

Analysen i denne rapport viser, at produktiviteten på landsplan steget med 1,8 pct. fra 2004 til 2005, *jf. tabel 1.1.*

Tabel 1.1. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for hele landet og amter, 2004-2005.				
Sygehus	Udvikling 2004-2005, pct.			Produktivitetsniveau, hele landet= 100
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	
H:S	4,6	1,0	3,5	97
København	4,5	2,5	1,9	100
Frederiksborg	2,3	4,7	-2,3	98
Roskilde	3,6	2,3	1,3	108
Vestsjælland	3,4	6,2	-2,6	92
Storstrøm	0,5	-0,2	0,7	96
Bornholm	1,2	6,3	-4,7	80
Fyn	4,8	0,7	4,1	100
Sønderjylland	6,3	4,7	1,6	90
Ribe	3,0	0,1	2,9	111
Vejle	2,4	2,0	0,4	115
Ringkøbing	1,4	-1,6	3,0	103
Århus	2,6	0,4	2,2	107
Viborg	2,4	2,5	-0,1	97
Nordjylland	3,5	1,5	2,0	93
Hele landet	3,5	1,7	1,8	100

Der kan konstateres en variation i produktivetsudviklingen. I Fyns Amt er produktiviteten øget med 4,1 pct. fra 2004 til 2005, mens produktiviteten i Vestsjællands Amt er reduceret med 2,6 pct., *jf. tabel 1.1.*

Der er også forskelle i amternes produktivetsniveau i 2005. En produktivitet over 100 indikerer en produktivitet højere end landsgennemsnittet og omvendt for en produktivitet under 100. Produktiviteten i Vejle Amt er 15 pct. højere end landsgennemsnittet, *jf. tabel 1.1.*

I lyset af den kommende regionsdannelse er produktiviteten også opgjort for de kommende regioner. I Region Syddanmark er produktiviteten øget med 2,4 pct. fra 2004 til 2005, mens produktiviteten i Region Sjælland er reduceret med 0,3 pct., *jf. tabel 1.2.*

Tabel 1.2. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for hele landet og de kommende regioner, 2004-2005.

Sygehus	Udvikling 2004-2005, pct.			Produktivetsniveau, hele landet= 100
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	
Hovedstaden	4,1	2,1	1,9	97
Sjælland	2,5	2,8	-0,3	99
Syddanmark	4,0	1,5	2,4	102
Midtjylland	2,8	0,6	2,1	106
Nordjylland	3,1	1,1	1,9	94
Hele landet	3,5	1,7	1,8	100

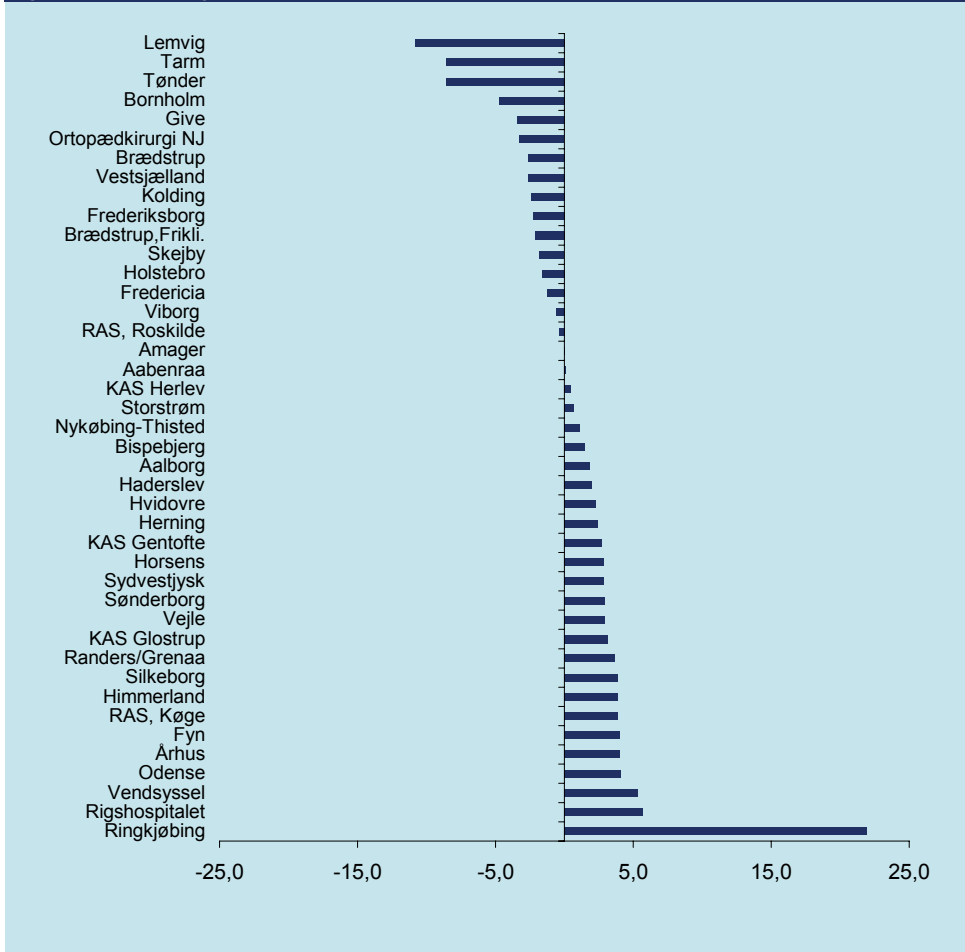
Der er også forskelle i regionernes produktivetsniveau i 2005. Det ses f.eks., at produktiviteten i Region Midtjylland er 6 pct. højere end landsgennemsnittet, *jf. tabel 1.2.*

Resultater på sygehusniveau

Det er første gang, at de centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne i fællesskab har udviklet en opgørelse af produktiviteten på sygehusniveau.

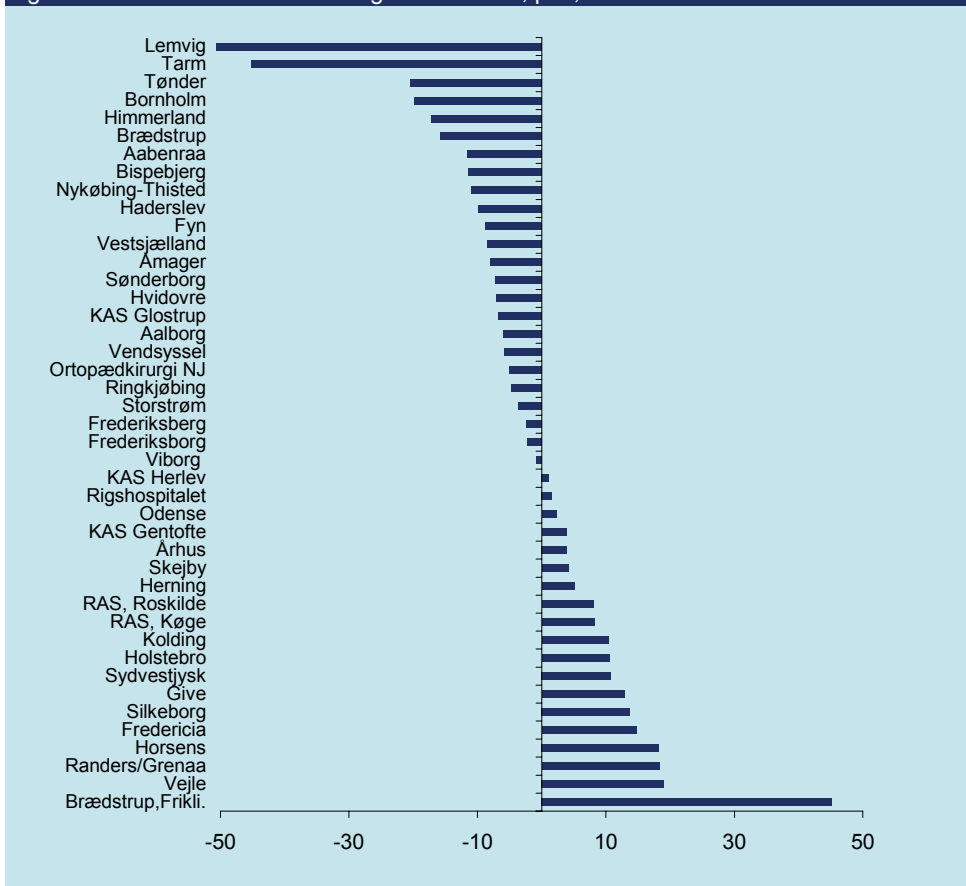
For de 43 sygehuse kan der konstateres betydelige forskelle i sygehusenes produktivetsudvikling. Rigshospitalet har øget produktiviteten med over 5 pct. fra 2004 til 2005, mens produktiviteten faldt med omkring 8-10 pct. for Tarm, Lemvig og Tønder sygehuse, *jf. figur 1.1.* Ringkjøbing Sygehus er et særtilfælde, hvor særlige omstruktureringer m.m. har betydet en målt produktivetsstigning på over 20 pct. fra 2004 til 2005 (*jf. kapitel 4.1.*)

Figur 1.1. Udviklingen i produktivitet, 2004-2005, pct.



Der er også forskelle i sygehusenes produktivetsniveau. F.eks. varierer produktiviteten med op til 51 pct. i forhold til den gennemsnitlige produktivitet i hele landet. Omkring ¾ af sygehusene har en produktivitet, der varierer med op til +/- 15 pct. i forhold til gennemsnittet, jf. figur 1.2.

Figur 1.2. Produktivitet i forhold til gennemsnittet, pct., 2005.



Sygehusene er forskellige både mht. størrelse, specialisering og typer af behandlinger, som de foretager mv. Ikke alle sygehuse kan derfor umiddelbart sammenlignes. Et særligt eksempel herpå er Friklinikken i Brædstrup, som ikke umiddelbart kan sammenlignes med de øvrige sygehuse. Friklinikken i Brædstrup er den mindste enhed i målingerne, og udfører alene planlagte ambulante behandlinger, hvor patienterne kan sendes hjem samme dag.

For at nuancere målingerne er sygehusene i rapporten bl.a. opdelt i grupper af universitetssygehuse og efter sygehusstørrelse (jf. figur 4.3). Her fremgår det blandt andet, at der indenfor grupper af mere sammenlignelige sygehuse er variation i produktiviteten.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at produktivetsmålingerne ikke bør stå alene. På den baggrund er det valgt at supplere målingerne med en række nøgletal, som giver oplysninger om behandlingsforhold m.m. på regions-, amts- og sygehusniveau.

Nøgletallene viser bl.a., at der er forskelle i patienternes gennemsnitlige liggetider, omlægning fra stationære til ambulante behandlinger mv.

Arbejdsgruppen har arbejdet betydeligt for at skabe sammenlignelighed på tværs af regioner, amter og sygehuse. Det vil sige, at værdien af sygehusbehandlingerne og de tilhørende omkostninger opgøres på samme måde. I forbindelse hermed har værdien af sygehusbehandlingerne og de tilhørende omkostninger været fremsendt til validering hos sygehusejerne, som har haft mulighed for at evaluere og revidere data. Alle sygehusejerne har kommenteret på målingerne.

På trods af valideringsprocessen kan det fortsat forekomme, at de viste forskelle i produktivitet skyldes forhold i data, som uhensigtsmæssigt påvirker opgørelsen af produktiviteten, og som ikke skyldes forskelle i sygehusenes produktivitet. Dette kan både omfatte forskelle i den lokale registrering af udgifter eller forhold ved DRG-systemet mv.

Fortolkningen af målingerne skal derfor suppleres med overvejelser om disse forskelle, som uhensigtsmæssigt kan påvirke målingerne.

1.3 Det videre arbejde

Arbejdsgruppen vil fortsat arbejde for at ensrette registreringerne af sygehusenes aktivitet og udgifter, og forventer at offentliggørelsen af målingerne vil øge fokus på korrekt registrering. Kvaliteten af målingerne forventes derfor løbende at blive forbedret.

I 2006 har arbejdsgruppen yderligere arbejdet på at udvikle indikatorer for produktivitet for udvalgte afdelinger. Resultatet af dette arbejde indgår i en delrapport III fra arbejdsgruppen, som forventes offentliggjort i foråret 2007.

Derudover vil arbejdsgruppen udvikle præsentationen af målingerne, som offentliggøres bl.a. på sundhed.dk. Her skal målingerne være lettilgængelige, og det skal være let at sammenligne produktivitet på tværs af sygehuse, afdelinger mv.

2. Beregning af produktivitet

2.1 Gode muligheder for at måle produktivitet i sygehusvæsenet

Mulighederne for at måle produktiviteten i den offentlige sektor vanskeliggøres traditionelt af, at det kan være vanskeligt at måle værdien af produktionen. Det skyldes, at den offentlige produktion oftest ikke afsættes på et marked, og som følge heraf eksisterer der ikke retvisende priser og dermed ikke nogen opgørelse af værdien af de producerede serviceydelser.

I den offentlige sektor opgøres produktiviteten derfor ofte ved forskellige typer af mængdeindikatorer. Der måles således på f.eks. udgiften pr. elev i skolen eller udgifter pr. arbejdstime og lign.

I sygehussektoren er mulighederne for at opgøre værdien af produktionen gode. Det skyldes, at der er opbygget et system i sygehussektoren, som gør det muligt at opgøre værdien af produktionen. Her kan produktionen måles vha. det såkaldte DRG-system, som indeholder oplysninger om gennemsnitspriser på omkring 700 forskellige typer behandlinger.

Fordelen ved DRG-systemet er, at det tager højde for forskelle i ressourcetrækket ved forskellige typer af behandlinger. Målet er derfor egnet til at sammenligne produktion og produktivitet mellem sygehuse, som udfører forskellige typer behandlinger.

Boks 2.1. DRG-systemet¹

DRG-produktionsværdien er opgjørt på baggrund af det såkaldte DRG- (Diagnose Relaterede Grupperingsystem) og DAGS-systemet (Dansk Ambulant Grupperingsystem). Disse systemer klassificerer behandlingerne i forskellige grupper efter bl.a. behandlingstyper og ressourcetræk.

I DRG-systemet er der fastsat takster for somatiske indlagte behandlinger, og i DAGS-systemet er fastsat takster for somatiske ambulante behandlinger. I 2005 var systemet opdelt i 589 DRG-takster for behandlinger foretaget under indlæggelse og 87 DAGS-takster for behandlinger foretaget ambulant. Derudover er systemet opdelt i de såkaldte gråzonegrupper, som omfatter behandlinger, der både kan udføres i ambulant og stationært regi.

DRG-systemet gør det muligt at opgøre værdien af de behandlinger, som sygehusene gennemfører. Dette skyldes, at den enkelte patients behandling tildeles en værdi, som udtrykker det gennemsnitlige ressourcetræk ved at udføre behandlingen.

Derudover er mulighederne for at opgøre udgifterne på sygehusene også gode. Det skyldes, at sygehusejerne i forbindelse med beregningen af DRG-taksterne indberetter deres udgifter ved sygehusbehandling. Udgifterne anvendes således både ved beregningen af taksterne og siden 2005 også ved arbejdsgruppens årlige målinger af produktivitet i sygehusvæsenet.

Boks 2.2. De tilrettede driftsudgifter²

Udgifterne måler de direkte patientrelaterede driftsudgifter på sygehusene, der afspejler udgiften ved selve sygehusbehandling, når kapitalapparatet er betalt.

De tilrettede driftsudgifter er dannet på baggrund af amtskommunale sygehusregnskaber og opgøres for somatiske sygehuse korrigeret for uens regnskabspraksis mellem amterne samt for korrektion for udvalgte udgiftsposter

¹I daglig tale omtales DRG- og DAGS-systemet som DRG-systemet, hvilket også anvendes i denne rapport til at dække begge systemer. Tilsvarende er gældende for DRG-, DAGS-, og gråzonetakster, som alle omtales DRG-takster.

²Definitionen af de tilrettede driftsudgifter adskiller sig i rapporten fra Sundhedsstyrelsens definition, jf. evt. bilag 2.

Ved opgørelsen af produktivitet sammenholdes værdien af sygehusydelse opgjort ved DRG-systemet i forhold til ressourceindsatsen. Der findes en række forskellige metoder, som kan anvendes til at opgøre dette forhold.

2.2 Produktivetsmåling for samtlige sygehuse

Arbejdsgruppen anvender den såkaldte brøkmethode til at opgøre produktivitet. Metoden måler forholdet mellem DRG-produktionsværdi (output) og de tilrettede driftsudgifter (input) for sygehusbehandlingerne.

Metoden vurderes fortsat at være den mest hensigtsmæssige metode at anvende, idet metoden bygger på en enkel opgørelsesmetode og er let at fortolke. Derudover forbedres muligheden for at følge udviklingen i produktiviteten, når der anvendes en konsistent opgørelsesmetode. Brøkmethode anvendes til at opgøre produktiviteten i sygehusvæsenet på lands-, regions- og amtsniveau.

Med denne rapport offentliggøres for første gang en produktivetsmåling på sygehusniveau, som de centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne har udarbejdet i fællesskab.

Udfordringen ved måling af produktiviteten på sygehusniveau har været så vidt muligt at sikre, at opgørelsen af henholdsvis sygehusbehandlingerne og de medgåede driftsudgifter for hvert enkelt sygehus er den samme. Der har således været gennemført et stort arbejde i fællesskab mellem de centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne for at opnå så god en datakvalitet som muligt.

2.3 Datakvalitet

En forudsætning for gode målinger af produktiviteten i sygehussektoren er, at registrering af data så vidt muligt foretages på samme måde alle steder.

Der foretages derfor en række korrektioner i data, som opgøres forskelligt mellem sygehuse. I år er yderligere foretaget en ekstra indsats for, at sygehusenes registreringer kan sammenlignes³.

I forbindelse med udviklingen af produktivetsmålinger blev der i foråret 2006 nedsat en arbejdsgruppe, som har kortlagt problemstillingerne vedr. opgørelse af de tilrettede driftsudgifter. På denne baggrund har sygehusejerne fået mulighed for at ensrette opgørelsen af udvalgte udgiftsområder. Tilbagemeldinger vedrørende denne ensretning indgår i de nye målinger af produktiviteten.

³ Yderligere oplysninger om korrektioner i baggrundsdata fremgår af bilag 2.

Boks 2.3. Ensretning af udgifterne

En arbejdsgruppe bestående af Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, sygehusejerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand) har foretaget en kortlægning af, hvorledes amterne opgør de tilrettede driftsudgifter. På den baggrund har ministeriet ved brev af 8. maj 2006 anmodet amterne om at validere indberetningen af de tilrettede driftsudgifter inden for udvalgte områder ud fra bedre og mere klare retningslinier. De udvalgte områder omfatter fordelingen af udgifter til psykiatri, afgrænsning mellem ombygning og renovering, udgifter ved operationel leasing samt håndtering af udgifter ved organisationsændringer. Alle amterne har meldt tilbage til ministeriet.

I efteråret 2006 vil arbejdsgruppen bl.a. komme med forslag til uddybning af de fremtidige retningslinier ved indberetning i Indenrigs- og Sundhedsministeriets budget- og regnskabsystem og de tilrettede driftsudgifter, således at kvaliteten og sammenligneligheden mellem de fremtidige udgifter øges.

Ligeledes foretages korrektioner i DRG-produktionsværdien, således at produktionsværdien kan sammenlignes mellem sygehuse. Korrektionerne har bl.a. til formål at sikre, at der er overensstemmelse mellem de elementer, der indgår på henholdsvis produktions- og udgiftssiden.

For at kunne sammenligne værdien af produktionen mellem sygehuse er der som noget nyt f.eks. korrigeret for, at amternes organisering af sygehusvæsenet kan påvirke opgørelsen af produktionen.

Jo mere detaljeret målingen foretages, dvs. fra regionsniveau til amtsniveau og herfra til sygehusniveau, jo større krav vil der være til kvaliteten af data. Det skyldes, at opgøres produktiviteten på et overordnet niveau som f.eks. amtsniveau, sikrer det større aktivitetsgrundlag, at evt. over-/undervurderinger af aktivitet og udgifter i høj grad udlignes. Målingerne på sygehusniveau er således behæftet med større usikkerhed end målingerne på amts- og regionsniveau.

Ud over den ovenfor nævnte ensretning af udvalgte udgiftsområder har arbejdsgruppen gennemført en validering af datagrundlaget for produktivetsmålingerne. Valideringen er foretaget i samarbejde mellem Danske Regioner, sygehusejerne, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I maj og juni 2006 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet modtaget svar fra samtlige amter om validering af medicinudgifter til ambulante afdelinger, som er udgifter, der fratrækkes beregningen af produktivitet.

I juni og august 2006 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet modtaget svar fra samtlige amter om validering af de baggrundsdata, som indgår i målingen af produktivitet.

På baggrund af denne valideringsproces er der foretaget diverse korrektioner i datamaterialet.

Der er derudover løbende foretaget et arbejde med at forbedre kvaliteten af det bagvedliggende datamateriale. Både gennem specifikke tiltag specielt møntet på målingen af produktivitet samt gennem andre tiltag, der kan have afsmittende virkning på kvaliteten af målingerne. F.eks. skærpes kravene til validering og præcision i DRG-systemet i forbindelse med kommunalreformen, hvor DRG-systemet bl.a. skal anvendes ved den kommunale medfinansiering.

Kvaliteten af data kan dog stadig forbedres. I bilag 3 fremgår en række forhold, som kan have betydning på opgørelsen af produktivitet. I 2006 arbejdes bl.a. fremadrettet på yderligere at ensrette registreringerne af sygehusenes udgifter og aktivitet. Derudover forventes, at bl.a. offentliggørelsen af målingerne vil øge fokus på at registrere korrekt. Kvaliteten af målingerne forventes derfor løbende at blive forbedret.

2.4 Produktivitet og behandlingskvalitet

Produktivitet er udtryk for forholdet mellem produktionen og de ressourcer, der medgår til produktionen. Målinger af produktivitet siger derfor alene noget om, hvor meget det koster at producere sygehusedydelser. Produktivitetsmålinger siger således ikke noget om kvaliteten af de producerede ydelser.

Produktivetsmålinger kan derfor ikke anvendes som et mål for sygehusenes samlede præstationer. For at opnå et samlet billede af sygehusvæsenets præstationer er det nødvendigt at sammenholde målinger af produktivitet med målinger og analyser af kvalitet i sygehusvæsenet. Målinger af kvaliteten er langt mere komplicerede at foretage end målinger af produktivitet, idet dette kræver viden om effekten af behandlingerne, f.eks. helbredelse, patientens tilfredshed mv.

I oktober 2006 har de centrale sundhedsmyndigheder offentliggjort de første målinger af kvaliteten på de danske sygehuse, som sammen med målingerne af produktivitet kan bidrage til at give et samlet billede af sygehusvæsenets præstationer.

3. Resultater på lands-, regions- og amtsniveau

I dette kapitel præsenteres resultaterne af arbejdsgruppens arbejde på lands-, regions- og amtsniveau.

Udviklingen fra 2003-2004 er tidligere præsenteret i arbejdsgruppens delrapport I, som blev offentliggjort i december 2005. I nærværende rapport præsenteres både de tidligere offentliggjorte opgørelser samt nye opgørelser for perioden 2004-2005. Som led i at understøtte og perspektivere disse produktivetsmålinger er der udarbejdet nøgletal, som kan give et indblik i variationen af behandlingsopgaver og udførelsen af opgaverne mellem regioner, amter og sygehuse.

3.1 Produktivitet på landsplan

Produktivetsudviklingen for sygehusvæsenet på landsplan opgøres efter brøkmotoden på baggrund af den samlede produktionsværdi opgjort via DRG- og DAGS-systemet samt via de tilrettede driftsudgifter for samtlige sygehuse.

Målingerne viser, at produktiviteten for 2003-2004 steg med 2,4 pct., mens produktiviteten steg med 1,8 pct. fra 2004-2005, *jf. tabel 3.1.*

Tabel 3.1. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet på landsplan, 2003-2005.						
	Produktionsværdi		Udgifter		Produktivitet	
	2003-2004	2004-2005	2003-2004	2004-2005	2003-2004	2004-2005
Hele landet	3,8	3,5	1,4	1,7	2,4	1,8

Note: Opgørelsen for 2003-2004 er identisk med opgørelsen, som kan findes i "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, delrapport I".

At produktivetsstigningen er lavere fra 2004 til 2005 end fra 2003 til 2004 skyldes, at produktionsværdien fra 2004 til 2005 er vokset mindre end fra 2003 til 2004, og samtidig er udgifterne steget mere fra 2004 til 2005 end fra 2003 til 2004.

3.2 Produktivitet på regionsplan

På regionsplan opgøres produktiviteten via brøkmotoden ved at opgøre produktionsværdien og de tilrettede driftsudgifter på de respektive regioners sygehuse.

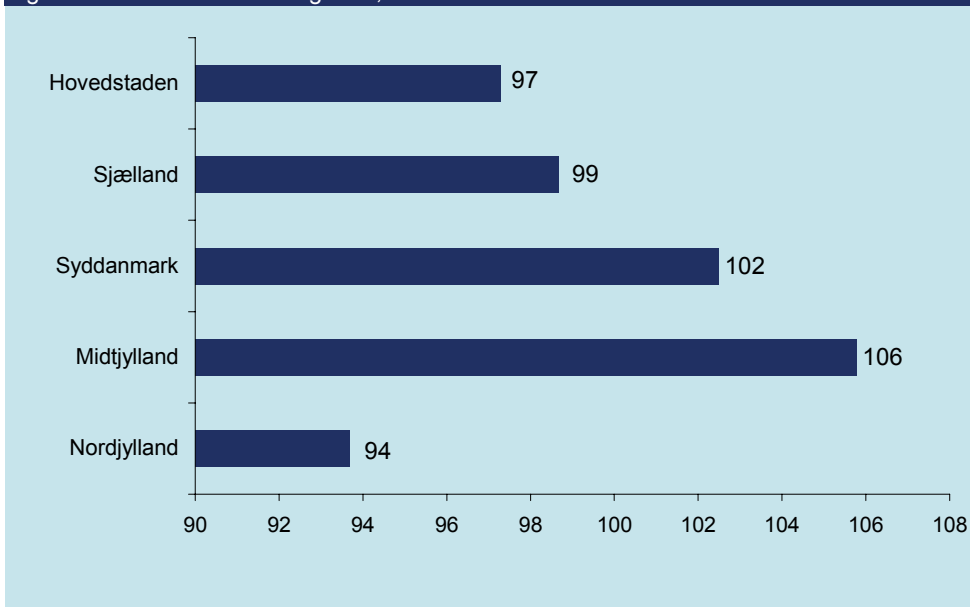
I alle de kommende regioner er produktiviteten steget i hele perioden både fra 2003-2004 og 2004-2005 med undtagelse af Region Sjælland, hvor produktiviteten faldt med 0,3 pct. fra 2004 til 2005. Fra 2004 til 2005 har den største stigning i produktiviteten fundet sted i Region Syddanmark med 2,4 pct., *jf. tabel 3.2.*

	Produktionsværdi		Udgifter		Produktivitet	
	2003-2004	2004-2005	2003-2004	2004-2005	2003-2004	2004-2005
Hovedstaden	3,5	4,1	1,3	2,1	2,2	1,9
Sjælland	3,8	2,5	2,2	2,8	1,6	-0,3
Syddanmark	4,1	4,0	1,4	1,5	2,7	2,4
Midtjylland	4,3	2,8	1,5	0,6	2,8	2,1
Nordjylland	3,5	3,1	0,7	1,1	2,8	1,9
Hele landet	3,8	3,5	1,4	1,7	2,4	1,8

Note: Opgørelsen for 2003-2004 er identisk med opgørelsen, som kan findes i "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, delrapport I".

Sammenligninger af regionernes produktivitet viser, at produktiviteten varierer mellem de kommende regioner. I 2005 har Region Midtjylland f.eks. en produktivitet, som er 6 pct. højere end landsgennemsnittet på 100, *jf. figur 3.1.*

Figur 3.1. Produktivitet for regioner, 2005. Hele landet=100.

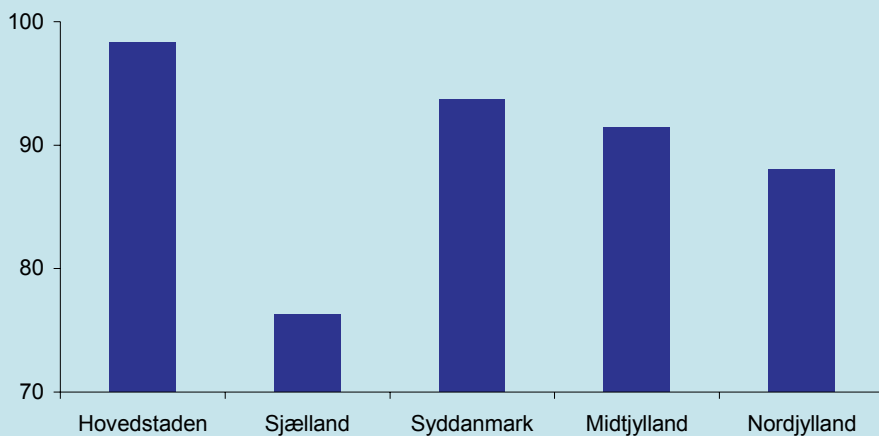


3.3 Nøgletal på regionsniveau

Som led i nærmere at perspektivere produktivetsmålingen for regionerne følger der nedenfor en række nøgletal for sygehusområdet.

Regionerne kan udføre langt størstedelen af de behandlinger, som regionernes borgere har behov for, dog med undtagelse af enkelte specialbehandlinger (lands- til landsdelsbehandlinger). Således behandler regioner, som udfører specialbehandlinger, over 88 pct. af deres behandlinger selv, mens Region Sjælland, som alene udfører hovedfunktioner (basisbehandlinger), har en selvforsyning på 76 pct., *jf. figur 3.2.*

Figur 3.2. Regionernes selvforsyning, pct., fordelt på regioner, 2005.



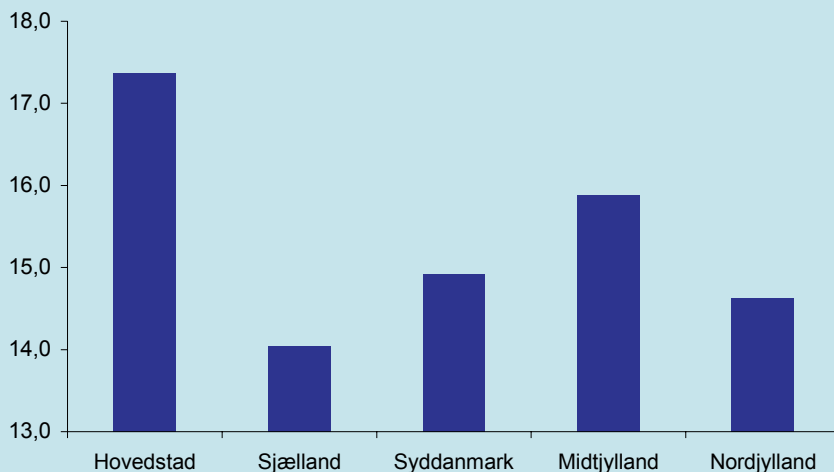
Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-register.

Note: Selvforsyning er beregnet som forholdet mellem de behandlinger, som regionens borgere modtager i regionen i forhold til regionens borgeres samlede forbrug af behandlinger opgjort i DRG-produktionsværdi.

Der foregår således en vis patientvandring mellem regionerne, hvilket både skyldes patienternes frie sygehusvalg samt en vis arbejdsdeling af højt specialiserede lands- til lands- behandlinger mellem regionerne.

Det gennemsnitlige ressourceforbrug pr. patient er størst i de regioner, som udfører specialbehandlinger og mindst i Region Sjælland, som alene udfører hovedfunktioner. Således behandles en patient i gennemsnit for 17.000 kr. i Region Hovedstaden, hvorimod en patient i gennemsnit behandles for 14.000 kr. i Region Sjælland, *jf. figur 3.3.*

Figur 3.3. DRG-produktionsværdi pr. patient, opgjort på udførende region, 1.000 kr., 2005

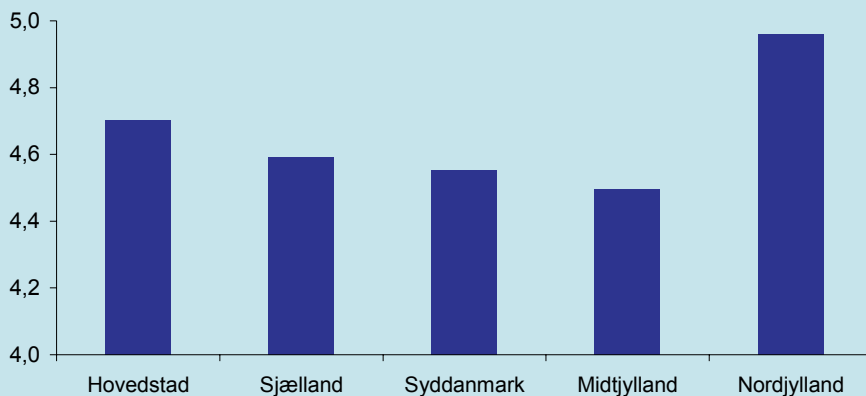


Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-register.

Der er også forskelle i den gennemsnitlige tid, patienterne er indlagt. Patienterne i Region Nordjylland er således i gennemsnit indlagt 5,0 dage, mens patienterne i region Midtjylland er indlagt i 4,5 dage, *jf. figur 3.4.* Interne analyser i Region Nordjylland viser, at det er på det medicinske område, at liggetiden er over landsgennemsnittet.

Sammenlignes den gennemsnitlige liggetid med målingen af produktivitet, kan der ses en vis sammenhæng, hvor regioner med en lav liggetid også har en høj produktivitet og omvendt. Det kan således tyde på, at patienternes indlæggelsestid har betydning for produktiviteten.

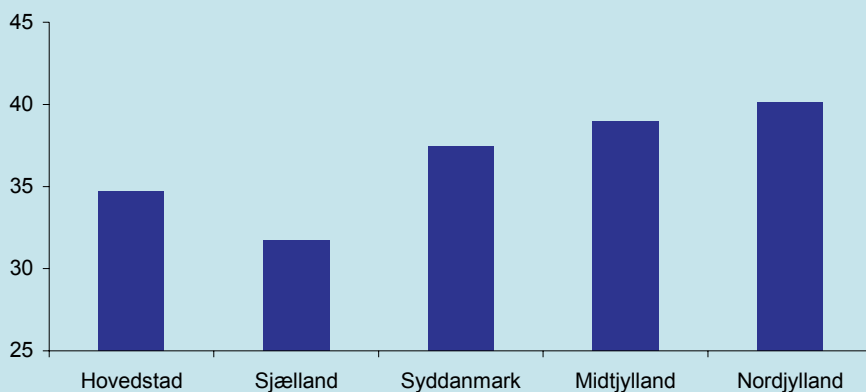
Figur 3.4. Gennemsnitlige liggetider fordelt på regioner, dage, 2005



Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-register.

Fordelingen mellem hvor stor del af behandlingerne, der udføres kirurgisk, er relativt ens på tværs af regionerne. I Region Nordjylland udføres 40 pct. af behandlingerne kirurgisk, mens i Region Sjælland udføres 32 pct. kirurgisk, jf. figur 3.5.

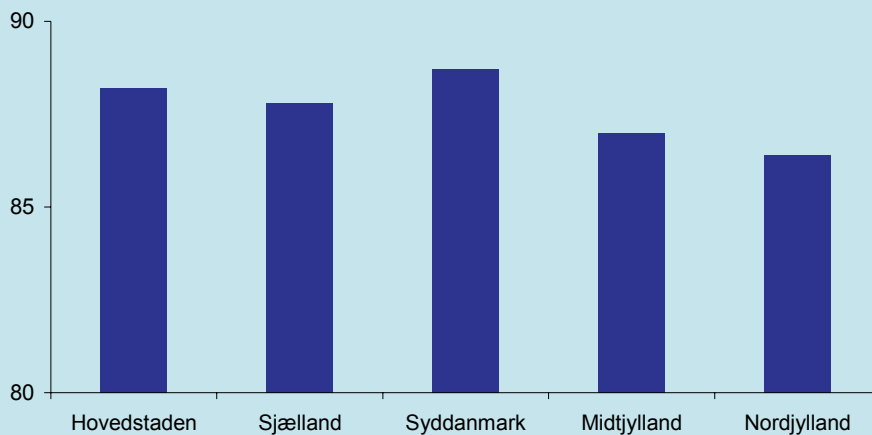
Figur 3.5. Andelen af kirurgisk produktionsværdi i forhold til samlet produktionsværdi fordelt på regioner, pct., 2005



Note: Kirurgi omfatter de kirurgiske procedurer (procedurer registreret med K-koder) med undtagelse af behandlinger, hvor den kirurgiske procedure alene består af mindre kirurgiske procedurer (KT-koder). Derudover omfatter kirurgi udvalgte invasive behandlinger samt udvalgte invasive kardiologiske undersøgelser. Forundersøgelser samt kontrolbesøg i forbindelse med kirurgiske procedurer indgår ikke som kirurgi.

Også regionernes fordeling mellem ambulante og indlagte behandlinger er relativt ens fordelt mellem regionerne. I Region Syddanmark udføres 89 pct. af behandlingerne i ambulante regi, mens 86 pct. udføres ambulante i Nordjylland, *jf. figur 3.6.*

Figur 3.6. Andel ambulante besøg fordelt på regioner, pct., 2005



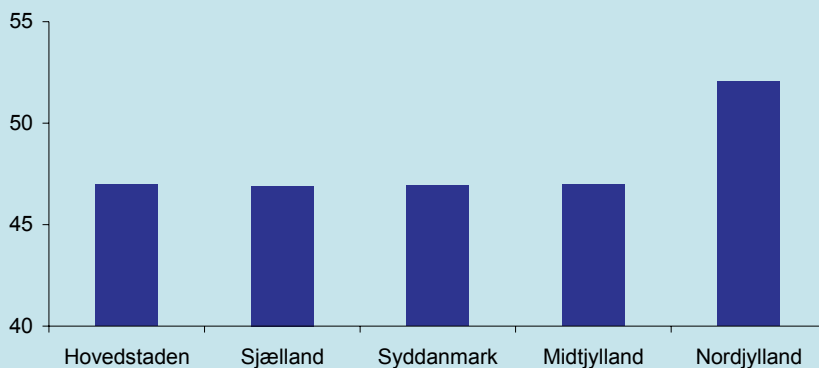
Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-register.

Note: Andel ambulante besøg er beregnet som antal ambulante besøg i forhold til det samlede antal behandlinger (antal ambulante besøg + antal indlæggelser).

Personalet udgør en væsentlig andel af forbruget af ressourcer i sygehusvæsenet. Således udgør udgiften til løn ca. 70 pct. af de samlede driftsudgifter i sygehusvæsenet. Anvendelsen af personalet har således en væsentlig indflydelse på produktiviteten i sygehusvæsenet.

I Region Nordjylland består 52 pct. af DRG-produktionsværdien af løn til læger, sygeplejersker og andet plejepersonale, mens i de øvrige regioner består 47 pct. af produktionsværdien af løn til disse personalegrupper. Forskellen kan muligvis skyldes lønniveau i udkantssområder og anvendelse af vikarer, *jf. figur 3.7.*

Figur 3.7. Lønsum pr. produktionsværdi fordelt på regioner, pct., 2005



Kilde: Lønsum er beregnet på baggrund af Sundhedsstyrelsens Løn- og Beskæftigelsesregister og produktionsværdi på baggrund af DRG-registret. Foreløbige tal fra Løn- og Beskæftigelsesregistret.

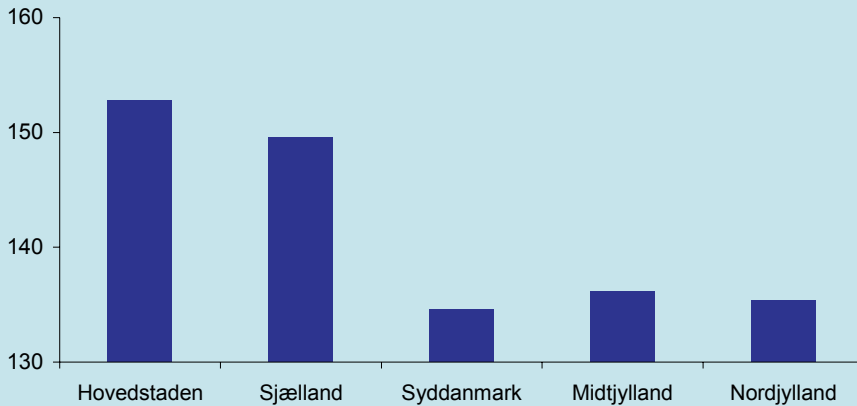
Note: Lønsum inkl. løn til læger, sygeplejersker og andet plejepersonale (sygehjælpere, social- og sundhedsassistenter, plejere og plejehjemsassistenter samt radiografer). Andet sundhedsfagligt personale, administration og andet personale er ikke omfattet af figurene.

I Løn- og Beskæftigelsesregistret indgår ikke elever og studerende, fondsfinansieret beskæftigelse, praksisreserve-læger, personale ved skoler, personale ved centralvaskerier samt personale i arbejdsmarkedspolitiske ordninger, mv.

Omkring 30 pct. af de samlede driftsudgifter i sygehusvæsenet anvendes på lønudgifter til plejepersonalet, som primært varetager den daglige pleje af patienterne. Denne personalegruppe varetager i vid udstrækning omsorgen for de indlagte patienter.

På tværs af regionerne er der forskelle i, hvordan plejepersonalet anvendes. Region Hovedstaden har det højeste antal sengedage pr. plejepersonale (årsværk) med 153 sengedage pr. plejepersonale, mens Region Syddanmark har 135 sengedage pr. plejepersonale, jf. figur 3.8.

Figur 3.8. Antal sengedage pr. plejepersonale fordelt på regioner, 2005



Kilde: Årsværk er beregnet på baggrund af Sundhedsstyrelsens Løn- og Beskæftigelsesregister og sengedage på baggrund af DRG-registret. Foreløbige tal fra Løn- og Beskæftigelsesregistret.

Note: Plejepersonale omfatter sygeplejersker og andet plejepersonale

3.4 Produktivitet på amtsplan

På amtsplan opgøres produktiviteten ligeledes med brøkmotoden ved at opgøre produktionsværdien og de tilrettede driftsudgifter på de respektive amters sygehuse.

Opgørelserne af produktiviteten viser, at der er variationer i udviklingen af amternes produktivitet. Fra 2004-2005 har Fyn den største stigning i produktiviteten med 4,1 pct., mens Bornholms Regionskommune har det største fald i produktiviteten på 4,7 pct., jf. tabel 3.3.

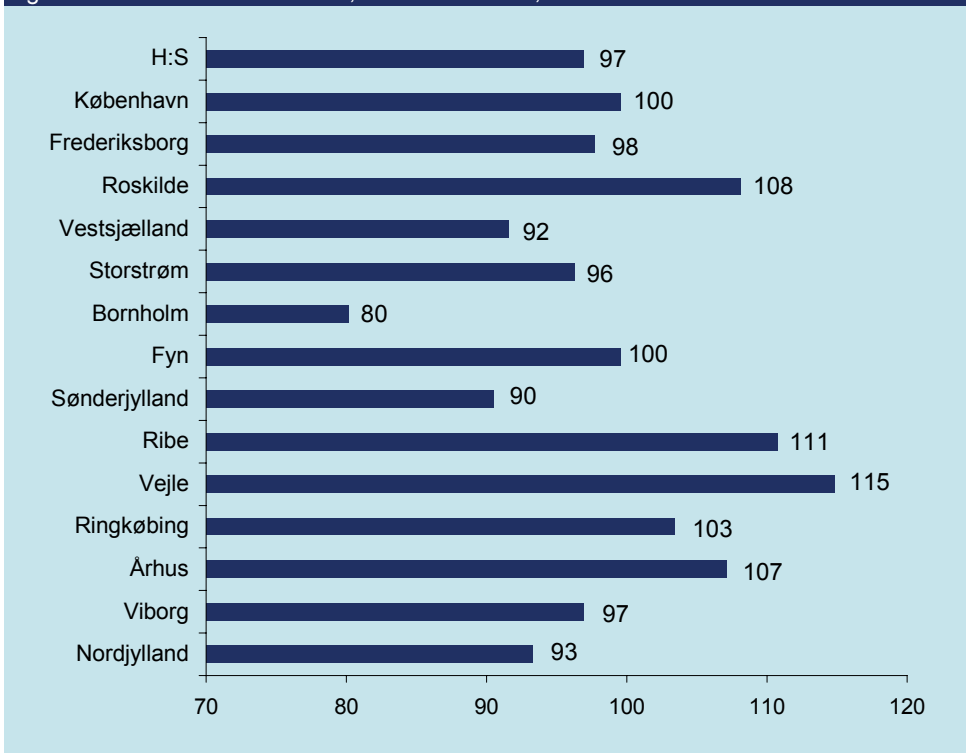
Tabel 3.3. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for amter, 2003-2005.

	Produktionsværdi		Udgifter		Produktivitet	
	2003-2004	2004-2005	2003-2004	2004-2005	2003-2004	2004-2005
H:S	3,6	4,6	0,6	1,0	3,0	3,5
København	3,6	4,5	2,3	2,5	1,2	1,9
Frederiksborg	3,0	2,3	1,3	4,7	1,7	-2,3
Roskilde	7,9	3,6	2,6	2,3	5,1	1,3
Vestsjælland	2,2	3,4	2,6	6,2	-0,4	-2,6
Storstrøm	1,6	0,5	1,3	-0,2	0,4	0,7
Bornholm	3,0	1,2	1,4	6,3	1,6	-4,7
Fyn	4,2	4,8	-0,3	0,7	4,6	4,1
Sønderjylland	-1,3	6,3	2,2	4,7	-3,4	1,6
Ribe	8,1	3,0	4,5	0,1	3,4	2,9
Vejle	6,2	2,4	3,8	2,0	2,3	0,4
Ringkjøbing	2,8	1,4	3,0	-1,6	-0,2	3,0
Århus	4,1	2,6	0,5	0,4	3,6	2,2
Viborg	3,1	2,4	-0,5	2,5	3,6	-0,1
Nordjylland	4,0	3,5	1,3	1,5	2,6	2,0
Hele landet	3,8	3,5	1,4	1,7	2,4	1,8

Note: Opgørelsen for 2003-2004 er identisk med opgørelsen, som kan findes i "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, delrapport I".

Der er også forskelle mellem amternes produktivitet målt i 2005. Produktiviteten varierer med op til 15 pct. i forhold til landsgennemsnittet (med undtagelse af Bornholm). Det ses således, at Vejle Amt har en produktivitet, som er 15 pct. højere end landsgennemsnittet, mens Sønderjyllands Amt omvendt har en produktivitet, som er 10 pct. lavere end landsgennemsnittet, *jf. figur 3.9.*

Figur 3.9. Produktivitet for amter, hele landet=100, 2005.

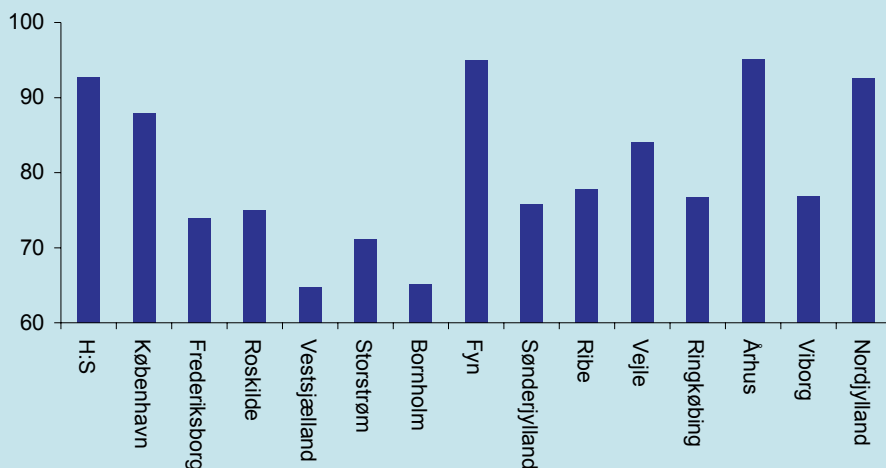


3.5 Nøgletal på amtsniveau

Amterne har indført en arbejdsdeling således, at visse højt specialiserede behandlinger kun udføres i nogle amter.

I dag udfører H:S, København, Fyn, Århus og Nordjyllands amter højt specialiserede behandlinger, og disse amter er derfor omtrent selvforsynende med sygehusydelse. F.eks. dækker Århus Amt 95 pct. af deres egne borgeres behandlingsbehov. Omvendt ses, at for de amter, som alene udfører hovedfunktioner, udføres en relativ stor del af behandlingerne i andre amter, *jf. figur 3.10.*

Figur 3.10. Amternes selvforsyning, pct., 2005



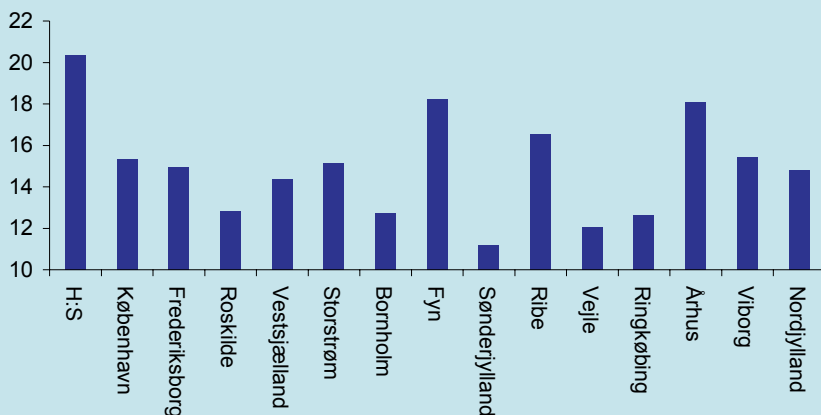
Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-register.

Note: Selvforsyning er beregnet som forholdet mellem de behandlinger, som amtets borgere modtager i amtet i forhold til amtets borgeres samlede forbrug af behandlinger opgjort i DRG-produktionsværdi.

Opgørelsen af produktivitet tager højde for forskelle i, hvor specialiserede behandlinger sygehusene udfører, idet der tages højde for forskelle i ressourceforbruget ved forskellige typer behandlinger.

Ressourceforbruget ved at behandle patienterne varierer betydeligt på tværs af amter. De amter, som udfører højt specialiserede (lands- til landsdels-) behandlinger, er også de amter, hvor sygehusene udfører de mest ressourcekrævende behandlinger. F.eks. ses, at i gennemsnit har behandlingen i H:S en værdi på 20.000 kr. pr. patient, mens behandlingen i Sønderjyllands Amt i gennemsnit har en værdi på 11.000 kr., *jf. figur 3.11.*

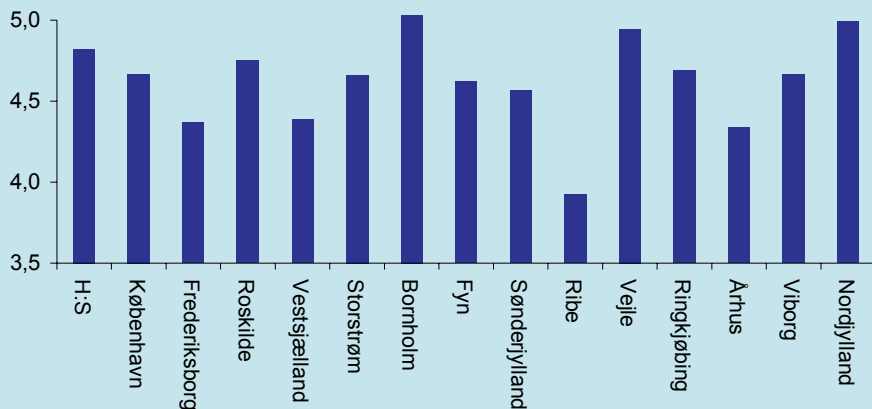
Figur 3.11. DRG-produktionsværdi pr. patient, opgjort på udførende amt, 1.000 kr., 2005



Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-register.

Der er ligeledes forskelle i, hvor længe patienterne er indlagt på tværs af amterne. Det fremgår bl.a., at patienterne i gennemsnit er indlagt 5,3 dage på Bornholm, mens en patient i Ribe Amt i gennemsnit er indlagt 3,8 dage, *jf. figur 3.12.*

Figur 3.12. Gennemsnitlige liggetider fordelt på amter, dage, 2005

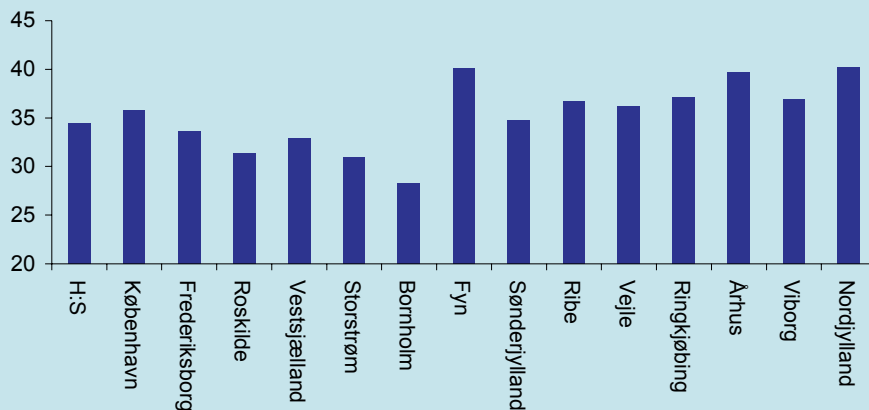


Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-register.

Forskelle i patienternes indlæggelsesperiode kan skyldes forskellig sammensætning af patienterne, hvor nogle typer patienter kan udskrives hurtigere end andre. I Fyns, Århus og

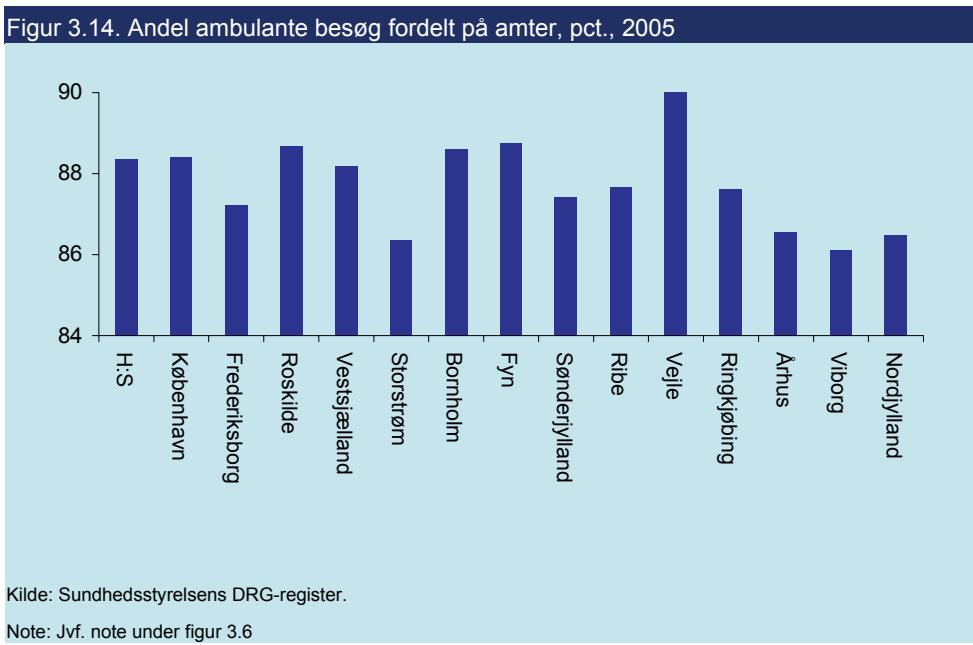
Nordjyllands amter udgør kirurgiske behandlinger f.eks. 40 pct. af behandlingerne, mens alene 28 pct. af behandlingerne på Bornholm er kirurgiske, *jf. figur 3.13.*

Figur 3.13. Andelen af kirurgisk produktionsværdi i forhold til samlet produktionsværdi fordelt på amter, pct., 2005



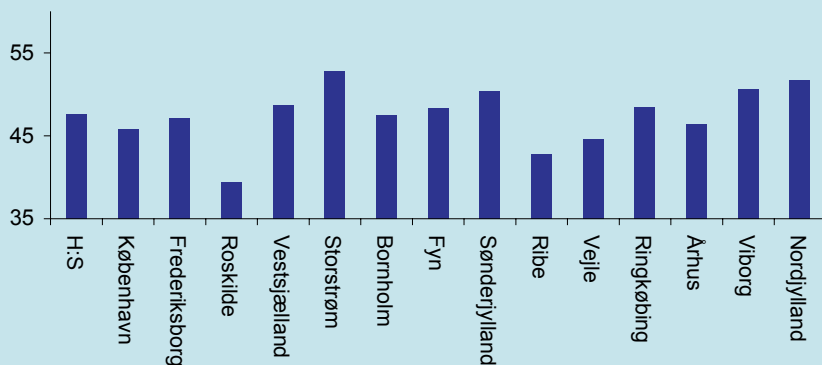
Note: Kirurgi omfatter de kirurgiske procedurer (procedurer registreret med K-koder) med undtagelse af behandlinger, hvor den kirurgiske procedure alene består af mindre kirurgiske procedurer (KT-koder). Derudover omfatter kirurgi udvalgte invasive behandlinger samt udvalgte invasive kardiologiske undersøgelser. Forundersøgelser samt kontrolbesøg i forbindelse med kirurgiske procedurer indgår ikke under kirurgi.

Sammensætningen af amternes produktion varierer mht. sammensætningen mellem, hvor stor del af behandlingerne der udføres ved henholdsvis ambulante behandlinger og behandlinger med indlæggelse. Vejle Amt udfører f.eks. 90 pct. af behandlingerne i ambulant regi, mens 86 pct. udføres ambulant i Viborg Amt, *jf. figur 3.14.*



Ligesom for regionerne er der forskelle i, hvor meget lønsum amterne anvender til at udføre deres produktion. F.eks. består 39 pct. af produktionsværdien af løn til læger, sygeplejersker og andet plejepersonale i Roskilde Amt, mens lønudgiften til disse personalegrupper udgør 53 pct. af produktionsværdien i Storstrøms Amt, *jf. figur 3.15.*

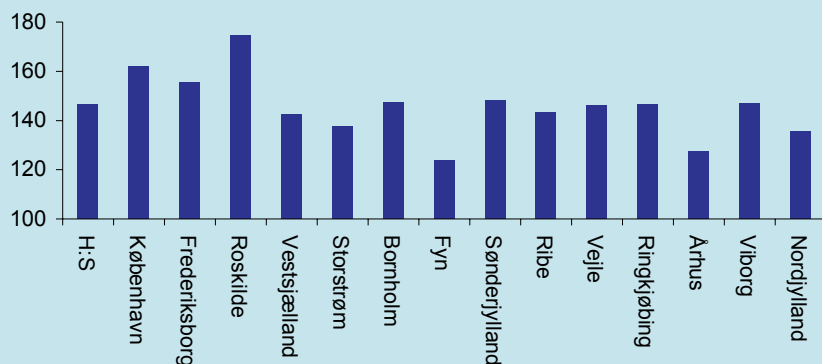
Figur 3.15. Lønsum (læger, sygeplejersker og andet plejepersonale) pr. produktionsværdi fordelt på amter, pct., 2005



Kilde: Lønsum er beregnet på baggrund af Sundhedsstyrelsens Løn- og Beskæftigelsesregister og DRG- produktionsværdi på baggrund af Sundhedsstyrelsens DRG-register. I Løn- og Beskæftigelsesregisteret indgår ikke elever og studerende, fondsfinansieret beskæftigelse, praksisreservelæger, personale ved skoler, personale ved centralvaskerier samt personale i arbejdsmarkedspolitiske ordninger mv. Foreløbige tal fra Løn- og Beskæftigelsesregistret

Plejepersonalets anvendelse varierer også på tværs af amter. Fyns Amt har f.eks. i gennemsnit 124 sengedage pr. plejepersonale (årsværk), mens Roskilde og Københavns amter til sammenligning har 160-175 sengedage pr. plejepersonale, *jf. figur 3.16.*

Figur 3.16. Antal sengedage pr. plejepersonale fordelt på amter, 2005



Kilde: Årsværk er beregnet på baggrund af Sundhedsstyrelsens Løn- og Beskæftigelsesregister og antal sengedage på baggrund af Sundhedsstyrelsens DRG-register. Foreløbige tal fra Løn- og Beskæftigelsesregistret.

Note: Plejepersonale omfatter sygeplejersker og andet plejepersonale.

4. Resultater på sygehusniveau

Det er første gang, at de centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne i fællesskab har udviklet en opgørelse af produktiviteten på sygehusniveau.

I Danmark er mange sygehuse delt op på flere matrikler, således at et sygehus geografisk kan være spredt over flere forskellige adresser, men alene har en ledelse. Disse sygehuse opgør ofte udgifterne for sygehuset under ét. I denne rapport opgøres produktiviteten på sygehusniveau på det ledelsesmæssige relevante niveau, således at sygehusene kan være spredt over flere adresser.

Fremover vil produktiviteten løbende blive målt og offentliggjort systematisk på bl.a. sygehusniveau. Det bliver således muligt både at sammenligne produktiviteten mellem sygehuse samt at følge produktiviteten for hvert enkelt sygehus over en årrække. Dette skaber mulighed for at identificere effekterne af produktivitetsfremmende tiltag og giver hermed grundlag for intern organisationsudvikling.

I dette kapitel præsenteres udviklingen i produktiviteten for 2004-2005 samt niveauet af produktiviteten i 2005 på sygehusniveau. Disse målinger suppleres af diverse nøgletal, som beskriver sygehusenes forskelligartede opgaver, *jf. også kapitel 3*.

4.1 Produktivitet på sygehusplan

Opgørelser af produktiviteten på sygehusniveau viser, at der er betydelige udsving både i udvikling og i niveauet af produktiviteten på tværs af sygehuse. Betydelige udsving i udviklingen af produktiviteten kan for mindre sygehuse forekomme ved selv mindre udgiftsændringer. Som tidligere nævnt i kapitel 2.3 så kan datakvalitetsmæssige forhold have betydelig indflydelse, når produktiviteten måles på sygehusniveau.

Tabel 4.1. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for sygehuse, 2004-2005.

Amt	Sygehus	Udvikling 2004-2005, pct.			Produktivtetsniveau, hele landet= 100
		Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2005
H:S	Rigshospitalet	6,1	0,4	5,7	102
H:S	Bispebjerg Hospital	3,6	2,1	1,5	89
H:S	Hvidovre Hospital	4,4	2,1	2,3	93
H:S + Kbh.	Amager Hospital	0,8	0,8	0,0	92
H:S	Frederiksberg Hospital	1,9	2,1	-0,2	98
Kbh.	KAS Gentofte	6,7	3,9	2,7	104
Kbh.	KAS Glostrup	5,1	1,9	3,1	93
Kbh.	KAS Herlev	1,8	1,3	0,5	101
Fred.borg	Fr.borg Amts sundhedsvæsen, somatik	2,3	4,7	-2,3	98
Roskilde	Amtssygehuset Roskilde	4,1	4,5	-0,4	108
Roskilde	Roskilde Amts Sygehus, Køge	2,8	-1,0	3,9	108
Vestsjælland	Sygehus Vestsjælland, somatik	3,4	6,2	-2,6	92
Storstrøm	Storstrømmens Sygehus	0,5	-0,2	0,7	96
Bornholm	Bornholms Centralsygehus, Rønne	1,2	6,3	-4,7	80
Fyn	Odense Universitetshospital (inkl. OU, Middelfart)	5,1	1,0	4,1	102
Fyn	Sygehus Fyn (inkl. Ringe, Nyborg, Faaborg, Svendborg, Rudkøbing, Ærøskøbing)	4,0	0,0	4,0	91
Sdr.Jylland	Sønderborg Sygehus	7,6	4,5	3,0	93
Sdr.Jylland	Haderslev Sygehus	-8,4	-10,2	2,0	90
Sdr.Jylland	Tønder Sygehus	-36,1	-30,1	-8,6	79
Sdr.Jylland	Aabenraa Sygehus	31,0	30,9	0,1	88
Ribe	Sydvestjysk Sygehus	3,0	0,1	2,9	111
Vejle	Brædstrup Sygehus	-4,0	-1,4	-2,6	84
Vejle	Fredericia Sygehus	-4,4	-3,2	-1,3	115
Vejle	Give Sygehus	-6,1	-2,7	-3,5	113
Vejle	Horsens Sygehus	6,5	3,6	2,9	118

Tabel 4.1. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for sygehuse, 2004-2005 (fortsat)

Amt	Sygehus	Udvikling 2004-2005, pct.			Produktivtetsniveau, hele landet= 100
		Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2005
Vejle	Kolding Sygehus	3,1	5,7	-2,4	110
Vejle	Vejle Sygehus	4,2	1,2	3,0	119
Vejle	Friklinikken i Brædstrup	2,7	4,9	-2,1	145
Ringk.	Holstebro Centralsygehus	2,4	4,1	-1,7	111
Ringk.	Herning Centralsygehus	6,6	4,1	2,4	105
Ringk.	Tarm Amtssygehus	-50,2	-45,5	-8,6	55
Ringk.	Ringkjøbing Sygehus	0,9	-17,3	21,9	95
Ringk.	Amtssygehuset i Lemvig	-33,0	-24,9	-10,8	49
Århus	Silkeborg Centralsygehus	4,8	0,9	3,8	114
Århus	Århus Sygehus (Århus Kommunehospital, Århus Amtshospital, Odder, Samsø, Marseelisborg)	3,2	-0,8	4,0	104
Århus	Randers/Grenaa Sygehus	2,4	-1,2	3,7	118
Århus	Skejby Sygehus	1,0	2,9	-1,8	104
Viborg	Sygehus Viborg (inkl. Viborg, Skive)	3,4	4,1	-0,6	99
Viborg	Sygehus Nord (inkl. Nykøbing, Thisted)	-1,5	-2,6	1,1	89
Nordjyl.	Aalborg Sygehus (inkl. Aalborg, Dronninglund, Brovst)	4,7	2,8	1,9	94
Nordjyl.	Sygehus Vendsyssel (Inkl. Hjørring, Brønderslev, Frederikshavn)	2,8	-2,4	5,3	94
Nordjyl.	Sygehus Himmerland (inkl. Farsø, Hobro/Terndrup)	1,0	-2,8	3,9	83
Nordjyl.	Ortopædkirurgi Nordjylland	1,4	4,8	-3,2	95
Hele landet		3,5	1,7	1,8	100

Note: Sygehusvæsenet i Ringkjøbing Amt er organiseret i en centerstruktur, hvor de 5 sygehuse i Holstebro, Herning, Tarm, Ringkjøbing og Lemvig opfattes som et samlet sygehus. Sygehusene har en række fællesfunktioner, som er samlet på en af matriklerne, der kun skønsmæssigt kan fordeles ud til de relevante sygehuse. I 2005 blev fødeafdelingen på Ringkjøbing lukket, hvilket bidrager til at forklare udviklingen i sygehusets udgifter, *jf* boks 4.1.

Der er forskelle i produktiviteten i 2005 på tværs af sygehusene. Produktiviteten varierer således med op til 51 pct. Det fremgår, at Friklinikken i Brædstrup afviger betydeligt med en produktivitet, som er 45 pct. højere end landsgennemsnittet. Friklinikken Brædstrup kan ikke sammenlignes med andre sygehuse. Der er tale om et specielt sygehus, som alene udfører planlagte behandlinger, hvor patienterne kan sendes hjem samme dag. Klinikens behandlinger er i overvejende grad lette og omfatter bl.a. undersøgelser før operation og operationer såsom åreknuder, knæ, skulder, brok, øjne mv. Produktiviteten kan derved være overvurderet i opgørelsen.

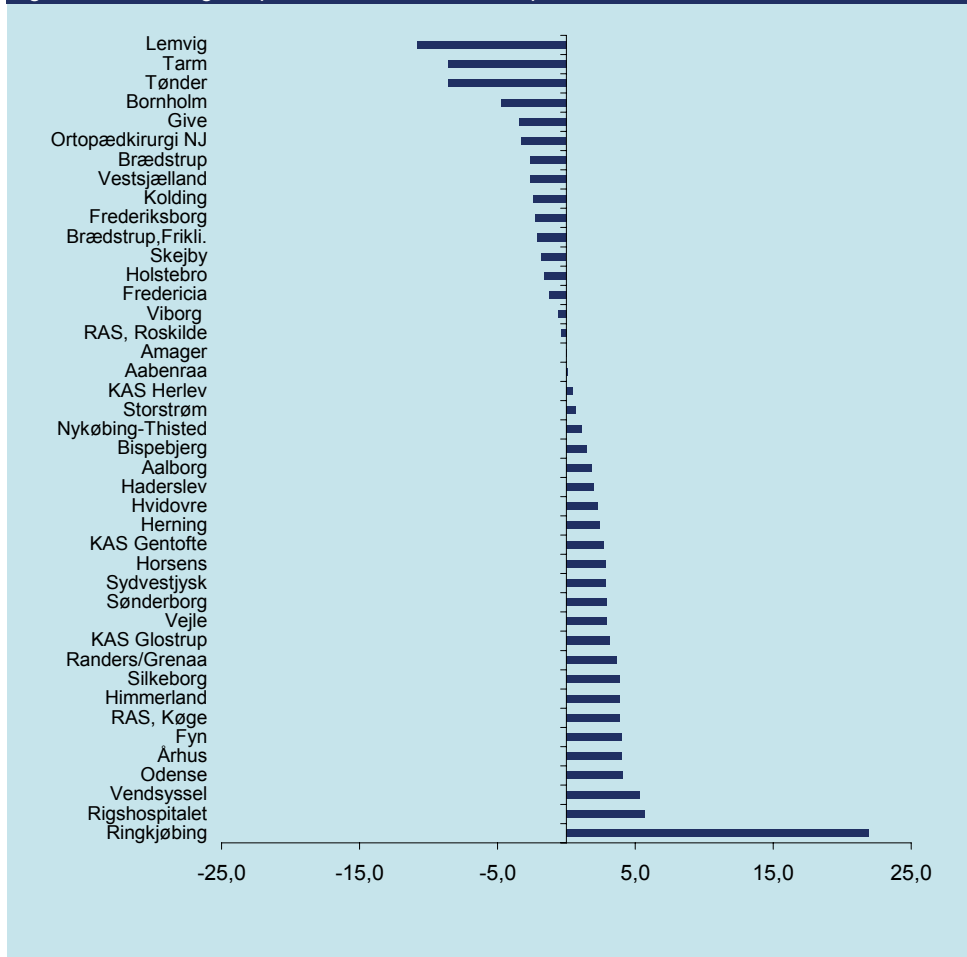
Omvendt har Amtssygehuset i Lemvig og Tarm Sygehus den laveste produktivitet med en produktivitet, som er omkring 45-51 pct. lavere end landsgennemsnittet, *jf. figur 4.1.*

Figur 4.1. Produktivitet i forhold til gennemsnittet, pct., 2005.



Der er også betydelige forskelle i udviklingen i produktiviteten på tværs af sygehusene. Specielt er produktiviteten øget for Ringkjøbing Sygehus med over 20 pct. i perioden. Omvendt er produktiviteten faldet med 8-11 pct. for Tarm, Lemvig og Tønder sygehuse, *jf. figur 4.2.*

Figur 4.2. Udviklingen i produktivitet, 2004-2005, pct.



I målingerne skiller enkelte amter sig ud ved, at der er sket betydelige ændringer i udgifter og/eller aktivitet mellem 2004 og 2005. Dette omfatter primært sygehusene i Sønderjyllands Amt. Her blev organiseringen ændret i 2004. Dette indebærer bl.a., at ortopædkirurgi blev flyttet fra Tønder og Haderslev sygehuse til Aabenraa og Sønderborg sygehuse.

Boks 4.1. Ringkjøbing sygehus

Ringkjøbing Sygehus har en medicinsk afdeling og en ortopædkirurgisk afdeling. I 2004 havde sygehuset yderligere en gynækologisk-obstetrisk afdeling, som blev lukket den 1. januar 2005. På afdelingen var der i 2004 823 udskrivninger og 1.113 besøg, hvilket svarer til 12 pct. af produktionsværdien i 2004. Nedlukningen af afdelingen kan således forklare størstedelen af faldet i udgifterne fra 2004 til 2005.

På trods af nedlukningen af den gynækologisk-obstetriske afdeling er produktionsværdien på Ringkjøbing Sygehus øget. Dette skyldes hovedsageligt opbygningen af sygehusets ambulante ortopædkirurgiske virksomhed med ambulant varicekirurgi og mindre operative indgreb. Derudover foretages stadig flere behandlinger inden for sygdomme i kredsløbsorganer og hudsygdomme, hvor DRG-produktionsværdien er øget med 60 pct. fra 2004 til 2005.

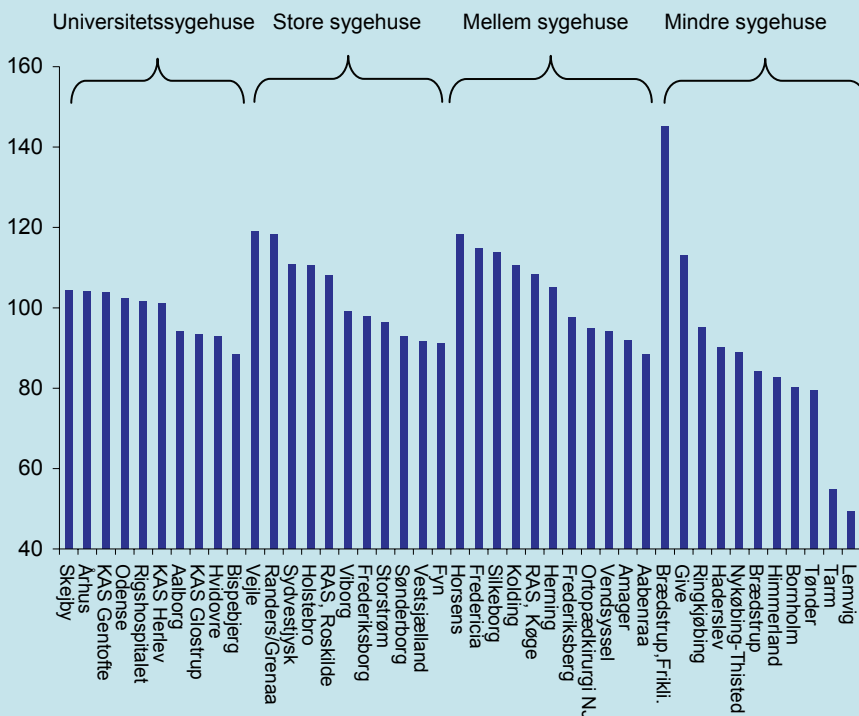
Endelig påvirkes produktiviteten for Ringkjøbing Sygehus og de øvrige sygehuse i Ringkjøbing Amt af, at sygehuse i Ringkjøbing Amt er organiseret i en centerstruktur, hvor de 5 sygehuse i Holstebro, Herning, Tarm, Ringkjøbing og Lemvig opfattes som et samlet sygehus og har en række fællesfunktioner, hvortil enkelte udgifter opgøres skønsmæssigt.

Sygehustyper og produktivitet

Der kan være mange forskellige forklaringer til de viste forskelle i produktiviteten mellem sygehuse.

En mulig forklaring kan være sygehusenes størrelse. Umiddelbart kunne det tyde på, at niveauet af produktiviteten er mindst for de mindre sygehuse. Ligesom variationen i produktiviteten stiger, desto mindre sygehuse er. Dette kan skyldes, at mange afdelinger på store sygehuse indebærer, at forskelle i produktiviteten mellem afdelingerne udlignes, mens få afdelinger på mindre sygehuse indebærer, at en høj produktivitet på én afdeling i højere grad vil påvirke sygehusets samlede produktivitet, *jf. figur 4.3*.

Figur 4.3. Produktivitetsniveau (hele landet=100) opdelt efter størrelse og specialisering af sygehuse, 2005



Note: Opdelingen mellem sygehusenes størrelse er foretaget således, at der opnås 3 lige store grupper sygehuse samt universitetssygehuse. Dette indebærer, at store sygehuse er opdelt ved at have en korrigeret produktionsværdi større end 730 mio. kr. Mellem sygehuse har en korrigeret produktionsværdi mellem 350-730 mio. kr. Mindre sygehuse har en korrigeret produktionsværdi mindre end 350 mio. kr. Figuren tager ikke højde for, at sygehuse er organiseret forskelligt, således kan der under ét sygehusnavn indgå flere sygehusmatrikler

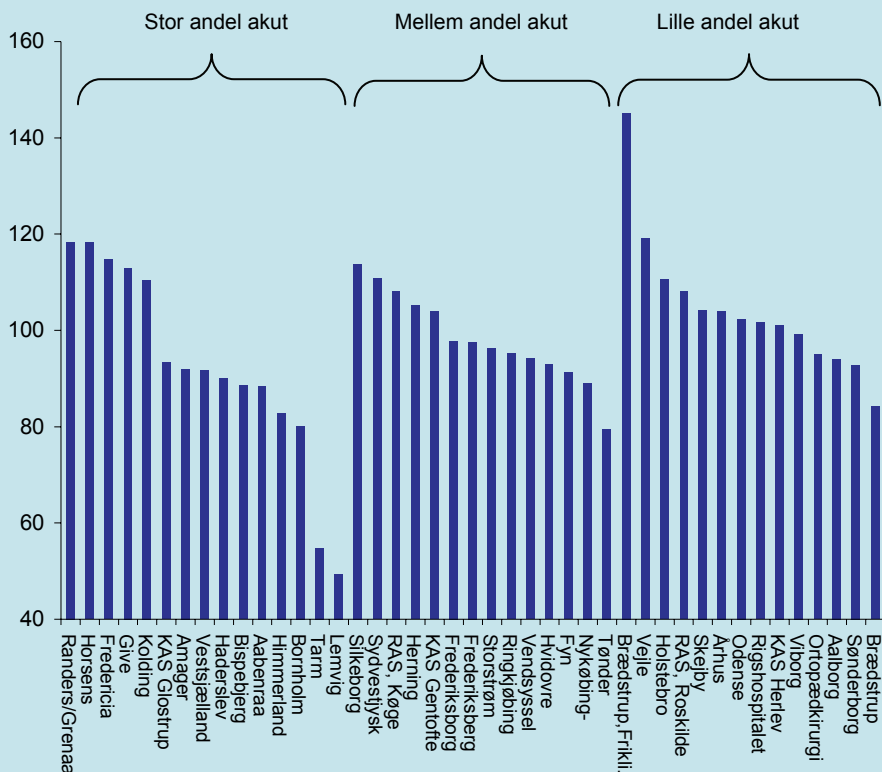
En anden mulig forklaring på forskellene i produktivitet kan henføres til forskelle i sygehusenes specialisering.

Fælles for universitetssygehusene er, at de i forskelligt omfang udfører lands- og landsdelsfunktioner, som er højt specialiserede behandlinger samt varetager undervisning af medicinstuderende. De øvrige sygehuse udfører alene hovedfunktioner, som er mindre specialiserede behandlinger. Resultaterne tyder ikke umiddelbart på, at forskelle i specialisering alene påvirker produktiviteten, *jf. figur 4.3*.

En tredje mulig forklaring på forskellene i produktivitet kan henføres til, om der er forskelle i, hvor mange af sygehusenes behandlinger der udføres akut. Det kan f.eks. tænkes, at sygehuse, som udfører en stor del af deres behandlinger akut, har flere udgifter til vagtberedskaber mv.

Det tyder ikke umiddelbart på, at sygehuse, der udfører relativt mange akutte behandlinger, har en lavere produktivitet. Omvendt tyder det heller ikke på, at sygehuse, der udfører relativt få akutte behandlinger, har en høj produktivitet, *jf. figur 4.4*.

Figur 4.4. Produktivitetens niveau (hele landet=100) opdelt efter andelen af akutte behandlinger, 2005



Note: Andelen af akutte behandlinger er beregnet som DRG-produktionsværdien ved akutte ambulante besøg og ved akutte indlæggelser i forhold til den samlede DRG-produktionsværdi. Andelen af akutte behandlinger er inkl. skadestuebesøg. Opdelingen mellem sygehusenes størrelse er foretaget, således at der opnås 3 lige store grupper sygehuse. Dette indebærer, at for sygehuse med stor akut andel udgør akutte behandlinger mere end 57 pct. af produktionsværdien, mellem andel akut udgør mellem 48 pct.-57 pct. af produktionsværdien, mens en lille andel akut udgør mindre end 48 pct. af produktionsværdien

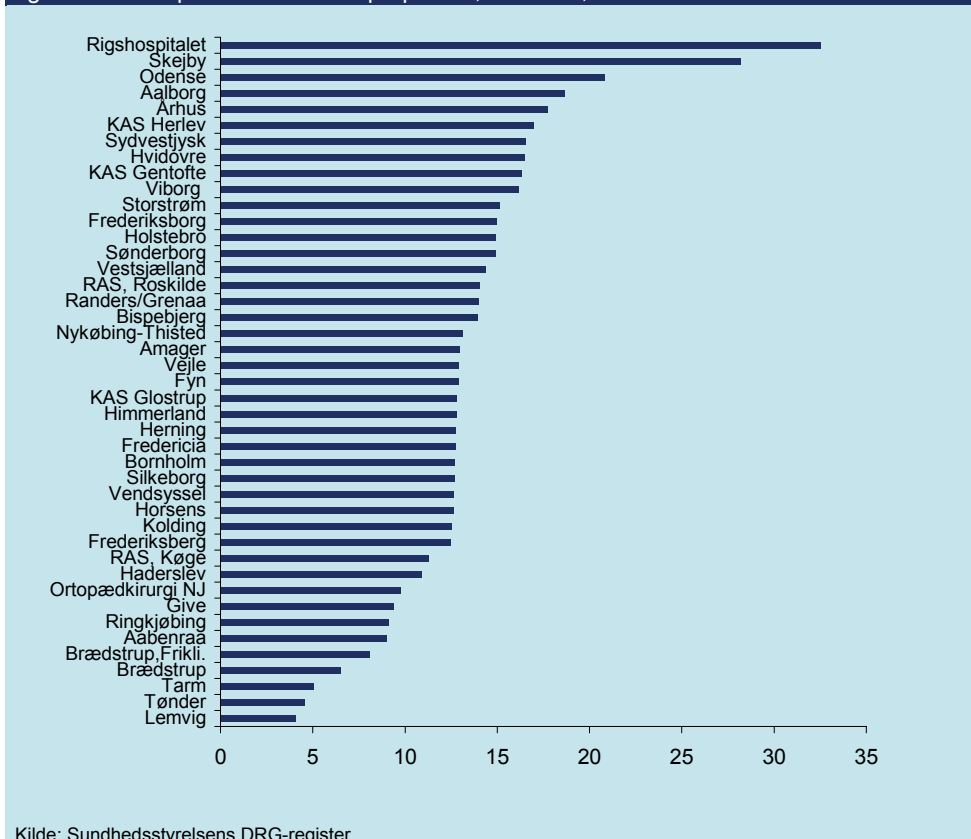
Dog afviger enkelte sygehuse fra denne tendens. Det er således muligt, at enkelte mindre sygehuse påvirkes af, hvor stor en del af produktionen der udføres akut. Således udfører Friklinikken Brædstrup alene 2 pct. af sine behandlinger akut, og de har samtidig den højeste produktivitet. Omvendt udfører Amtssygehuset i Lemvig og Tarm omkring 60-82 pct. af deres behandlinger akut og har samtidig en produktivitet, som er omkring 45 pct. lavere end gennemsnittet i hele landet.

4.2 Nøgletal på sygehusniveau

Der er ofte en vis arbejdsdeling mellem sygehuse specielt inden for det enkelte amt. F.eks. er nogle sygehuse specialiserede inden for ortopædkirurgi mv., mens andre sygehuse er specialiserede inden for andre områder. Sådanne forskelle i sammensætningen af behandlingerne kan indebære variationer i liggetider, personalesammensætning mv.

Ressourceforbruget ved at behandle patienterne varierer. F.eks. har behandlingen af Rigshospitalets patienter i gennemsnit en værdi af 33.000 kr. pr. patient, mens behandlingen på Lemvig Sygehus i gennemsnit har en værdi af 4.100 kr., jf. figur 4.5. Dette viser således, at der udføres mere ressourcekrævende behandlinger på Rigshospitalet end på Lemvig Sygehus.

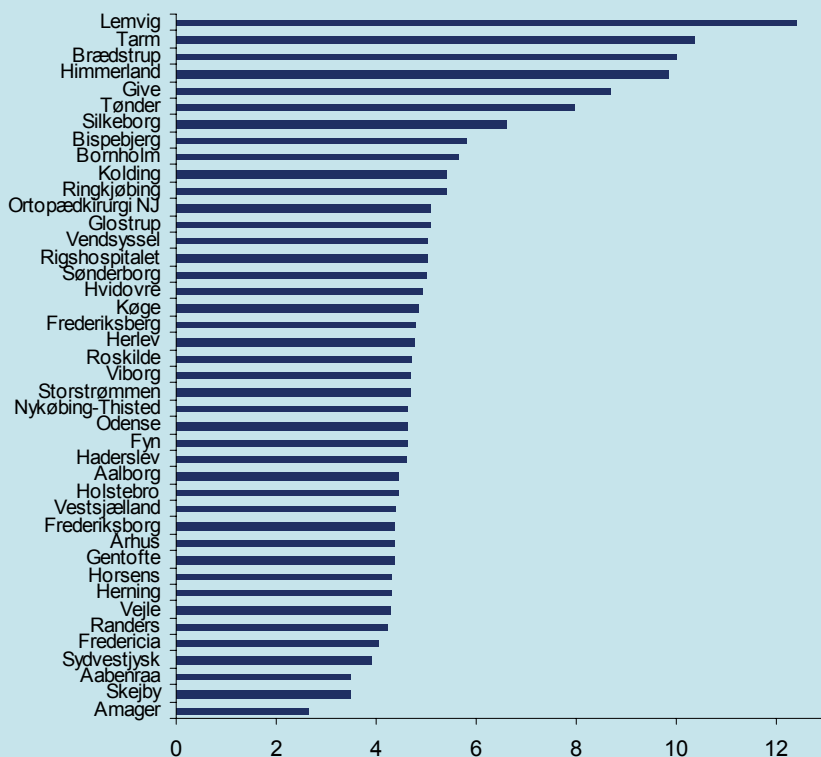
Figur 4.5. DRG-produktionsværdi pr. patient, 1.000 kr., 2005



Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-register.

Derudover er der betydelige forskelle i det gennemsnitlige antal dage, en patient er indlagt afhængigt af, hvad de behandles for. Således er patienternes gennemsnitlige indlæggelsestid på Brædstrup, Tarm og Lemvig sygehuse over 9 dage, mens indlæggelsestiden på en række andre sygehuse er under 4 dage, *jf. figur 4.6.*

Figur 4.6. Gennemsnitlige liggetider, dage, 2005



Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-register.

Note: Figuren omfatter alene behandlinger foretaget ved indlæggelse og dermed ikke behandlinger foretaget ambulantly.

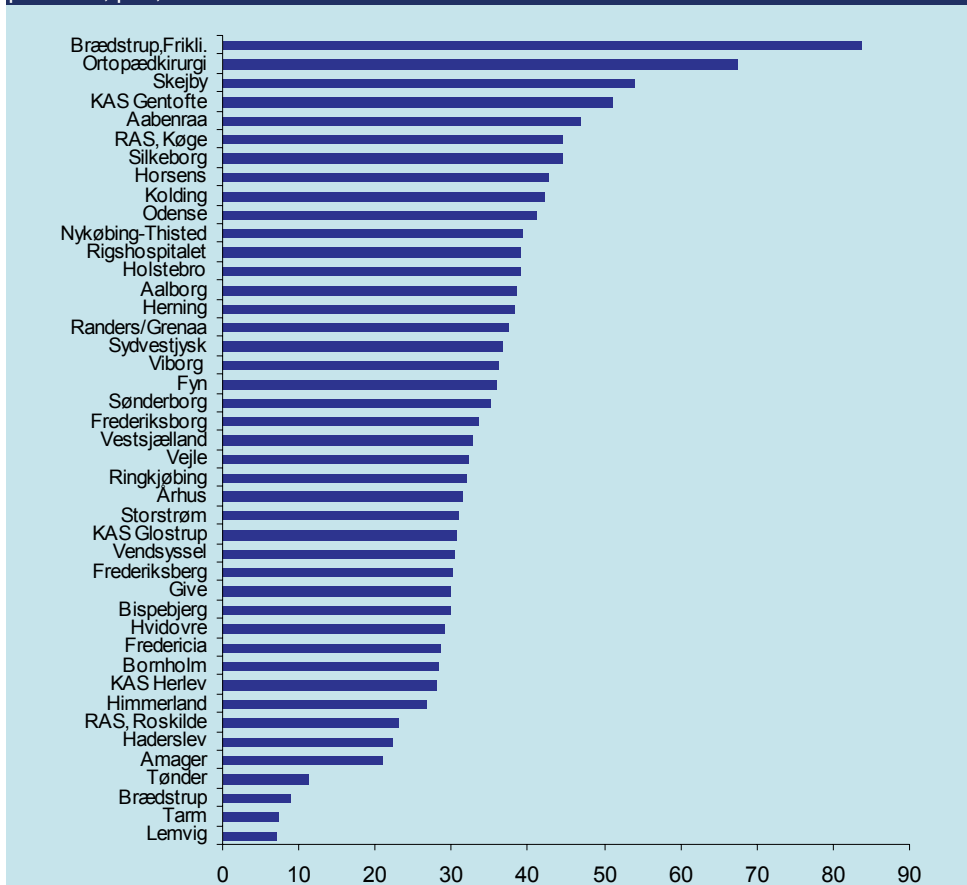
Det tyder på, at der kan være en sammenhæng mellem patienternes liggetider og produktivitet, således at sygehuse med lange gennemsnitlige liggetider typisk også har en lav produktivitet.

Længden af indlæggelsestiden kan være påvirket af en række forhold, f.eks. hvilke behandlinger sygehuset udfører, men evt. også sygehusets evne til at udnytte produktionsapparatet og sikre en hurtig gennemstrømning af patienter. Derudover kan organisatoriske

forhold påvirke indlæggelsesperioden. F.eks. foretages visse behandlinger med en meget kort indlæggelse, mens samme type behandling andre steder foregår ambulant.

Indlæggelsestiden kan derudover være påvirket af, hvilken behandling patienterne modtager. F.eks. udfører Lemvig og Tarm sygehuse under 9 pct. af deres behandlinger kirurgisk, mens Brædstrup Friklinik udfører 84 pct. af deres behandlinger kirurgisk, hvilket kan påvirke indlæggelsesperioden, *jf. figur 4.7.*

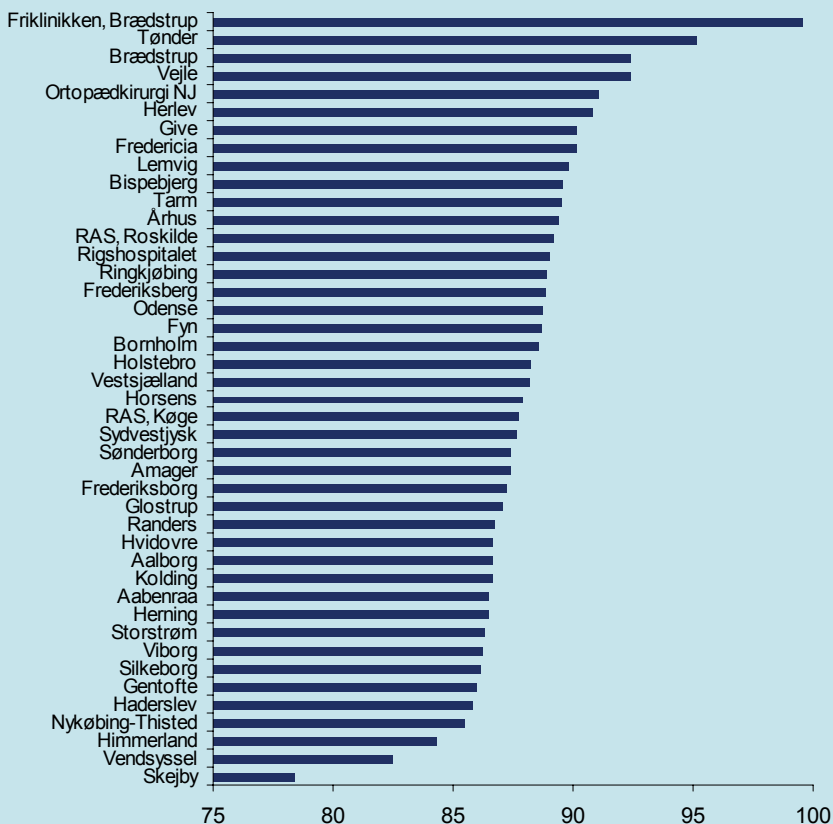
Figur 4.7. Andelen af kirurgisk produktionsværdi i forhold til samlet produktionsværdi fordelt på amter, pct., 2005



Note: Kirurgi omfatter de kirurgiske procedurer (procedurer registreret med K-koder) med undtagelse af behandlinger, hvor den kirurgiske procedure alene består af mindre kirurgiske procedurer (KT-koder). Derudover omfatter kirurgi udvalgte invasive behandlinger samt udvalgte invasive kardiologiske undersøgelser. Forundersøgelser samt kontrolbesøg i forbindelse med kirurgiske procedurer indgår ikke som kirurgi.

Sammensætningen af sygehusenes produktion varierer også mht. sammensætningen mellem, hvor stor del af behandlingerne der udføres ved henholdsvis ambulante besøg og indlæggelser. F.eks. udfører Brædstrup Friklinik alle sine behandlinger ambulant, mens Skejby Sygehus alene udfører 78 pct. af behandlingerne ambulant, *jf. figur 4.8.*

Figur 4.8. Andel ambulante besøg fordelt på sygehuse, pct.,2005



Kilde: Sundhedsstyrelsens DRG-register.

Note: Jf. note under figur 3.6.

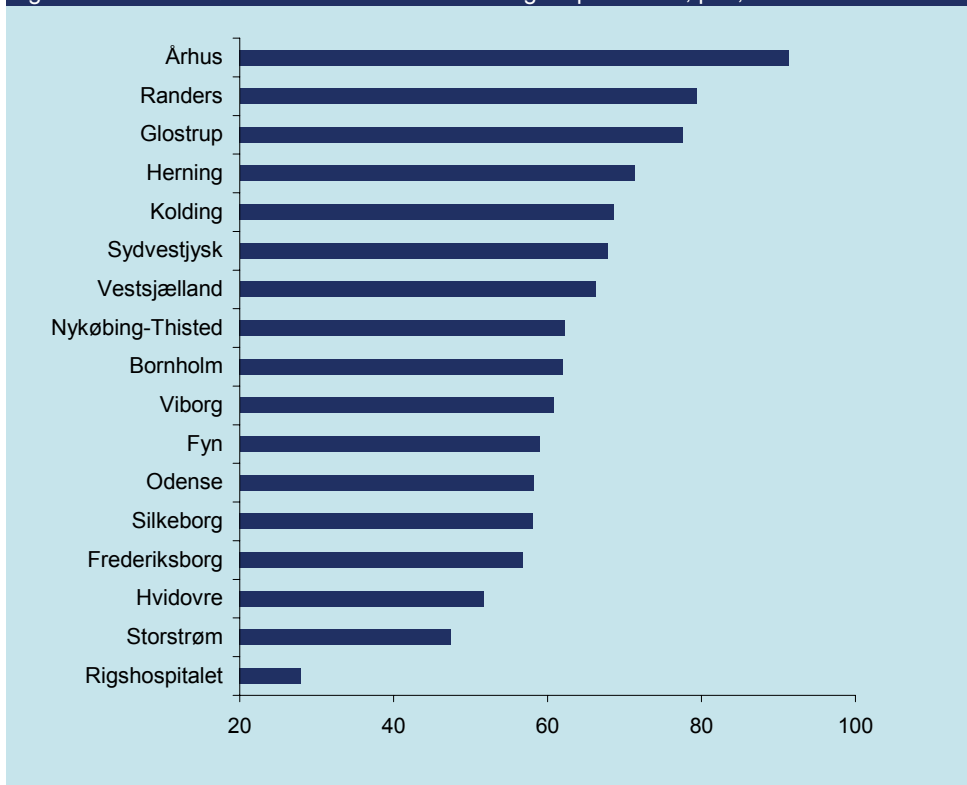
Sådanne forskelle i sammensætningen mellem ambulante besøg og indlæggelser er en følge af, hvilke behandlinger sygehusene udfører, men kan også skyldes, at nogle sygehuse har omlagt deres produktion til ambulant behandling.

Der kan derfor ses på tre udvalgte operationer, som er udvalgt af det internationale selskab for dagkirurgi som særligt velegnet til dagkirurgi. Hermed undgås, at eventuelle forskelle i behandlingssammensætningen påvirker nøgletallet.

Andelen af ambulante behandlinger blandt de tre udvalgte operationer beskriver, i hvor høj grad sygehusene har omlagt deres produktion til ambulante behandling.

For de tre udvalgte behandlinger er der forskelle i sygehusenes omlægning. F.eks. udfører Århus og Randers sygehuse henholdsvis 91 pct. og 79 pct. af disse tre operationer i ambulante regi, mens Hvidovre Sygehus, Storstrømmens Sygehus samt Rigshospitalet udfører mellem 28 og 52 pct. af disse tre operationer i ambulante regi, *jf. figur 4.9*. Det bemærkes, at H:S får udført en stor del af operationerne i speciallæge praksissektoren.

Figur 4.9. Andel udført ambulante blandt tre udvalgte operationer, pct., 2005



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

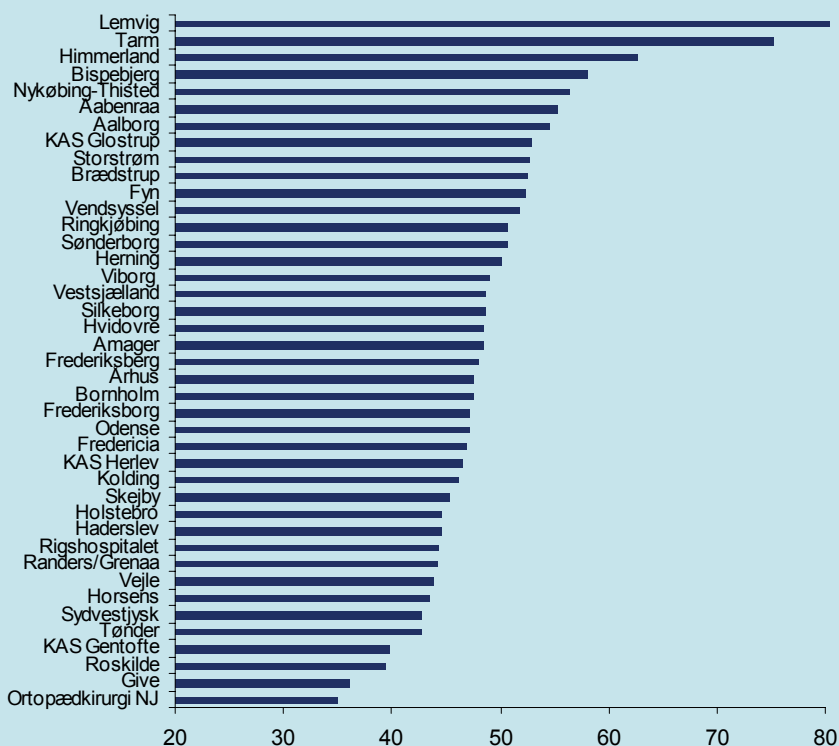
Note: De tre behandlinger er laparoskopisk cholecystectomi, laparoskopisk sterilisation samt udskrabning, som er tre behandlinger, der sædvanligvis alene foregår i sygehusregi. Der er kun medtaget sygehuse, som udfører alle tre behandlinger. Mængden af hver behandling indgår med samme vægt, således at relative forskelle i sammensætningen af behandlingerne undgås.

Andelen udført ambulante er beregnet svarende til figur 3.6.

Der er således forskelligt, i hvor høj grad sygehusene har omlagt deres produktion til ambulatant behandling. Det er dog muligt, at forskelle i patienternes tilstand og sygdom varierer og dermed påvirker, hvorvidt det er muligt at foretage behandlingen ambulant.

Ses på anvendelsen af personalet, anvender f.eks. Give Sygehus ca. 36 pct. af produktionsværdien til løn til personale (læger, sygeplejersker, andet plejepersonale), mens Lemvig Sygehus anvender ca. 84 pct. af produktionsværdien til løn til personale, jf. figur 4.10.

Figur 4.10. Lønsum (læger, sygeplejersker og andet plejepersonale) pr. produktionsværdi fordelt på sygehuse, pct., 2005



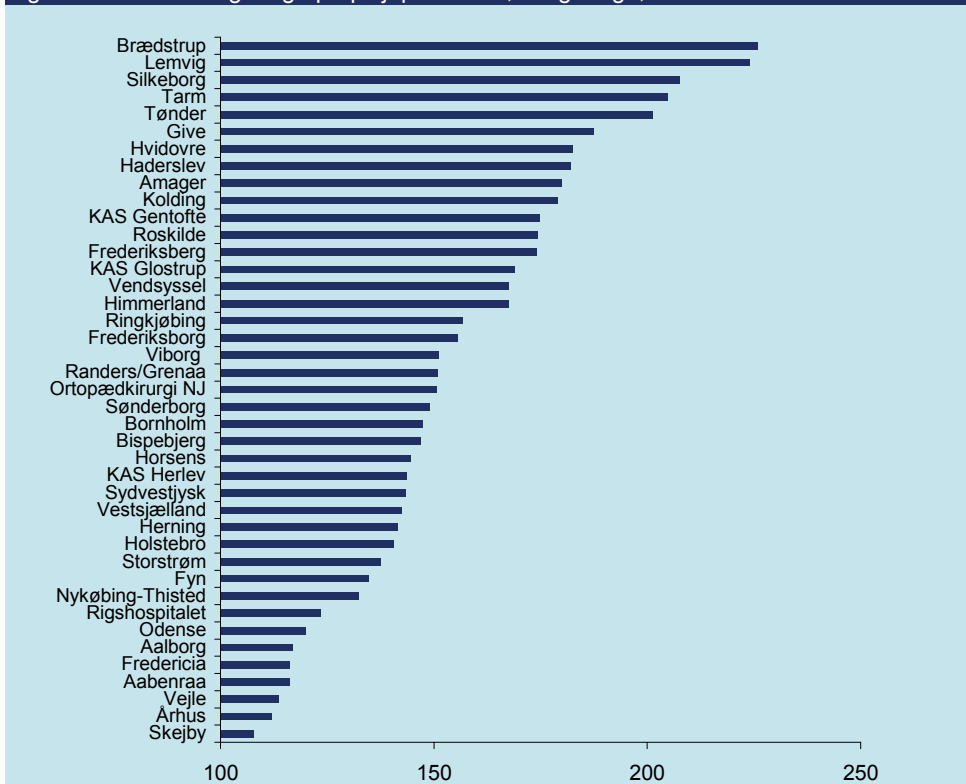
Kilde: Lønsum er beregnet på baggrund af Sundhedsstyrelsens Løn- og Beskæftigelsesregister (LBR) og senge-dage på baggrund af Sundhedsstyrelsens DRG-register. Foreløbige tal fra Løn- og Beskæftigelsesregisteret.

Note: I Løn- og Beskæftigelsesregisteret (LBR) kan bl.a. forbruget af læger være behæftet med usikkerhed, hvis personalegruppen udlånes til/lånes af andre sygehuse. Derudover indgår alene data for fastansatte personale-grupper, f.eks. indgår således ikke elever og studerende, fondsfinansieret beskæftigelse, praksisreservelæger, personale ved skoler, personale ved centralvaskerier samt personale i arbejdsmarkedspolitiske ordninger, f.eks. jobtræning, aktivering og puljejobs mv. Figuren omfatter ikke Friklinikken Brædstrup, idet størstedelen af lægernes lønsum ikke indgår i LBR (idet lægerne hyres løbende som konsulenter, jf. boks 4.1). Derudover indgår RAS, Køge og Roskilde som ét samlet sygehus.

Sammenlignes ovenstående nøgletal lønsum pr. produktionsværdi med målingen af produktivitet ses, at et relativt stort personaleforbrug typisk indebærer en lavere produktivitet.

Ses i stedet alene på anvendelsen af det plejende personale (sygeplejersker og andet plejepersonale), er det relevant at se på antal sengedage pr. ansat plejepersonale. Dette nøgletal kan mellem sammenlignelige sygehuse indikere, hvor produktivt plejepersonalet anvendes. Hver enkel plejeperson har i gennemsnit 226 sengedage på Brædstrup Sygehus, mens på Rigshospitalet har hver enkel plejeperson 124 sengedage, *jf. figur 4.11.*

Figur 4.11. Antal sengedage pr. plejepersonale, sengedage, 2005



Kilde: Årsværk er beregnet på baggrund af Sundhedsstyrelsens Løn- og Beskæftigelsesregister og sengedage på baggrund af Sundhedsstyrelsens DRG-register. Foreløbige tal fra Løn- og Beskæftigelsesregistret.

Note: Figuren omfatter ikke Frikliniken Brædstrup, idet sygehuset alene udfører ambulante behandlinger. Derudover indgår RAS, Køge og Roskilde som ét samlet sygehus..

På sygehusniveau kan antallet af sengedage pr. plejeperson påvirkes af, hvor mange ambulante versus stationære patienter der behandles. Således vil et sygehus, som foretager relativt mange behandlinger ambulante, have få sengedage, men vil stadig anvende pleje-

personale. Derudover kan f.eks. forskelle i patienttyngden, og dermed hvor plejkrævende patienterne er, påvirke forbruget af sengedage pr. plejepersonale.

Ovenstående nøgletal giver et indblik i sygehusenes forskellige behandlingsvilkår. Herudover kan personer med nærmere kendskab til sygehusene udvælge sammenlignelige sygehuse og sammenligne deres nøgletal. Det er målsætningen, at disse oplysninger kan være interessant læsning, der kan medvirke til at sætte gang i en forbedringsproces.

Derudover er det vigtigt at pointere, at nøgletallene ikke erstatter målingerne for produktivitet. Det er ligeledes vigtigt at pointere, at de viste forskelle i sygehusenes behandlingsvilkår ikke bør påvirke målingerne af produktivitet, idet DRG-produktionsværdien tager højde for forskelle i de ressourcer, som de forskellige typer af behandlinger indebærer. Således indgår en behandlingskrævende patient med en større vægt i målingen end en patient, som kræver mindre behandling.

Endelig viser gennemgangen af nøgletallene, at det tyder på, at liggetider og anvendelsen af personalet (lønsom pr. DRG-produktionsværdi) har betydning for produktiviteten. Dette er således formentlig områder, hvor der ved en målrettet indsats formentlig kan indhentes gevinster i form af højere produktivitet.

5. Fortsat arbejde

I 2006 og 2007 vil arbejdsgruppen arbejde videre med udvikling af løbende offentliggørelse af produktivetsopgørelser i sygehussektoren.

I sidste halvdel af 2006 vil arbejdsgruppen bl.a. arbejde videre med at forbedre kvaliteten af datagrundlaget. Dette gælder specielt mht. en fremadrettet indsats for at ensrette registreringerne af sygehusenes udgifter og aktivitet.

Et af de vigtigste formål med målinger af produktivitet er, at det sætter gang i en forbedringsproces. For at kunne foretage forbedringer, hvor det er mest tiltrængt, er det vigtigt med præcis information om, hvor potentialet er størst. Der arbejdes derfor i øjeblikket på at udvikle indikatorer for produktivitet på afdelingsniveau.

I første omgang udvikles og offentliggøres indikatorer for to typer af afdelinger, som omfatter afdelinger, der udfører gynækologiske og obstetriske behandlinger samt for afdelinger, der bl.a. udfører kirurgisk gastroenterologiske behandlinger (mave/tarm-operationer). Erfaringerne fra disse afdelinger skal herefter anvendes til at udvikle indikatorer for de øvrige typer af afdelinger. Resultatet af dette arbejde med offentliggørelse af indikatorer for produktivitet på afdelingsniveau i sygehussektoren afrapporteres i en delrapport III fra arbejdsgruppen i foråret 2007.

Derudover skal der udvikles en brugervenlig IT-løsning, hvor interesserede let kan skaffe sig overblik over produktivitet, aktivitet og udgifter i sygehusvæsenet. Målingerne af produktiviteten i sygehusvæsenet vil fremover blive offentliggjort systematisk og løbende. Efterhånden vil der således komme til at foreligge produktivetsmålinger udført efter samme metode for en årrække. I den forbindelse skal det overvejes, hvordan det fremtidige arbejde med at opgøre produktivitet skal foregå.

BILAG

Bilag 1. Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen

Kommissorium for offentliggørelse af produktivetsanalyser på sundhedsområdet

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har primo september 2005 offentliggjort en pjece om systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger på sundhedsområdet. Disse målinger skal skabe åbenhed og synlighed om produktivetsforholdene i det danske sundhedsvæsen.

Af aftale om strukturreformen fremgår, at "systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsanalyser på regions-, sygehus-, afdelingsniveau eller andet relevant niveau skal skabe synlighed om evnen til at levere mest mulig sundhed for pengene". Det er endvidere i økonomiaftalen for 2006 mellem amterne og regeringen aftalt at "gennemføre systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger på sundhedsområdet".

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

Arbejdsgruppen skal bl.a.:

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

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

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra Danske Regioner, H:S, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand).

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

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

Sammensætning af arbejdsgruppen

Kontorchef Henrik Grosen Nielsen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, formand)

Specialkonsulent Mads Hansen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)

Specialkonsulent Claus Bager Jensen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)

Fuldmægtig Signe Hermansen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)

Fuldmægtig Søren Jakobsen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)

Kontorchef Poul Erik Hansen (Sundhedsstyrelsen)

Chefkonsulent Annette Søberg Roed (Sundhedsstyrelsen)

Chefkonsulent Eva Bartels (Sundhedsstyrelsen)

Fuldmægtig Rose Marie Pedersen Ulrich (Sundhedsstyrelsen)

Chefkonsulent Søren Lindemann Aagesen (Finansministeriet)

Kontorchef Malene Højsted Kristensen (Danske Regioner)

Konsulent Ebbe Brage (Danske Regioner)

Kontorchef Henrik Larsen (Region Nordjylland)

Sundhedsdirektør Jens Elkjær (Region Syddanmark)

Sygehusdirektør Svend Skov Jensen (Region Sjælland)

Afdelingschef Jens Ole Skov (Region Midtjylland) afløst af afdelingschef Gert Sørensen (Region Midtjylland)

Koncerndirektør Morten Rand Jensen (Region Hovedstaden)

Budget- og planlægningschef Søren Helsted (Region Hovedstaden)

Bilag 2. Beregning af produktionsværdi og tilrettede driftsudgifter.

Beregning af de tilrettede driftsudgifter

De tilrettede driftsudgifter opgøres som udgangspunkt med henblik på beregning af DRG- og DAGS-takster. Her danner de tilrettede driftsudgifter grundlag for kroneværdiberegningen, som fastsætter niveauet af taksterne. De tilrettede driftsudgifter er jf. Sundhedsstyrelsens vejledning herom, et udtryk for de omkostninger, der er medgået til behandling af de somatiske patienter. Til takstberegningsformål beregnes de tilrettede driftsudgifter som sygehusvæsenets netto driftsudgifter (skema 1 – 3) fratrukket udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling (skema 4 – 7), udgifter til ambulant patientbehandling, udgifter til ydelser til praksissektoren, særydelser til udenamtslige patienter og langliggere.

Ved opgørelse af produktivitet opgøres de tilrettede driftsudgifter på følgende måde:

- + Sygehusvæsenets totale driftsudgifter (skema 1 – 3)
- Udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling (skema 4 – 7)
- Udgifter til klinisk biokemiske laboratorieydelser til praksissektoren
- Udgifter til internt finansieret forskning
- Udgifter til medicin på ambulante afdelinger
- Ensretning af driftsudgifter
- = de (justerede) tilrettede driftsudgifter

Målingerne af produktivitet omfatter hele den samlede somatiske sygehussektor. Derfor justeres de tilrettede driftsudgifter således, at udgifter til ambulant behandling inkluderes samt udgifter til patienter med ekstra lange indlæggelsesforløb (langliggere) inkluderes, og endeligt fratrækkes udgifter til medicin på ambulante afdelinger og internt finansieret forskning, jf. nedenfor.

Somatiske patientbehandlinger

Sygehusvæsenets netto driftsudgifter, som beskrevet via de indberettede skema 1-3, fratrækkes udgifter som ikke bidrager til den somatiske patientbehandling (indberettet ved de såkaldte skema 4-7), for at sikre en ensartet vurdering mellem sygehusene. Udgiftsposterne omfatter bl.a. huslejeudgifter, psykiatrisk behandling, konsulentbistand mv.

Klinisk biokemiske laboratorieudgifter til praksissektoren

Udgifter til klinisk biokemiske laboratorieudgifter til praksissektoren indgår ikke i beregningen af produktionsværdien (kroneværdiberegningen) og skal derfor heller ikke indgå i udgifterne.

Udgifterne opgøres på baggrund af sygehusenes indberetninger til Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Herfra indhentes oplysninger om antallet af klinisk biokemiske labo-

ratorieydelse til praksissektoren, som ganges med den landsgennemsnitlige omkostning ved disse ydelser.

Forskning

De tilrettede driftsudgifter, der danner udgangspunkt for måling af produktiviteten i hele den samlede sygehussektor, fratrækkes udgifter til internt finansieret forskning. Udgifter til intern forskning kan ikke adskilles som selvstændig udgiftspost og indgår derfor af praktiske grunde også i DRG- og DAGS-taksterne og dermed i den stationære del af produktionsværdien. For at tage hensyn til de sygehuse, der opretholder en stor udgift til internt finansieret forskning, trækkes udgifter til intern forskning ud af de tilrettede driftsudgifter.

Ved at trække intern forskning ud af de tilrettede driftsudgifter opstår der en mindre uoverensstemmelse mellem input- og output-siden.

Medicin

De tilrettede driftsudgifter fratrækkes medicinudgifter til ambulante afdelinger. Hele medicinudgiften til ambulante afdelinger fratrækkes, idet det ikke har været muligt at afgrænse udgiften til særydelsesmedicin.

De tilrettede driftsudgifter korrigeres for udgifter til medicin på ambulante afdelinger for at sidestille sygehuse med høje udgifter til særydelsesmedicin (som er særlig dyr medicin) med øvrige sygehuse.

De ambulante DAGS-takster indeholder udgifter til særydelser. Oplysninger om, hvilke patienter der har modtaget særydelser, er imidlertid mangelfulde, og mange af udgifterne til særydelser fordeles derfor jævnt over alle patienter. Udgifter til særydelser er skævt fordelt mellem amter (og sygehuse). Dette indebærer, at sygehuse med et stort forbrug af særydelser - uden en korrektion for medicin på ambulante afdelinger - ikke vil blive tilstrækkelig tilgodeset ved målingerne.

Opgørelsen af medicin fra 2003-2004: Medicinudgiften er indhentet fra Lægemiddelstyrelsen. Udgifterne for 2004 er valideret af amterne, mens udgifterne for 2003 ikke er valideret af amterne. I 2003 er udgiften fra Lægemiddelstyrelsen i stedet korrigeret med niveauforskellen mellem Lægemiddelstyrelsens tal og amternes validerede tal i 2004. Denne samlede medicinudgift fordeles derefter mellem ambulante og stationære aktiviteter på baggrund af fordelingen af de validerede udgifter fra 2004.

Opgørelsen af medicin fra 2004-2005: Medicinudgiften er indhentet fra Lægemiddelstyrelsen. Udgifterne for 2004 og 2005 er valideret af amterne. I sammenligningen mellem 2004 og 2005 anvendes Lægemiddelstyrelsens niveau af medicinudgiften, som herefter fordeles

mellem ambulant og stationær aktivitet på baggrund af fordelingen fra de validerede udgifter fra 2005.

Ensretning af driftsudgifter

De tilrettede driftsudgifter korrigeres for manglende ensrettet indberetning på udvalgte områder.

I arbejdet med at opgøre produktivitet på sygehusområdet er der fundet eksempler på, at de samme typer sygehusudgifter registreres forskelligt. For at sikre den størst mulige kvalitet i målingerne har en arbejdsgruppe derfor søgt at kortlægge problemstillingerne vedr. opgørelse af de tilrettede driftsudgifter.

På baggrund af kortlægningen har arbejdsgruppen anmodet amterne om at ensrette indberetningen af de tilrettede driftsudgifter (skema 1-7) inden for udvalgte områder ud fra uddybede retningslinier. De udvalgte områder omfatter fordelingen af udgifter til psykiatri, afgrænsning mellem ombygning og renovering, udgifter ved operationel leasing samt håndtering af udgifter ved organisationsændringer.

Langliggere

Langliggere inkluderes i de tilrettede driftsudgifter, idet der indgår en takst til langliggere i produktionsværdien. Aktiviteten inkluderes derfor for at få overensstemmelse mellem input og output.

Beregning af produktionsværdien

For at kunne sammenligne produktiviteten på tværs af amter og over tid er produktionsværdien korrigeret for indførelse af nye koder, ændringer i sygehusstrukturen samt udgifter til medicin. Produktionsværdien beregnes derfor som:

+ Ukorrigeret produktionsværdi

- Korrigeret for indførelse af nye koder mv.
- Korrigeret for udgifter til medicin på ambulante afdelinger
- Korrigeret for ændringer i struktur
- Korrigeret for forskelle i organisering

= Korrigeret produktionsværdi

Nye koder

Ved sammenligning af produktionsværdi for 2003 og 2004:

Opgørelsen af produktionsværdien for 2003 og 2004 er foretaget med udgangspunkt i takstsystemet for 2004. Både for ambulante og stationære patienter i 2004 anvendes koder, der først er blevet implementeret i de gældende SKS-klassifikationer i løbet af 2003 eller ved årsskiftet 2003/2004. For at rette op på, at den samme aktivitet grupperes forskelligt alene som følge af nye koder, beregnes en korrektion af aktiviteten.

Korrektionen for 2004 implementeres ved, at værdien af aktiviteten i 2004 justeres, så den svarer til værdien ved gruppering uden de nye koder. Der er foretaget korrektioner efter samme metode som i den statslige meraktivitetspulje inden for følgende områder, som der blev oprettet koder for i 2004: intensiv, neurorehabilitering, nye ambulante proceduregrupper, nye ambulante diagnosegrupper, klinisk fysiologi og nuklearmedicin. Speciale 61 og 63 er ligesom i den statslige meraktivitetspulje udeladt af opgørelserne. Telefonkonsultationer er samtidig taget ud af opgørelsen, da registrering heraf ikke er obligatorisk.

Ved sammenligning af produktionsværdien for 2004 og 2005:

Af samme årsager som nævnt ovenfor opgøres produktionsværdien for 2004 og 2005 med udgangspunkt i takstsystemet for 2005.

Der korrigeres for neurorehabilitering og intensivgrupper efter samme metode som i den statslige meraktivitetspulje. Grupperingen for neurorehabilitering udføres både i 2004 og 2005, idet det ikke kan vurderes, om grupperingen til grupperne er foregået i tilstrækkeligt omfang. Intensivkorrektionen fortsættes ligeledes, idet anvendelsen af intensivgrupper ikke er blevet anvendt som forventet. Telefonkonsultationer er samtidig taget ud af opgørelsen, da registrering heraf ikke er obligatorisk.

Der korrigeres for onkologiske behandlinger i 2005 pga. ændret registreringspraksis i 2005. Ændringen fremkaldes af, at der i takstsystem 2005 er oprettet en ny DAGS-gruppe PG12K, Avanceret radioterapi, med en takst på 9.090 kr. ekskl. et ambulant besøg (2005 priser), som bl.a. hænger sammen med behandlingskoden BWGC5: Individuel 3D konform strålebehandling (>2felter) .

Behandlingskoden BWGC5 kan imidlertid også anvendes i forbindelse med "almindelig" strålebehandling som ellers grupperes til DAGS-gruppen PG12C på baggrund af behandlingskoden BWGC1: Konventionel eksternt strålebehandling, som giver en afregning fra DAGS-gruppen PG12C på 571 kr. ekskl. ambulant besøg (2005 priser). Den ændrede registreringspraksis indebærer, at koden BWGC5 i højere grad end tidligere anvendes. Dette har bevirket en kraftig stigning i produktionsværdien på det onkologiske område fra 2004 til 2005.

Korrektionen for onkologi foretages ved at nedskrive værdien af produktionsværdien i 2005, således at den svarer til værdien i en situation uden DAGS-gruppen PG12K. Der er konstateret substitution i brugen af grupperne DG30A/PG12C til brugen af PG12K. Korrektionen foretages derfor ved, at reduktionen i antallet af besøg for grupperne DG30A/PG12C gange med forskellen i værdi mellem PG12K og DG30A/PG12C (dvs. for DG30A ganges med 10.450 kr. - 2.107 kr. = 8.343 kr.). Her tages højde for, at hvis nedgangen i antallet af besøg inden for DG30A samt PG12C er større end stigningen i antal besøg i PG12K, så skal alene stigningen i PG12K danne udgangspunkt for korrektionen.

Medicin på ambulante afdelinger

De tilrettede driftsudgifter fratrækkes udgiften til medicin på ambulante afdelinger for at sidestille sygehuse med store udgifter til særydelser med andre sygehuse. Arbejdsgruppen har for at opnå så stor overensstemmelse som muligt mellem produktionsværdi og de tilrettede driftsudgifter valgt at fratække værdien af takster til medicin fra den ambulante produktionsværdi.

For årene 2003-2004 korrigeres konkret for medicinudgiften ved at udelade DAGS-grupperne, som omfatter medicinudgifter, hvis der ikke er et ambulant besøg. Hvis der er et ambulant besøg, indgår besøget alene med besøgstaksten, og cancerpatienter tildeles yderligere en cancertakst på 520 kr. De udeladte casemixgrupper er PG12D (kompleks kemoterapi), PG12E (basiskemoterapi) samt PG12F (antistofbehandling). HIV-gruppen er også oprettet i 2004 og udelades derfor af samme grund i begge år ved hjælp af aktionsdiagnosen DB20-DB24 eller DF024. Det har ikke været muligt at udelade udgiften til botulinumtoksin-injektion i 2003, idet alle procedurekoder til behandlingen først er oprettet i 2004. Derfor indgår botulinumtoksin-injektion for begge år. Det har endvidere ikke været muligt at udelade behandling med ciclosporin, idet casemixgruppen for denne behandling

først oprettes i 2004. Det er heller ikke muligt på sammenlignelig vis at opfange behandlingen ciclosporin ved procedurekoden BOHJ20. Derfor indgår behandlingen ciclosporin i begge år.

For årene 2004-2005 omfatter de udeladte casemixgrupper, som indgår med en besøgstakst samt en cancertakst PG12D (kompleks kemoterapi eller antistofbehandling), PG12E (basiskemoterapi) samt PG12F (kompleks kemoterapi kombineret med antistofbehandling). De udeladte casemixgrupper, som alene indgår med en besøgstakst, omfatter DG30C (HIV-infektion), PG12G (behandling med ciclosporin) samt PG12I (botulinumtoksin-injektion),

Ændringer i struktur

Der korrigeres for strukturændringer i amterne ud fra de oplysninger, der er tilgæet Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den statslige meraktivitetsordning. Her korrigeres for sygehus- og afdelingsssammenlægninger, der kan påvirke produktionsværdien. Herudover korrigeres i specielle tilfælde for omlægning fra stationær til ambulans behandling. Enkelte korrektioner for ændringer i struktur (bl.a. ved sammenlægning af sygehuse) opfanges ved korrektionen for forskelle i organisering og udelades derfor.

Forskelle i organisering

Der korrigeres for, at sygehuse er organiseret forskelligt. Det skyldes, at organisering af sygehuse kan påvirke målingen af produktivitet, idet værdifastsættelsen i DRG- og DAGS-systemet påvirkes af amternes organisering af sygehusvæsenet.

Ifølge Sundhedsstyrelsens Takstvejledning sker afregning på baggrund af sygehusudskrivninger og ikke afdelingsudskrivninger. En sygehusudskrivning kan indeholde flere afdelingsudskrivninger. En sygehusudskrivning defineres som en udskrivning fra et sygehus, uden at der samme dag sker indlæggelse på en anden afdeling på det samme sygehus. Dette indebærer, at et amt med flere sygehuse, der som en del af behandlingen foretager mange overførsler af patienter mellem sygehuse, vil få flere sygehusudskrivninger og dermed en højere produktionsværdi end et amt med ét samlet sygehus. For at undgå at forskelle i organiseringen påvirker målingen af produktivitet, da korrigeres for forskelle i organisering.

Den valgte metode til korrektion for organisationsforskelle ophæver eventuelle inden- amtslige sygehusgrænser således, at et amt med flere sygehuse bliver DRG-mæssigt sidestillet med et amt med kun ét sygehus. I korrektionen identificeres alle inden- amtslige udskrivninger ud fra patient identifikation og dato m.m., og herefter kan den dyreste afdelingsudskrivning for den samlede inden- amtslige udskrivning blive identificeret. Værdien af den dyreste afdelingsudskrivning fordeles ud til de afdelinger, som har deltaget i behand-

lingsforløbet. Denne fordeling foretages forholdsmæssigt ud fra værdien af den enkelte afdelingsudskrivning i forhold til summen af værdien af alle afdelingsudskrivninger, som er indgået i den indenamtlig udskrivning

Herved formindskes produktionsværdien, hvilket der korrigeres for ved at gange en fælles faktor på produktionen, således at den samlede produktionsværdi for hele landet fastholdes. Herefter fordeles den samlede DRG-værdi for hele forløbet ud til alle sygehuse, der indgår i det samlede forløb.

Andet

De tilrettede driftsudgifter og produktionsværdien for Amager Hospital er opdelt i forhold til ejerskabsforholdet mellem København og H:S.

Herudover udelades Montebello fra Gentofte Sygehus, idet udgifterne ikke er oplyst. Af samme årsag udelades Fysiologisk Hospital Hornbæk fra Rigshospitalet.

I Nordjyllands Amt blev der med virkning fra 1. januar 2004 oprettet to funktionsbærende enheder (FBE), som omfatter FBE-Kirurgi Syd (Aalborg Sygehus - Sygehus Himmerland) og FBE-ØNH (Aalborg Sygehus - Sygehus Vendsyssel). Organisatorisk og ledelsesmæssigt henhører begge til Aalborg Sygehus, ligesom aktiviteten registreres på afdelinger under Aalborg Sygehus. Aktiviteten finder imidlertid sted i både Aalborg og hhv. Himmerland og Vendsyssel. Eftersom udgifterne er fordelt efter, hvor aktiviteten finder sted, da fordeles aktiviteten også på Aalborg, Himmerland og Vendsyssel.

Udgifterne til Ortopædkirurgi Nordjylland er opgjort med udgangspunkt i fordelingsregnskaberne for hhv. Aalborg Sygehus, Sygehus Vendsyssel og Sygehus Himmerland. Udskillelsen af ortopædkirurgi Nordjylland har ikke betydning for opgørelsen af udgifterne på lands-, regions- og amtstotaler.

Bilag 3. Datakvalitet

1. Indledning

Produktiviteten opgøres som forholdet mellem produktionsværdi opgjort efter DRG- og DAGS-systemet og de tilrettede driftsudgifter.

God datakvalitet i produktivetsmålingerne opnås for det første, når målinger af værdien af produktionen og udgifterne knyttet til udførelsen af produktionen er så præcis som muligt. For det andet skabes et godt grundlag for en god datakvalitet, når der er overensstemmelse i opgørelsen af henholdsvis produktions- og udgiftssiden.

Som led i udarbejdelsen af produktivetsmålingerne for 2004-2005 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet i samarbejde med Danske Regioner, sygehusejerne og Sundhedsstyrelsen gennemført et større arbejde for at opnå så god datakvalitet som muligt i produktivetsmålingerne.

Der er dog fortsat visse områder, hvor datakvaliteten ikke er fuldt retvisende i forhold til måling af produktion og udgifter. Der bør derfor tages forbehold for disse områder ved fortolkningen af produktivetsmålingerne. Listen over områder er ikke udtømmende.

2. De tilrettede driftsudgifter

2.1 Konterings- og afgrænsningsforskelle

Forskelle i konteringspraksis af driftsudgifterne og afgrænsning i forhold til indberetning af disse til skema 1 – 7 kan få betydning for de tilrettede driftsudgifter.

Med henblik på at ensrette konteringspraksis m.m. har en arbejdsgruppe bestående af Danske Regioner, sygehusejerne, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand) i foråret 2006 derfor arbejdet med at kortlægge problemstillinger vedr. opgørelse af de tilrettede driftsudgifter.

På denne baggrund har sygehusejerne fået en mulighed for at ensrette opgørelsen af udgiftsområderne: udgifter til psykiatri, afgrænsning mellem ombygning og renovering, udgifter ved operationel leasing samt håndtering af udgifter ved organisationsændringer. Tilbagemeldinger vedrørende denne ensretning indgår i de nye målinger af produktiviteten for 2004-2005.

På trods af denne mulighed for ensretning findes der stadig forskelle i konterings- og indberetningspraksis, der kan have betydning for de tilrettede driftsudgifter.

Ud over ovenstående emner, der er søgt ensrettet, har undersøgelser fra Danske Regioner bl.a. vist, at kontering af udgifter på henholdsvis anskaffelser (art 2.7) og øvrige varekøb (art 2.9) kan være forskellig. Dette kan få betydning for de tilrettede driftsudgifter, idet øvrige varekøb indgår i udgifterne, mens anskaffelser ikke indgår i udgifterne.

Forskelle i konteringspraksis af anlæg versus drift kan også føre til kunstige forskelle i de tilrettede driftsudgifter. Dette gælder f.eks. ved kontering af udgifter, som kan relateres til IT-investeringer. Gældende regler er ikke utvetydige i forhold til afgrænsningen mellem drift og anlæg, og der kan derfor forekomme forskellig konteringspraksis opstået ved skøn.

Danske Regioners undersøgelser viser også, at forskelle i afgrænsning af udgifter kan påvirke opgørelsen af de tilrettede driftsudgifter og dermed målingen af produktivitet. Dette gælder f.eks. afgrænsningen mellem renovering og ombygning, der foretages af de enkelte sygehuse. Forskellig afgrænsning kan få betydning for opgørelse af de tilrettede driftsudgifter, idet udgifter til renovering indgår i udgifterne, mens ombygninger derimod skal fratregges udgifterne.

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

Undersøgelserne viser også, at der kan være forskel i, hvorvidt stabsfunktioner på amtsniveau medtages i de tilrettede driftsudgifter. Og de tilrettede driftsudgifers opbygning tilgodeser sygehuse med et relativt stort antal tjenestemænd, da de tilrettede driftsudgifter renses for tjenestemandspensioner.

Endelig kan ændringer i regnskabspraksis påvirke opgørelsen af udviklingen i udgifterne. Hvor det er muligt, søges at korrigere for ændringer i registreringspraksis, således at betydningen neutraliseres.

2.2 Særydelser

For at kunne sammenligne amter med særligt store udgifter til ambulante særydelser fratregges udgifter til medicin til ambulante afdelinger fra de tilrettede driftsudgifter.

I tidligere produktivitetmålinger har det alene været særydelser til fremmede patienter på basisniveau i form af medicinudgifter til disse patienter, som er blevet fratrukket de tilrettede driftsudgifter. Dette indebærer, at produktiviteten på sygehuse med store udgifter til særydelser blev undervurderet.

I arbejdsgruppens produktivetsmålinger korrigeres for hele medicinudgiften til ambulante afdelinger. Denne korrektion er således en væsentlig forbedring i forhold til tidligere anvendte metoder, idet alle amter dermed søges ligestillet.

Korrektionen kan dog fortsat påvirke målingen af produktivitet u hensigtsmæssigt. Det kan f.eks. forekomme ved opgørelsen af den ambulante medicinudgift.

Opgørelsen af medicinudgiften for 2003-2004 er opgjort på baggrund af medicinudgifter fra Lægemedelstyrelsen. Udgifterne for 2004 er valideret af amterne. Amternes validering af udgifterne er foregået på baggrund af deres økonomistyringssystemer. Amterne har forskellige typer økonomistyringssystemer, og resultatet af valideringen er derfor varierende. Det har ikke været muligt at nå at få valideret udgifterne for 2003 af amterne. Både amternes forskellige validering i 2004 samt den manglende validering af udgifterne i 2003 kan have betydning for opgørelsen af de tilrettede driftsudgifter.

Opgørelsen af medicinudgiften for 2004-2005 er også opgjort på baggrund af medicinudgifter indhentet fra Lægemedelstyrelsen. Udgifterne fra Lægemedelstyrelsen indeholder bl.a. ikke udgifter til løn i forbindelse med blanding af medicin mv. Udgifterne for 2004 og 2005 er valideret af amterne. De validerede udgifter anvendes herefter til at fordele medicinudgifterne mellem ambulante og stationære aktiviteter.

2.3 Forskningsudgifter

De tilrettede driftsudgifter omfatter ikke udgifter til internt finansieret forskning, idet udgiften fratrækkes de tilrettede driftsudgifter. Denne korrektion for udgifter til internt finansieret forskning gennemføres for at tage hensyn til de amter, der opretholder en stor udgift til intern forskning. Det er ikke muligt at fratække den del af produktionsværdien, der vedrører forskning.

Når man således fratækker forskningsudgifter i de tilrettede driftsudgifter og ikke i produktionsværdien, kan der derfor opstå mindre uoverensstemmelse mellem de tilrettede driftsudgifter og produktionsværdien. Problemstillingen er dog uden betydning, når produktiviteten måles i forhold til landsgennemsnittet.

Korrektionen er baseret på tal fra Dansk Center for Forskningsanalyse fra 2002 og 2004. Ændringer i ressourceforbruget siden opgørelsen er således ikke omfattet af opgørelsen. Sygehusene har dog haft mulighed for at indberette ændringer i forbruget til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

3. Produktionsværdien

3.1 *Organisering af sygehusvæsenet*

Amternes organisering af sygehusene kan påvirke målingen af produktivitet for 2003-2004. Målingerne for 2004-2005 er korrigeret for organisationsforskelle, og er derfor ikke påvirket af forskelle i sygehusvæsenets organisering.

I målingerne for 2003-2004 kan produktiviteten imidlertid være påvirket af forskelle i organisering. Det skyldes, at værdifastsættelsen i DRG- og DAGS-systemet afhænger af amternes organisering af sygehusvæsenet.

Et konkret eksempel kan være, hvis en patient overføres fra et sygehus til et andet. Så vil patientens behandling på begge sygehuse bidrage til produktionsværdien. Hvis patienten derimod modtager hele behandlingen på samme sygehus, men f.eks. på to forskellige afdelinger, så vil kun det tungeste af de to forløb bidrage til produktionsværdien.

Denne opgørelsesmetode bevirker, at det for målingen fra 2003-2004 kan få betydning for produktiviteten, om et amt har organiseret sit sygehusvæsen under et sygehusnummer, eller om sygehusene er organiseret med et sygehusnummer pr. sygehushusmatrikel.

3.2 *Gråzone*

Visse behandlinger kan både udføres ambulant og stationært (såkaldte gråzonebehandlinger). For at understøtte omlægningen fra indlagt til ambulant behandling er der for disse behandlinger fastsat en vægтет gennemsnitstakst for, hvad behandlingen koster ambulant og indlagt.

Den ambulante behandling værdisættes dermed til en højere takst, end hvad omkostningerne er, og omvendt for den indlagte behandling. Det indebærer, at der kan ske en overvurdering af produktionsværdien for den ambulante behandlingsaktivitet og dermed også en overvurdering af produktiviteten. Og det omvendte er gældende for den indlagte behandlingsaktivitet.

Undersøgelser viser, at en forskellig sammensætning mellem henholdsvis forskellige typer behandlinger samt mellem ambulante og stationære gråzonepatienter kan påvirke opgørelsen af produktionsværdien og dermed produktiviteten. I takt med omlægning til ambulant behandling vil denne usikkerhed reduceres.

3.3 *Patientsammensætning*

Patientsammensætningen på tværs af amter kan også påvirke produktiviteten. Det skyldes, at DRG- og DAGS-systemet afspejler de landsgennemsnitlige omkostninger ved pati-

entbehandling. 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 særlig aktuell for amter, der udfører de såkaldte højt specialiserede lands- og landsdelsbehandlinger. Dette kan indebære, at produktionen bliver undervurderet for disse amter og dermed også produktiviteten. Omvendt kan produktiviteten overvurderes, hvis et amt udfører mange mindre ressourcekrævende behandlinger.

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

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

Antallet af patienternes sengedage kan også påvirke produktiviteten. DRG- og DAGS-taksterne søger at angive ressourcetrækket ved indlæggelse op til et begrænset antal sengedage. Har patienten behov for at ligge længere på sygehuset, da tildeles sygehuset en langliggertakst pr. ekstra dag, patienten ligger på sygehuset. Langliggertaksten er ens for alle patienttyper og er ikke omkostningsbestemt.

Hvis et amt har mange intensiv patienter med stort dagligt behandlingsbehov, der er indlagt i særlig lang tid, kan produktiviteten undervurderes. Omvendt kan produktiviteten overvurderes, hvis et amt har mange patienter med meget kort liggetid.

3.4 Forskellig registrering af samme aktivitet

Registrerer sygehusejerne den samme type behandlingsaktivitet forskelligt, kan det give kunstige forskelle i produktionsværdien og dermed i produktiviteten. Undersøgelser tyder

dog på, at dette ikke er et udbredt problem, da variationen i produktionsværdi pr. behandlet borger er begrænset. Dette er tegn på, at registreringerne er korrekt foretaget, idet det må formodes, at befolkningen i amterne i gennemsnit er lige behandlingskrævende.

Dog er fundet eksempler på, at der er forskelle i sygehusenes anvendelse af indlæggelser, der varer under et døgn (0-døgnsindlæggelser) inden for specifikke behandlingsområder (DRG-grupper), hvilket kan indebære en mindre påvirkning af produktionsværdien.

3.5 Registreringsændringer (creep)

Hvor præcist produktionsværdien kan blive, afhænger også af praksis i forbindelse med registrering af sygehusaktiviteten. Hvis registreringspraksis f.eks. ændrer sig, kan der for visse amter ske en opregistrering af sygehusydelse (creep), således at samme aktivitet tildeles en dyrere takst. Dette kan også påvirke produktiviteten.

Undersøgelser viser tegn på, at der tidligere har fundet en opregistrering sted, men at udviklingen i værdien af den registrerede aktivitet de seneste år er stabil. Således er stigningen i den gennemsnitlige værdi pr. kontakt faldet fra en stigning fra 2001-2002 på 3,1 pct. til en stigning fra 2003-2004 på 1,2 pct.

Det er ikke muligt præcist at undersøge, hvorvidt en stigning i værdi per kontakt skyldes en opregistrering af sygehusydelse (creep), eller om stigningen skyldes teknologisk udvikling. Det er derfor muligt, at creep på baggrund af opregistrering kan forekomme. Denne creep årsag må dog antages at være særdeles begrænset, da sygehusenes aktivitetsregistreringer siden 2002 har været underlagt ekstern revision.

3.6 Teknologisk udvikling

Omkostningsoplysningerne, der ligger til grund for beregning af taksterne til DRG- og DAGS-systemet, er i gennemsnit halvandet til to år bagefter i forhold til den nyeste teknologi. Det kan f.eks. få betydning ved nye omkostningskrævende behandlingsmetoder.

Det er eksempelvis muligt, at produktionsværdien ikke fuldt ud afspejler udviklingen i udgiftsdrivende såvel som udgiftsdæmpende ændringer i behandlingsteknologien mv.

Bilag 4. Data anvendt til produktivitetmålingerne.

DRG-produktionsværdi 2004-2005

Ved målinger af produktivitet over en årrække skal DRG-produktionsværdien kunne sammenlignes på tværs af årene. Produktiviteten sammenlignes derfor for to på hinanden efterfølgende år, hvor der anvendes samme takstsystem. Dette indebærer, at DRG-produktionsværdien for 2003-2004, jf første delrapport december 2005, opgøres med takstsystem 2004, mens DRG-produktionsværdien for 2004-2005 opgøres med takstsystem 2005. Herved bliver DRG-produktionsværdien sammenlignelig for to år ad gangen.

DRG-produktionsværdi 2004-2005, takstsystem 2005

Tabel B1. DRG- og DAGS-produktionsværdien, 2004, 1.000 kr., 2005-priser							
Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Nye koder mv. ambulans	Nye koder mv. stationært	Medicin på ambulante afdelinger	Strukturændringer	Organiseringsforskelle	Korrigeret produktionsværdi
Rigshospitalet	3.745.594	2.992	-26.856	143.415	4.140	-13.661	3.635.563
Bispebjerg Hospital	1.073.949	112	-15.024	9.101	11.439	13.424	1.054.896
Hvidovre Hospital	1.336.028	257	10.363	28.978	0	-4.112	1.300.542
Amager Hospital	356.783	348	-5.724	362	0	218	361.584
Frederiksberg Hospital	663.118	511	-8.977	547	0	5.615	665.421
H:S, total	7.175.471	4.220	-46.217	182.404	15.579	1.484	7.018.007
Amager Hospital	184.617	180	-2.962	187	0	113	187.093
KAS Gentofte	1.561.747	648	0	2.111	0	-8.174	1.567.161
KAS Glostrup	1.107.737	90	-25.887	290	0	-551	1.133.794
KAS Herlev	1.795.702	2.288	-586	94.406	2.465	-2.237	1.699.366
København, total	4.649.804	3.207	-29.435	96.995	2.465	-10.849	4.587.414
Fr.borg Amts sundhedsvæsen	2.133.100	137	-32.525	46.769	0	-40.319	2.159.038
Fr.borg Amt, total	2.133.100	137	-32.525	46.769	0	-40.319	2.159.038
RAS, Roskilde	1.028.256	133	-10.562	31.150	0	-7.213	1.014.748
RAS, Køge	649.300	23	-4.723	986	0	-491	653.505
Roskilde, total	1.677.556	156	-15.285	32.137	0	-7.704	1.668.252
Sygehus Vestsjælland	1.733.313	741	-11.469	1.254	0	-33.710	1.776.497
Sygehus Vestsjælland, total	1.733.313	741	-11.469	1.254	0	-33.710	1.776.497

Tabel B1. DRG- og DAGS-produktionsværdien, 2004, 1.000 kr., 2005-priser (fortsat)

Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Nye koder mv. ambulant	Nye koder mv. stationært	Medicin på ambulante afdelinger	Strukturændringer	Organiseringsforskelle	Korrigeret produktionsværdi
Storstrømmens Sygehus	1.662.288	637	-22.023	43.680	0	-32.824	1.672.817
Storstrømmens Sygehus, total	1.662.288	637	-22.023	43.680	0	-32.824	1.672.817
Bornholms Centralsygehus	241.930	0	-2.752	4.910	0	-4.626	244.397
Bornholm, total	241.930	0	-2.752	4.910	0	-4.626	244.397
Odense Universitetshospital (inkl. OU, Middelfart)	3.154.689	38	-20.233	55.814	23.288	-36.655	3.132.437
Sygehus Fyn (inkl. Ringe, Nyborg, Faaborg, Svendborg, Rudkøbing, Ærøskøbing)	953.442	43	0	43	0	6.880	946.476
Fyn, total	4.108.131	81	-20.233	55.857	23.288	-29.775	4.078.914
Sønderborg Sygehus	665.617	14	-27.624	12.376	0	-997	681.849
Haderslev Sygehus	336.086	6	0	6.348	0	2.710	327.022
Tønder Sygehus	88.330	5	0	5	0	2.463	85.856
Aabenraa Sygehus	290.567	0	-21.706	0	0	4.338	307.935
Sønderjylland, total	1.380.600	25	-49.330	18.729	0	8.513	1.402.663
Sydvestjysk Sygehus	1.404.923	55	-24.118	18.751	0	-14.521	1.424.757
Ribe Amt, total	1.404.923	55	-24.118	18.751	0	-14.521	1.424.757
Brædstrup Sygehus	89.876	8	0	8	0	6.025	83.835
Fredericia Sygehus	361.533	136	-15.282	136	0	1.923	374.619
Give Sygehus	158.151	0	0	0	0	12.245	145.906
Horsens Sygehus	507.767	212	-6.023	270	0	1.375	511.934
Kolding Sygehus	692.837	70	-120	894	0	2.293	689.701
Vejle Sygehus	957.592	470	-5.003	69.332	0	8.788	884.006
Friklinikken i Brædstrup	54.134	8	0	8	0	-37	54.155
Vejle, total	2.821.889	903	-26.428	70.648	0	32.611	2.744.155
Holstebro Central-sygehus	774.597	282	-1.124	12.517	0	-2.260	765.181
Herning Sygehus	666.188	0	-3.322	21.059	0	-520	648.972

Tabel B1. DRG- og DAGS-produktionsværdien, 2004, 1.000 kr., 2005-priser (fortsat)

Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Nye koder mv. ambulans	Nye koder mv. stationært	Medicin på ambulante afdelinger	Strukturændringer	Organiseringsforskelle	Korrigeret produktionsværdi
Tarm Amtssygehus	55.603	3	0	3	0	2.029	53.568
Ringkjøbing Sygehus	93.001	0	0	0	0	931	92.069
Amtssygehuset i Lemvig	42.953	14	0	174	0	2.690	40.075
Ringkjøbing, total	1.632.342	299	-4.445	33.752	0	2.870	1.599.866
Silkeborg Central- sygehus	541.241	122	-16.217	122	0	8.625	548.590
Århus Sygehus (Århus Kommune- hospital, Århus Amtshospital, Od- der, Samsø, Mar- selisborg)	2.710.393	316	-22.909	82.117	15.279	63.035	2.572.556
Randers/Grenaa Sygehus	943.206	1.957	-22.455	1.957	0	16.243	945.504
Skejby Sygehus	1.612.595	10	-16.027	6.996	0	25.805	1.595.811
Århus, total	5.807.436	2.404	-77.608	91.191	15.279	113.707	5.662.462
Sygehus Viborg (Viborg, Skive)	1.174.587	90	-12.589	10.969	0	-18.729	1.194.846
Sygehus Nord (inkl. Nykøbing, Thisted)	317.339	1	-4.935	1	0	-1.434	323.705
Viborg, total	1.491.926	92	-17.525	10.970	0	-20.163	1.518.551
Aalborg Sygehus (inkl. Aalborg, Dronninglund, Brovst)	1.963.481	14	-49.889	41.792	0	9.323	1.962.241
Sygehus Vend- syssel (Inkl. Hjør- ring, Brønderslev, Frederikshavn)	685.761	53	-20.583	8.774	0	12.074	685.442
Sygehus Himmer- land (inkl. Farsø, Hobro/Terndrup)	260.387	0	0	138	0	8.106	252.144
Ortopædkirurgi Nordjylland	510.492	1	-8.133	61	0	5.802	512.761
Nordjylland, total	3.420.121	68	-78.604	50.765	0	35.305	3.412.587
Hele landet	41.340.830	13.026	-457.997	758.813	56.611	0	40.970.378

Kilde: DRG-systemet pr. 28. august 2006, DkDRG05

Tabel B2. DRG- og DAGS-produktionsværdien, 2005, 1.000 kr., 2005-priser

Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Nye koder mv. ambulant	Nye koder mv. stationært	Medicin på ambulante afdelinger	Strukturændringer	Organiseringsforskelle	Korrigeret produktionsværdi
Rigshospitalet	4.071.528	34	23.216	207.107	0	-15.867	3.857.038
Bispebjerg Hospital	1.131.950	142	0	21.708	0	17.713	1.092.388
Hvidovre Hospital	1.485.576	98	99.346	31.795	0	-3.876	1.358.212
Amager Hospital	355.242	212	0	7	0	515	354.508
Frederiksberg Hospital	687.757	129	0	160	0	9.399	678.068
H:S, total	7.732.053	615	122.562	260.777	0	7.885	7.340.214
Amager Hospital	198.957	119	0	4	0	288	198.547
KAS Gentofte	1.671.542	728	0	6.560	0	-8.307	1.672.562
KAS Glostrup	1.192.965	139	0	1.512	0	-658	1.191.971
KAS Herlev	1.860.999	357	11.768	122.348	0	-3.313	1.729.838
København, total	4.924.463	1.343	11.768	130.424	0	-11.989	4.792.917
Fr.borg Amts sundhedsvæsen	2.220.267	81	987	53.006	0	-42.976	2.209.168
Fr.borg Amt, total	2.220.267	81	987	53.006	0	-42.976	2.209.168
RAS, Roskilde	1.091.449	198	0	44.118	0	-8.977	1.056.110
RAS, Køge	672.470	18	0	1.284	0	-901	672.069
Roskilde, total	1.763.920	215	0	45.402	0	-9.877	1.728.179
Sygehus Vestsjælland	1.806.197	1.952	0	3.225	0	-35.624	1.836.645
Sygehus Vestsjælland, total	1.806.197	1.952	0	3.225	0	-35.624	1.836.645
Storstrømmens Sygehus	1.710.665	392	5.117	57.638	0	-33.790	1.681.308
Storstrømmens Sygehus, total	1.710.665	392	5.117	57.638	0	-33.790	1.681.308
Bornholms Centralsygehus	247.193	0	0	4.424	0	-4.603	247.373
Bornholm, total	247.193	0	0	4.424	0	-4.603	247.373
Odense Universitetshospital (inkl. OU, Middelfart)	3.379.968	158	62.390	64.423	0	-38.731	3.291.727
Sygehus Fyn (inkl. Ringe, Nyborg, Faaborg, Svendborg, Rudkøbing, Ærøskøbing)	992.086	38	0	0	0	7.375	984.673
Fyn, total	4.372.054	196	62.390	64.423	0	-31.355	4.276.401

Tabel B2. DRG- og DAGS-produktionsværdien, 2005, 1.000 kr., 2005-priser (fortsat)

Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Nye koder mv. ambulans	Nye koder mv. stationært	Medicin på ambulante afdelinger	Strukturændringer	Organiseringsforskelle	Korrigeret produktionsværdi
Sønderborg Sygehus	751.050	3	0	14.950	0	2.220	733.877
Haderslev Sygehus	315.336	0	0	11.076	0	4.753	299.507
Tønder Sygehus	58.698	4	0	0	0	3.800	54.895
Aabenraa Sygehus	410.669	5	0	0	0	7.306	403.358
Sønderjylland, total	1.535.754	12	0	26.026	0	18.079	1.491.636
Sydvestjysk Sygehus	1.460.474	96	0	20.480	0	-27.229	1.467.126
Ribe Amt, total	1.460.474	96	0	20.480	0	-27.229	1.467.126
Brædstrup Sygehus	87.482	16	0	0	0	7.010	80.455
Fredericia Sygehus	361.308	151	0	0	0	3.007	358.150
Givø Sygehus	146.859	0	0	4	0	9.851	137.005
Horsens Sygehus	546.598	133	0	413	0	611	545.440
Kolding Sygehus	712.146	134	0	879	0	-255	711.388
Vejle Sygehus	1.101.400	210	86.453	89.371	0	3.874	921.492
Friklinikken i Brædstrup	55.567	0	0	0	0	-30	55.597
Vejle, total	3.011.360	644	86.453	90.666	0	24.068	2.809.527
Holstebro Centralsygehus	793.992	269	0	12.716	0	-2.183	783.189
Herning Centralsygehus	714.906	9	0	22.231	0	618	692.048
Tarm Amtssygehus	31.273	0	0	0	0	4.597	26.676
Ringkjøbing Sygehus	95.407	0	0	0	0	2.518	92.889
Amtssygehuset i Lemvig	32.797	8	0	15	0	5.943	26.830
Ringkjøbing, total	1.668.375	286	0	34.962	0	11.494	1.621.633
Silkeborg Centralsygehus	580.869	338	0	80	0	5.668	574.783
Århus Sygehus (Århus Kommunehospital, Århus Amtshospital, Odder, Samsø, Marselisborg)	2.912.407	475	86.308	108.601	-2.857	65.273	2.654.607

Tabel B2. DRG- og DAGS-produktionsværdien, 2005, 1.000 kr., 2005-priser (fortsat)

Sygehuse/amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Nye koder mv. ambulans	Nye koder mv. stationært	Medicin på ambulante afdelinger	Strukturændringer	Organiseringsforskelle	Korrigeret produktionsværdi
Randers/Grenaa Sygehus	989.992	3.184	0	0	0	18.786	968.022
Skejby Sygehus	1.646.246	19	0	7.876	0	25.831	1.612.520
Århus, total	6.129.514	4.015	86.308	116.557	-2.857	115.558	5.809.933
Sygehus Viborg (inkl. Viborg, Skive)	1.240.460	84	0	23.356	0	-19.032	1.236.052
Sygehus Nord (inkl. Nykøbing, Thisted)	317.242	7	0	0	0	-1.726	318.960
Viborg, total	1.557.701	90	0	23.356	0	-20.757	1.555.012
Aalborg Sygehus (inkl. Aalborg, Dronninglund, Brovst)	2.181.059	15	53.075	62.948	0	10.927	2.054.094
Sygehus Vendsyssel (inkl. Hjørring, Brønderslev, Frederikshavn)	730.133	54	0	10.871	0	14.462	704.745
Sygehus Himmerland (inkl. Farsø, Hobro/Terndrup)	263.515	0	0	31	0	8.943	254.541
Ortopædkirurgi Nordjylland	527.004	1	0	71	0	6.785	520.146
Nordjylland, total	3.701.710	70	53.075	73.920	0	41.118	3.533.527
Hele landet	43.841.700	10.010	428.661	1.005.286	-2.857	0	42.400.600

Kilde: DRG-systemet pr. 28. august 2006, DkDRG05

Note: I 2005 omfatter korrektionen for "nye koder mv. stationært" neurorehabilitering og onkologi. Korrektionen for onkologi foretages på Rigshospitalet, KAS Herlev, Odense Universitetshospital, Vejle Sygehus, Århus Sygehus og Aalborg Sygehus.

Tabel B3. Korrektion for organiseringsforskelle på regionsniveau

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
2004	-25.184	-105.356	2.781	124.130	3.629
2005	-12.538	-110.740	-8.001	122.242	9.037

Kilde: DRG-systemet, DkDRG05

Note: Til forskel fra på amts- og sygehusniveau opgøres forløb på regionsniveau som indenregionalt forløb, hvor den tungeste behandling i forløbet danner grundlag for korrektionen.

De tilrettede driftsudgifter 2004-2005

De tilrettede driftsudgifter, som er anvendt til at beregne udviklingen i udgifterne fra 2003-2004 fremgår af delrapport I, december 2005.

Tabel B4. De tilrettede driftsudgifter, 2004, 1.000 kr., 2005-priser						
Sygehuse/amter	Totale driftsudgifter, ekskl. udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling	Laboratoriedydelser til praksissektoren	Internt finansieret forskning	Medicin	Ensretning	De tilrettede udgifter
Rigshospitalet	3.946.534	0	103.776	481.410	1.128	3.360.221
Bispebjerg Hospital	1.118.244	0	24.697	15.961	3.075	1.074.511
Hvidovre Hospital	1.382.956	0	29.870	80.981	0	1.272.105
Amager Hospital	353.486	0	1.677	2.102	405	349.302
Frederiksberg Hospital	624.909	0	3.542	15.081	1.845	604.440
H:S, total	7.426.129	0	163.562	595.535	6.453	6.660.578
Amager Hospital	182.912	0	826	1.088	210	180.788
KAS Gentofte	1.392.479	0	9.258	7.045	0	1.376.176
KAS Glostrup	1.170.275	0	20.071	36.407	0	1.113.798
KAS Herlev	1.656.182	0	44.661	111.513	0	1.500.008
København, total	4.401.848	0	74.816	156.052	210	4.170.770
Fr.borg Amts sundhedsvæsen	2.043.742	43.421	1.515	61.561	18.645	1.918.601
Fr.borg Amt, total	2.043.742	43.421	1.515	61.561	18.645	1.918.601
RAS, Roskilde	882.255	11.166	321	39.945	0	830.824
RAS, Køge	573.133	10.714	88	4.825	0	557.506
Roskilde, total	1.455.388	21.879	409	44.769	0	1.388.331
Sygehus Vestsjælland	1.755.109	41.657	818	34.646	0	1.677.987
Sygehus Vestsjælland, total	1.755.109	41.657	818	34.646	0	1.677.987
Storstrømmens Sygehus	1.637.352	25.736	1.059	56.230	0	1.554.327
Storstrømmens Sygehus, total	1.637.352	25.736	1.059	56.230	0	1.554.327
Bornholms Central-sygehus	273.779	6.811	0	9.017	-34	257.984
Bornholm, total	273.779	6.811	0	9.017	-34	257.984

Tabel B4. De tilrettede driftsudgifter, 2004, 1.000 kr., 2005-priser (fortsat)

Sygehuse/amter	Totale driftsudgifter, ekskl. udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling	Laboratorievæddelser til praksissektoren	Internt finansieret forskning	Medicin	Ensretning	De tilrettede udgifter
Odense Universitetshospital (inkl. OU, Middelfart)	3.103.837	32.844	40.327	226.937	-27.046	2.830.775
Sygehus Fyn (inkl. Ringe, Nyborg, Faaborg, Svendborg, Rudkøbing, Ærøskøbing)	985.649	13.415	2.448	11.416	0	958.370
Fyn, total	4.089.487	46.259	42.775	238.353	-27.046	3.789.146
Sønderborg Sygehus	729.745	24.795	0	32.762	0	672.187
Haderslev Sygehus	342.013	7.963	0	5.024	0	329.026
Tønder Sygehus	95.831	4.252	304	3.535	0	87.741
Aabenraa Sygehus	312.236	2.350	0	36	0	309.849
Sønderjylland, total	1.479.824	39.360	304	41.357	0	1.398.803
Sydvestjysk Sygehus	1.241.677	25.370	3.798	33.304	3.706	1.175.499
Ribe Amt, total	1.241.677	25.370	3.798	33.304	3.706	1.175.499
Brædstrup Sygehus	92.079	833	416	4.686	0	86.144
Fredericia Sygehus	319.239	6.802	0	25.897	0	286.540
Give Sygehus	111.263	7	0	331	84	110.840
Horsens Sygehus	422.199	7.467	1.283	7.139	10.746	395.564
Kolding Sygehus	563.877	7.806	665	14.054	0	541.352
Vejle Sygehus	781.368	15.580	5.979	78.914	1.558	679.338
Friklinikken i Brædstrup	33.712	0	0	1.279	0	32.434
Vejle, total	2.323.737	38.496	8.342	132.300	12.388	2.132.211
Holstebro Centralsygehus	660.017	13.395	2.130	34.002	5.650	604.840
Herning Centralsygehus	611.355	15.832	2.126	25.183	6.315	561.899
Tarm Amtssygehus	77.399	568	489	0	-2.999	79.341
Ringkjøbing Sygehus	104.261	999	515	12	-2.021	104.756
Amtssygehuset i Lemvig	63.664	1.786	376	76	-2.889	64.315

Tabel B4. De tilrettede driftsudgifter, 2004, 1.000 kr., 2005-priser (fortsat)

Sygehuse/amter	Totale driftsudgifter, ekskl. udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling	Laboratorieydelse til praksissektoren	Internt finansieret forskning	Medicin	Ensretning	De tilrettede udgifter
Ringkjøbing, total	1.516.696	32.580	5.635	59.273	4.055	1.415.152
Silkeborg Centralsygehus	458.584	16.721	0	1.712	-4.660	444.811
Århus Sygehus (Århus Kommunehospital, Århus Amtshospital, Odder, Samsø, Marselisborg)	2.531.809	39.475	84.665	123.253	-640	2.285.056
Randers/Grenaa Sygehus	758.843	24.639	0	6.497	-8.342	736.050
Skejby Sygehus	1.550.540	670	34.645	179.210	0	1.336.015
Århus, total	5.299.777	81.505	119.310	310.672	-13.642	4.801.931
Sygehus Viborg (inkl. Viborg, Skive)	1.149.412	22.181	1.726	62.447	0	1.063.059
Sygehus Nord (inkl. Nykøbing, Thisted)	340.857	8.693	434	5.003	0	326.726
Viborg, total	1.490.269	30.874	2.160	67.450	0	1.389.785
Aalborg Sygehus (inkl. Aalborg, Dronninglund, Brovst)	2.067.009	64.298	29.433	85.452	0	1.887.827
Sygehus Vendsyssel (inkl. Hjørring, Brønderslev, Frederikshavn)	716.339	24.145	0	11.012	0	681.182
Sygehus Himmerland (inkl. Farsø, Hobro/Terndrup)	283.526	2.074	0	498	0	280.954
Ortopædkirurgi Nordjylland	465.405	0	0	1.186	0	464.218
Nordjylland, total	3.532.278	90.516	29.433	98.148	0	3.314.181
Hele landet	39.967.090	524.465	453.937	1.938.666	4.736	37.045.287

Kilde: Sundhedsstyrelsens skema 1-7, Sundhedsstyrelsen omkostningsdatabase, Dansk center for forskningsanalyse samt Lægemedelstyrelsen

Note: For Århus Sygehus er antallet af klinisk biokemiske laboratorieydelse til praksissektoren i 2004 opgjort på baggrund af indhentede oplysninger fra Århus Amt, som er korrigeret for forskel i opgørelsesmetode i forhold til de resterende laboratorieydelse for resten af landet.

Tabel B5. De tilrettede driftsudgifter, 2005, 1.000 kr., 2005-priser

Sygehuse/amter	Totale driftsudgifter, ekskl. udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling	Laboratoriedydelser til praksissektoren	Internt finansieret forskning	Medicin	Ensretning	De tilrettede udgifter
Rigshospitalet	4.000.532	0	103.776	524.711	0	3.372.045
Bispebjerg Hospital	1.139.064	0	24.697	17.641	0	1.096.725
Hvidovre Hospital	1.416.890	0	29.870	87.841	0	1.299.180
Amager Hospital	346.321	0	1.677	2.086	0	342.558
Frederiksberg Hospital	642.401	0	3.542	21.451	0	617.407
H:S, total	7.545.208	0	163.562	653.730	0	6.727.915
Amager Hospital	193.961	0	826	1.168	0	191.967
KAS Gentofte	1.451.291	0	9.258	12.070	0	1.429.962
KAS Glostrup	1.202.744	0	20.071	47.335	0	1.135.339
KAS Herlev	1.729.571	0	44.661	165.205	0	1.519.705
København, total	4.577.567	0	74.816	225.778	0	4.276.974
Fr.borg Amts sundhedsvæsen	2.108.296	49.189	1.515	49.188	0	2.008.404
Fr.borg Amt, total	2.108.296	49.189	1.515	49.188	0	2.008.404
RAS, Roskilde	933.129	13.012	321	51.738	0	868.058
RAS, Køge	570.886	12.236	88	6.657	0	551.905
Roskilde, total	1.504.015	25.248	409	58.395	0	1.419.963
Sygehus Vestsjælland	1.856.665	31.725	818	42.719	0	1.781.403
Sygehus Vestsjælland, total	1.856.665	31.725	818	42.719	0	1.781.403
Storstrømmens Sygehus	1.650.565	31.905	1.059	66.657	0	1.550.944
Storstrømmens Sygehus, total	1.650.565	31.905	1.059	66.657	0	1.550.944
Bornholms Central-sygehus	292.377	7.506	0	10.735	0	274.136
Bornholm, total	292.377	7.506	0	10.735	0	274.136
Odense Universitetshospital (inkl. OU, Middelfart)	3.171.759	38.578	40.327	234.381	0	2.858.473

Tabel B5. De tilrettede driftsudgifter, 2005, 1.000 kr., 2005-priser (fortsat)

Sygehuse/amter	Totale driftsudgifter, ekskl. udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling	Laboratoriedelser til praksis-sektoren	Internt finansieret forskning	Medicin	Ensrkning	De tilrettede udgifter
Sygehus Fyn (inkl. Ringe, Nyborg, Faaborg, Svendborg, Rudkøbing, Ærøskøbing)	988.356	15.602	2.448	11.682	0	958.623
Fyn, total	4.160.115	54.180	42.775	246.063	0	3.817.097
Sønderborg Sygehus	762.637	22.397	0	37.588	0	702.652
Haderslev Sygehus	312.704	8.115	0	9.208	0	295.381
Tønder Sygehus	67.968	3.895	304	2.417	0	61.352
Aabenraa Sygehus	406.780	1.309	0	32	0	405.439
Sønderjylland, total	1.550.089	35.716	304	49.245	0	1.464.824
Sydvestjysk Sygehus	1.249.858	17.804	3.985	51.428	0	1.176.641
Ribe Amt, total	1.249.858	17.804	3.985	51.428	0	1.176.641
Brædstrup Sygehus	92.716	941	416	6.460	0	84.899
Fredericia Sygehus	314.085	8.100	0	28.559	0	277.427
Give Sygehus	108.332	6	0	523	0	107.804
Horsens Sygehus	431.312	10.354	1.283	9.902	0	409.774
Kolding Sygehus	595.640	9.113	665	13.572	0	572.290
Vejle Sygehus	817.269	15.723	7.299	106.612	0	687.635
Friklinikken i Brædstrup	35.063	0	0	1.034	0	34.029
Vejle, total	2.394.417	44.236	9.662	166.661	0	2.173.857
Holstebro Central-sygehus	688.954	14.859	2.824	41.769	0	629.502
Herning Centralsygehus	637.574	18.377	2.428	31.772	0	584.997
Tarm Amtssygehus	44.185	659	298	3	0	43.225
Ringkjøbing Sygehus	88.667	1.455	532	6	0	86.674
Amtssygehuset i Lemvig	50.699	2.182	211	11	0	48.295
Ringkjøbing, total	1.510.079	37.532	6.293	73.561	0	1.392.693

Tabel B5. De tilrettede driftsudgifter, 2005, 1.000 kr., 2005-priser (fortsat)

Sygehuse/amter	Totale driftsudgifter, ekskl. udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling	Laboratorieværdier til praksissektoren	Internt finansieret forskning	Medicin	Ensretning	De tilrettede udgifter
Silkeborg Centralsygehus	469.086	17.647	0	2.640	0	448.800
Århus Sygehus (Århus Kommunehospital, Århus Amtshospital, Odder, Samsø, Marselisborg)	2.519.506	46.395	84.665	122.210	0	2.266.236
Randers/Grenaa Sygehus	760.783	27.844	0	6.049	0	726.890
Skejby Sygehus	1.606.123	820	34.645	195.822	0	1.374.836
Århus, total	5.355.498	92.705	119.310	326.721	0	4.816.762
Sygehus Viborg (inkl. Viborg, Skive)	1.189.302	18.677	1.726	62.243	0	1.106.656
Sygehus Nord (inkl. Nykøbing, Thisted)	333.075	10.643	434	3.714	0	318.284
Viborg, total	1.522.377	29.320	2.160	65.957	0	1.424.940
Aalborg Sygehus (inkl. Aalborg, Dronninglund, Brovst)	2.143.025	71.526	29.433	102.290	0	1.939.777
Sygehus Vendsyssel (inkl. Hjørring, Brønderslev, Frederikshavn)	705.779	28.764	0	12.101	0	664.913
Sygehus Himmerland (inkl. Farsø, Hobro/Terndrup)	275.228	1.976	0	184	0	273.068
Ortopædkirurgi Nordjylland	487.908	0	0	1.232	0	486.676
Nordjylland, total	3.611.940	102.266	29.433	115.808	0	3.364.434
Hele landet	40.889.066	559.333	456.101	2.202.646	0	37.670.986

Kilde: Sundhedsstyrelsens skema 1-7, Sundhedsstyrelsen omkostningsdatabase, Dansk center for forskningsanalyse samt Lægemiddelstyrelsen

Bilag 5. Målinger af produktivitet på regions-, amts- og sygehusniveau

Tabel B.6. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for regioner, 2004-2005.								
Region	Produktionsværdi, mio. kr.		Udgifter, mio. kr.		Udvikling 2004-2005, pct.			Produktivtetsniveau, hele landet= 100
	2004	2005	2004	2005	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2005
Hovedstaden	13.980	14.551	13.008	13.287	4,1	2,1	1,9	97
Sjælland	5.149	5.278	4.621	4.752	2,5	2,8	-0,3	99
Syddanmark	8.987	9.347	7.982	8.104	4,0	1,5	2,4	102
Midtjylland	9.088	9.342	7.794	7.845	2,8	0,6	2,1	106
Nordjylland	3.767	3.883	3.641	3.683	3,1	1,1	1,9	94
Hele landet	40.970	42.401	37.045	37.671	3,5	1,7	1,8	100

Tabel B.7. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for amter, 2004-2005.

Amter	Produktionsværdi, mio. kr.		Udgifter, mio. kr.		Udvikling 2004-2005, pct.			Niveau
	2004	2005	2004	2005	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2005
H:S	7.018	7.340	6.661	6.728	4,6	1,0	3,5	97
København	4.587	4.793	4.171	4.277	4,5	2,5	1,9	100
Frederiksborg	2.159	2.209	1.919	2.008	2,3	4,7	-2,3	98
Roskilde	1.668	1.728	1.388	1.420	3,6	2,3	1,3	108
Vestsjælland	1.776	1.837	1.678	1.781	3,4	6,2	-2,6	92
Storstrøm	1.673	1.681	1.554	1.551	0,5	-0,2	0,7	96
Bornholm	244	247	258	274	1,2	6,3	-4,7	80
Fyn	4.079	4.276	3.789	3.817	4,8	0,7	4,1	100
Sønderjylland	1.403	1.492	1.399	1.465	6,3	4,7	1,6	90
Ribe	1.425	1.467	1.175	1.177	3,0	0,1	2,9	111
Vejle	2.744	2.810	2.132	2.174	2,4	2,0	0,4	115
Ringkjøbing	1.600	1.622	1.415	1.393	1,4	-1,6	3,0	103
Århus	5.662	5.810	4.797	4.817	2,6	0,4	2,2	107
Viborg	1.519	1.555	1.390	1.425	2,4	2,5	-0,1	97
Nordjylland	3.413	3.534	3.314	3.364	3,5	1,5	2,0	93
Hele landet	40.970	42.401	37.045	37.671	3,5	1,7	1,8	100

Tabel B.8. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for sygehuse, 2004-2005.

Sygehus	Produktionsværdi, mio. kr.		Udgifter, mio. kr.		Udvikling 2004-2005, pct.			Niveau
	2004	2005	2004	2005	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2005
Rigshospitalet	3.636	3.857	3.360	3.372	6,1	0,4	5,7	102
Bispebjerg Hospital	1.055	1.092	1.075	1.097	3,6	2,1	1,5	89
Hvidovre Hospital	1.301	1.358	1.272	1.299	4,4	2,1	2,3	93
Amager Hospital	549	553	530	535	0,8	0,8	0,0	92
Frederiksberg Hospital	665	678	604	617	1,9	2,1	-0,2	98
KAS Gentofte	1.567	1.673	1.376	1.430	6,7	3,9	2,7	104
KAS Glostrup	1.134	1.192	1.114	1.135	5,1	1,9	3,1	93
KAS Herlev	1.699	1.730	1.500	1.520	1,8	1,3	0,5	101
Fr.borg Amts sundhedsvæsen, somatik	2.159	2.209	1.919	2.008	2,3	4,7	-2,3	98
Amtssygehuset Roskilde	1.015	1.056	831	868	4,1	4,5	-0,4	108
Roskilde Amts Sygehus, Køge	654	672	558	552	2,8	-1,0	3,9	108
Sygehus Vestsjælland, somatik	1.776	1.837	1.678	1.781	3,4	6,2	-2,6	92
Storstrømmens Sygehus	1.673	1.681	1.554	1.551	0,5	-0,2	0,7	96
Bornholms Central-sygehus, Rønne	244	247	258	274	1,2	6,3	-4,7	80
Odense Universitetshospital (inkl. OU, Middelfart)	3.132	3.292	2.831	2.858	5,1	1,0	4,1	102
Sygehus Fyn (inkl. Ringe, Nyborg, Faaborg, Svendborg, Rudkøbing, Ærøskøbing)	946	985	958	959	4,0	0,0	4,0	91
Sønderborg Sygehus	682	734	672	703	7,6	4,5	3,0	93
Haderslev Sygehus	327	300	329	295	-8,4	-10,2	2,0	90
Tønder Sygehus	86	55	88	61	-36,1	-30,1	-8,6	79
Aabenraa Sygehus	308	403	310	405	31,0	30,9	0,1	88
Sydvestjysk Sygehus	1.425	1.467	1.175	1.177	3,0	0,1	2,9	111

**Tabel B.8. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for sygehuse, 2004-2005.
(fortsat)**

	Produktionsværdi, mio. kr.		Udgifter, mio. kr.		Udvikling 2004-2005, pct.			Niveau 2005
	2004	2005	2004	2005	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	
Sygehus								
Brædstrup Sygehus	84	80	86	85	-4,0	-1,4	-2,6	84
Fredericia Sygehus	375	358	287	277	-4,4	-3,2	-1,3	115
Give Sygehus	146	137	111	108	-6,1	-2,7	-3,5	113
Horsens Sygehus	512	545	396	410	6,5	3,6	2,9	118
Kolding Sygehus	690	711	541	572	3,1	5,7	-2,4	110
Vejle Sygehus	884	921	679	688	4,2	1,2	3,0	119
Friklinikken i Brædstrup	54	56	32	34	2,7	4,9	-2,1	145
Holstebro Centralsygehus	765	783	605	630	2,4	4,1	-1,7	111
Herning Centralsygehus	649	692	562	585	6,6	4,1	2,4	105
Tarm Amtssygehus	54	27	79	43	-50,2	-45,5	-8,6	55
Ringkøbing Sygehus	92	93	105	87	0,9	-17,3	21,9	95
Amtssygehuset i Lemvig	40	27	64	48	-33,0	-24,9	-10,8	49
Silkeborg Centralsygehus	549	575	445	449	4,8	0,9	3,8	114
Århus Sygehus (Århus Kommunehospital, Århus Amtshospital, Odder, Samsø, Marselisborg)	2.573	2.655	2.285	2.266	3,2	-0,8	4,0	104
Randers/Grenaa Sygehus	946	968	736	727	2,4	-1,2	3,7	118
Skejby Sygehus	1.596	1.613	1.336	1.375	1,0	2,9	-1,8	104
Sygehus Viborg (inkl. Viborg, Skive)	1.195	1.236	1.063	1.107	3,4	4,1	-0,6	99
Sygehus Nord (inkl. Nykøbing, Thisted)	324	319	327	318	-1,5	-2,6	1,1	89
Aalborg Sygehus (inkl. Aalborg, Dronninglund, Brovst)	1.962	2.054	1.888	1.940	4,7	2,8	1,9	94
Sygehus Vendsyssel (inkl. Hjørring, Brønderslev, Frederikshavn)	685	705	681	665	2,8	-2,4	5,3	94
Sygehus Himmerland (inkl. Farsø, Hobro/Terndrup)	252	255	281	273	1,0	-2,8	3,9	83
Ortopædkirurgi Nordjylland	513	520	464	487	1,4	4,8	-3,2	95
Hele landet	40.970	42.401	37.045	37.671	3,5	1,7	1,8	100