

LØBENDE OFFENTLIGGØRELSE AF PRODUKTIVITET I SYGEHUSSEKTOREN

- FØRSTE DELRAPPORT



Amtsrådsforeningen

H:S

Finansministeriet

Sundhedsstyrelsen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren.

Første delrapport.

Amtsrådsforeningen

H:S

Finansministeriet

Sundhedsstyrelsen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

December 2005

Indholdsfortegnelse

1. Indledning og sammenfatning	4
2. Offentliggørelse af produktivitet	8
2.1 Løbende offentliggørelse af produktivetsmålinger	8
2.2 Offentliggørelse på Internettet	9
3. Beregning af produktivitet	10
3.1 Effektivitet og produktivitet i sygehussektoren	10
3.2 Måling af produktion og udgifter i sygehusvæsenet	10
3.3 Valg af brøkmotoden	16
4. Produktivetsmålinger for 2003 og 2004	17
4.1 Produktivitet i sygehusvæsenet på landsplan	17
4.2 Produktivitet i sygehusvæsenet på regionsplan	17
4.3 Produktivitet i sygehusvæsenet på amtsplan	18
5. Datakvalitet og anvendelse	22
5.1 Datakvalitet	22
5.2 Anvendelse af produktivetsmålinger	25
6. Fortsat arbejde	27
BILAG	28
Bilag 1. Kommissorium og sammensætning af arbejdsgruppen	28
Bilag 2. Beregning af produktionsværdi og tilrettede driftsudgifter.	30
Bilag 3. Data bag måling af produktivitet.	34

1. Indledning og sammenfatning

Dokumentation af sygehusvæsenets produktivitet

Sundhedsområdet er præget af en stærk medicinsk og teknologisk udvikling, hvor der løbende introduceres nye og ressourcerekrævende behandlingsmetoder. Samtidig er der begrænsede økonomiske ressourcer i sygehusvæsenet. Dermed vokser kravene og forventningerne til, at der sikres en fortsat effektiv ressourceanvendelse i sygehusvæsenet.

Et vigtigt og centralt redskab, som kan medvirke til en optimal ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet, er en løbende dokumentation af produktiviteten. Sygehusvæsenets produktivitet er i en lang årrække blevet opgjort af såvel de centrale sundhedsmyndigheder som sygehusejerne. Det har dog ikke været et samlet koordineret initiativ med løbende offentliggørelse af produktivetsmålinger udarbejdet efter de samme aftalte metoder for alle parter.

Med økonomiaftalen for 2006 mellem amterne og regeringen er det aftalt at "gennemføre systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger på sundhedsområdet". Med dette initiativ er det målsætningen at udvikle og gennemføre en systematisk og løbende dokumentation af sundhedsvæsenets produktivitet.

I første omgang skal der udvikles og gennemføres en model for systematisk offentliggørelse af produktivetsmålinger i sygehusvæsenet. Produktivetsmålinger kan i princippet gennemføres på alle niveauer i sygehusvæsenet i form af lands-, regions-, amts-, sygehus- og afdelingsniveau eller andet relevant niveau. På sigt kan der udvikles en systematisk model for produktivetsmåling af de øvrige dele af sundhedsvæsenets indsats som f.eks. på sygesikringsområdet.

En systematisk, løbende offentliggørelse af produktiviteten i sygehusvæsenet kan anvendes til at skabe gennemsigtighed og til at sætte fokus på sygehusvæsenets gode præstationer, og om der har været en forbedring i produktiviteten i forhold til tidligere. Samtidig vil regelmæssige målinger af produktiviteten kunne give de kommende regioner et vigtigt redskab i den løbende opfølgning af sundhedsvæsenets resultater.

Offentliggørelse af forskellige enheders produktivitet er selvsagt ikke i sig selv tilstrækkelig til at sikre produktivetsstigninger. Når der er identificeret forskelle i produktivitet, er det vigtigt at få undersøgt, hvad disse forskelle skyldes. Der består derfor en stor udfordring i at "oversætte" resultatet af en overordnet produktivetsmåling, når den skal anvendes til konkrete forhold.

Resultater i første delrapport for 2005

Der er nedsat en arbejdsgruppe bestående af Amtsrådsforeningen, H:S, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand) til at gennemføre arbejdet.

Denne rapport indeholder arbejdsgruppens resultater for 2005. I dette arbejde har arbejdsgruppen koncentreret sig om målinger og offentliggørelse af produktivitet i sygehusvæsenet på lands-, regions- og amtsniveau.

Arbejdsgruppen er enige om at anvende den såkaldte omkostningsbrøkmetode til at måle produktiviteten i sygehusvæsenet på lands-, regions- og amtsniveau. Her måles produktivitet som forholdet mellem værdien af sygehusproduktionen og ressourceforbruget ved produktionen.

Værdien af sygehusvæsenets aktivitet måles ved det såkaldte DRG- og DAGS-system, som udtrykker værdien af produktionen, og hvor der tages hensyn til, hvor ressourcekrævende patienterne er. Ressourceindsatsen opgøres ved de såkaldt tilrettede driftsudgifter, der er de ressourcer på sygehusene, som direkte medgår til behandling af patienter.

Tabel 1.1 viser produktiviteten opgjort ved den anvendte målemetode. Det fremgår bl.a., at sygehusenes produktivitet på landsniveau er steget med ca. 2,4 pct. fra 2003 til 2004.

Tabel 1.1 Produktionsværdi, udgifter og produktivitet i amterne, 2003-2004

Amter	Udvikling 2003-2004, pct.			Produktivitetsniveau, hele landet=100	
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2003	2004
Vejle	6,2	3,8	2,3	114	114
Roskilde	7,9	2,6	5,1	108	111
Århus	4,1	0,5	3,6	109	111
Ribe	8,1	4,5	3,4	109	110
Ringkjøbing	2,8	3,0	-0,2	103	100
Storstrøm	1,6	1,3	0,4	102	100
Frederiksborg	3,0	1,3	1,7	99	98
Fyn	4,2	-0,3	4,6	95	97
København	3,6	2,3	1,2	98	97
H:S	3,6	0,6	3,0	96	97
Viborg	3,1	-0,5	3,6	95	96
Vestsjælland	2,2	2,6	-0,4	96	93
Nordjylland	4,0	1,3	2,6	93	93
Sønderjylland	-1,3	2,2	-3,4	94	89
Bornholm	3,0	1,4	1,6	83	82
Hele landet	3,8	1,4	2,4	100	100

Kilde: DRG-systemet og de tilrettede driftsudgifter, jf. bilag 2 og 3.

På regions- og amtsniveau er der forskelle i amternes produktivitet ved produktion af sygehusydelse. Amter med et produktivitetsindeks under 100 ligger lavere end landsgennemsnittet, mens et indeks over 100 markerer en produktivitet over landsgennemsnittet.

For nærmere at vurdere produktivetsmålinger i 2003 og 2004 i sygehusvæsenet er det nødvendigt med en vurdering af den datakvalitet, der ligger til grund for målingen. En del af de viste forskelle i produktivitet kan skyldes forhold i data, der u hensigtsmæssigt påvirker opgørelsen af produktivitet, og som ikke skyldes forskelle i amternes præstationer. Det kan være forskelle i den lokale registrering af produktion og udgifter eller forhold ved DRG- og DAGS-systemet mv. Disse forhold skal tages i betragtning ved fortolkningen af målingerne.

Der findes således en række usikkerhedsparametre, der kan have indflydelse på måling af produktivitet. Arbejdsgruppen har vurderet betydningen af enkelte af disse usikkerhedsparametre. Ved et enkelt parameter konstateres en usikkerhed, som kan indebære en forskel i produktiviteten på 3 pct.

Fortolkningen af produktiviteten bør derfor suppleres med overvejelser om lokale forhold ved registreringspraksis mv., som kan have indflydelse på de offentliggjorte produktivitetstal, og som er vanskelig at tage højde for i beregningen.

De løbende målinger af sygehusenes produktivitet foreslås offentliggjort på den centrale sundhedsportal sundhed.dk og på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (eSundhed), som er to centrale hjemmesider med relevante sundhedsoplysninger for borgere og sundhedsbeskæftigede. På de to hjemmesider offentliggøres ultimo 2005 arbejdsgruppens resultater for 2005 i form af produktivetsmålinger for sygehusvæsenet på lands-, regions- og amtsniveau. Endvidere offentliggøres data, der danner baggrund for målingerne.

Det videre arbejde i 2006

I 2006 vil arbejdsgruppen udvikle forslag til målinger af produktivitet på sygehusniveau og for udvalgte afdelinger eller andet relevant niveau. Ligeledes vil arbejdsgruppen arbejde videre med datagrundlaget og metoderne, der ligger til grund for målinger af produktivitet på sygehusområdet med henblik på løbende at forbedre opgørelserne.

2. Offentliggørelse af produktivitet

2.1 Løbende offentliggørelse af produktivetsmålinger

Der er generelt stigende interesse for målinger af produktivitet på alle niveauer i sygehusvæsenet. Det skyldes, at målinger af produktivitet kan give et indblik i, om ressourcerne kan anvendes bedre, så der kan frigøres ressourcer til øget service, bedre kvalitet osv.

Måling af produktiviteten i sygehusvæsenet har været gennemført i mange år. Fælles for disse målinger er, at de har været beregnet med forskellige metoder og offentliggjort ad hoc i diverse rapporter.

Målsætningen med aftalen mellem regeringen og Amtsrådsforeningen i økonomiaftalen for 2006 er, at der fremover skal være en systematisk måling af sygehusenes produktivitet. Den systematiske tilgang indebærer bl.a., at der bør vælges fælles produktivetsmålinger baseret på aftalt metode, og der bør være en regelmæssig offentliggørelse på Internettet.

Der kan peges på følgende fordele ved at offentliggøre målinger af produktivitet i sygehusvæsenet systematisk på Internettet:

- Større overblik over produktivitet
- Lettere adgang til produktivetsmålingerne
- Større fokus på at lære af hinanden
- Konsistens i målemetoderne – bedre mulighed for sammenligning og for at følge udviklingen i produktivitet.

Ved at offentliggøre målingerne samlet på Internettet skabes et større overblik over egen og andres produktivitet. Og formålet med at offentliggøre produktivitet er netop at kunne sammenligne, hvor effektivt ressourcerne anvendes – både hos én selv og hos andre.

I 2005 måles produktivitet alene på lands-, regions- og amtsniveau. I 2006 er det målsætningen, at der yderligere skal offentliggøres målinger af produktivitet på sygehusniveau og for udvalgte afdelinger eller andet relevant niveau. Der skal i den forbindelse tages stilling til egnede målemetoder.

Det er vigtigt, at målingerne præsenteres, så de let kan anvendes til at lære af andre. Det skal være muligt at "folde data ud", så de oplysninger, der ligger bag produktivetsmålingerne og -analyserne, også bliver tilgængelige. Ved at få indblik i oplysninger om omkostninger og aktivitet kan der skabes en idé om mulighederne for bedre anvendelse af ressourcerne, som kan sætte gang i en forbedringsproces.

Endelig kan løbende og systematiske produktivetsmålinger med anvendelse af en konsistent metode anvendes til at sammenligne produktiviteten på tværs af enheder (sygehuse, afdelinger og lign.) og til at følge udviklingen i produktiviteten for en eller flere enheder over tid. Produktivetsmålinger foretaget over tid giver desuden mulighed for at identificere effekterne af produktivetsfremmende tiltag og skaber herved grundlag for intern organisationsudvikling.

2.2 Offentliggørelse på Internettet

Det er centralt, at produktivetsmålingerne bliver offentliggjort på Internettet for at skabe overblik og gennemsigtighed i målingerne. Offentliggørelse på Internettet bør opfylde følgende egenskaber:

- Målingerne er let tilgængelige for alle
- Målingerne ligger sammen med data, sygehusejerne mv. normalt anvender
- Hjemmesiderne skal være fremtidssikrede, så de kan udvides til at omfatte hele sundhedssektoren
- Det er muligt at hente og præsentere data fra eksisterende systemer
- Systemet bag hjemmesiderne er enkelt og let at administrere for myndighederne.

På den baggrund foreslås, at produktivetsmålingerne i sygehusektoren samlet og løbende offentliggøres på den fælles sundhedsportal sundhed.dk og Sundhedsstyrelsens hjemmeside (eSundhed). Dermed bliver målingerne let tilgængelige for både den interesserede borger og for ansatte i sygehusvæsenet m.fl.

Målingerne af produktivitet, som har relevans både for borgere og sygehusejere m.fl., foreslås offentliggjort på begge hjemmesider. Herudover foreslås, at der på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (eSundhed) offentliggøres yderligere detaljerede oplysninger vedr. målingerne, som primært har relevans for sygehusejere m.fl.

3. Beregning af produktivitet

3.1 Effektivitet og produktivitet i sygesektoren

Den overordnede målsætning er et effektivt sundhedsvæsen med høj kvalitet i behandlingen. Produktivitet kan betragtes som en del af den samlede effektivitet. Målinger af produktivitet skal derfor betragtes som et delmål. Målinger af produktivitet er interessant, fordi det beskriver evnen til at producere flest mulige sygehusydelse til de givne ressourcer. En høj produktivitet fører med andre ord til, at der kan produceres mere ved en given ressourceindsats.

I dette arbejde er det valgt at definere produktivitet som mængden af producerede sygehusydelse i forhold til ressourceindsatsen. Målinger af produktivitet siger derfor alene noget om, hvor meget det koster at producere sygehusydelse, f.eks. hvor meget det koster at producere sygehusydelse pr. amt i forhold til andre amter.

Produktivitetsmålinger kan ikke anvendes som et mål for sygehusvæsenets samlede præstationer. For at opnå et samlet billede af sundhedsvæsenets præstationer og effektivitet er det nødvendigt at anvende en bred vifte af redskaber, hvor kvalitetsmålinger og –analyser er centrale. Amterne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet er i den forbindelse i gang med at udvikle en dansk kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Modellen har bl.a. til formål at fremme kvaliteten via systematisk dokumentation og måling.

3.2 Måling af produktion og udgifter i sygehusvæsenet

Der er i dag gode forudsætninger for at opgøre produktivitet i sygehusvæsenet. De systemer, som anvendes til opgørelse af produktion og udgifter, har eksisteret i mange år og er under fortsat udvikling.

Ved målinger af produktivitet er det vigtigt, at datakvaliteten i opgørelsen af produktion og udgifter er god. Ligeledes er det vigtigt med en gennemskuelig opgørelsesmetode, der giver større troværdighed og dermed udgør et bedre grundlag for at gennemføre forbedringer.

Produktion i sygehussektoren: DRG-produktionsværdi

Produktionen i sygehusvæsenet kan måles ud fra en række mål, f.eks. antal operationer eller behandlinger. Disse mål angiver imidlertid ikke ressourcetrækket ved behandlingen.

Med udviklingen af det såkaldte DRG- (Diagnose Relaterede Grupper) og DAGS-system (Dansk Ambulant Grupperingsystem) er der udviklet mål, der søger at angive ressourcetrækket ved de enkelte behandlinger i sygehusvæsenet.

Disse systemer klassificerer behandlinger i forskellige grupper efter bl.a. behandlingstydning og ressourcetræk. I DRG-systemet er der fastsat takster for somatisk behandling for indlagte patienter, og i DAGS-systemet er der fastsat takster for somatiske ambulante patienter. Hermed bliver det muligt at måle værdien af produktionen, jf. boks 3.1.

Boks 3.1 Opgørelse af produktionsværdi ved DRG- og DAGS-takstsystemet

Værdien af patientbehandlingen beregnes ved hjælp af DRG- og DAGS-takstsystemet, som prisfastsætter den somatiske sygehusbehandling på offentlige sygehuse. Prisfastsættelsen baseres på direkte patientrelaterede udgifter, og der indgår derfor ikke oplysninger om udgifter til anlæg mv. Ved værdiansættelsen af sygehusbehandlingen indgår derfor omkring 85 pct. af sygehusenes udgifter.

For indlagte patienter opgøres produktionen ved hjælp af DRG-systemet. DRG-systemet er i 2004 opdelt i 588 DRG-grupper, hvor hver gruppe så vidt muligt er afgrænset efter sygdoms- og behandlingsmønstre samt ressourcetræk. I hver DRG-gruppe vil patienterne således have et ensartet sygdoms- og behandlingsmønster, og behandlinger i samme gruppe kan forventes at have nogenlunde samme ressourcetræk.

Ressourcetrækket ved behandlingerne i hver DRG-gruppe beregnes på baggrund af omkostningsstudier samt indhentede omkostningsoplysninger fra 57 sygehuse (i 2004). Ressourcetrækket beskrives ved hjælp af DRG-vægte, som udtrykker ressourcetrækket ved behandlingen i DRG-gruppen i forhold til det landsgennemsnitlige ressourcetræk for alle behandlinger.

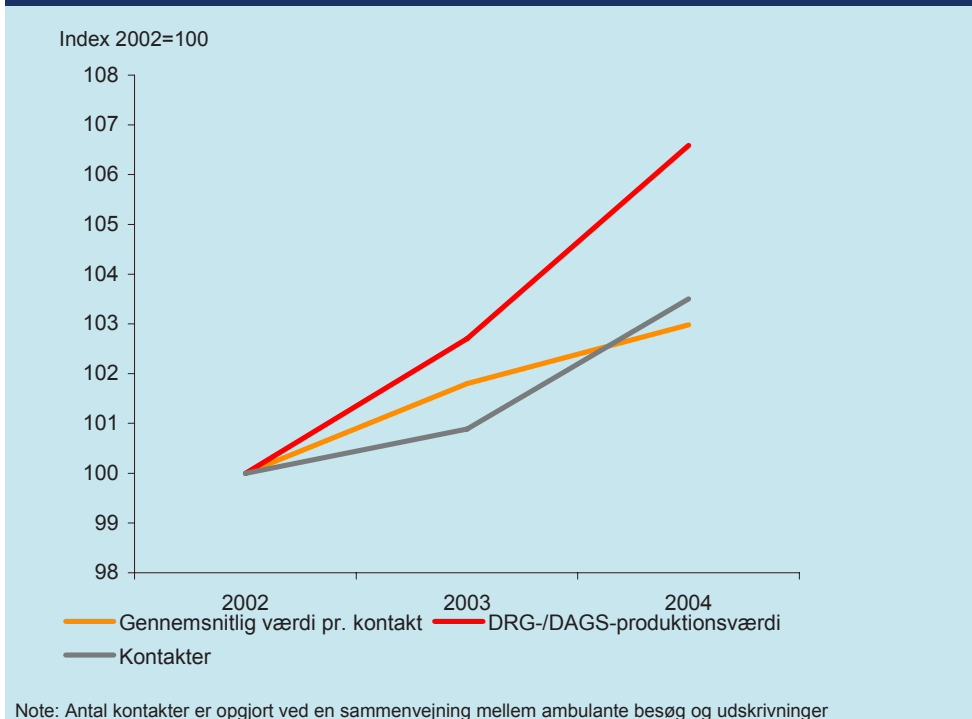
For alle DRG-grupperne beregnes en gennemsnitspris for alle udskrivninger. I 2004 var gennemsnitsprisen - også kaldes kroneværdien - på 23.912 kr. Kroneværdien beregnes på grundlag af de tilrettede driftsudgifter ekskl. udgifter til ambulante behandling mv. F.eks. har behandlingen i DRG-gruppe 101 "rygmarvsoperationer" vægten 3,22. Det betyder, at behandlingen er 3,22 gange så ressourcekrævende at udføre som den gennemsnitlige behandling. Produktionsværdien for en enkelt behandling kan nu opgøres til 77.110 kr. ($3,22 \cdot 23.912$ kr.).

For ambulante patienter opgøres produktionsværdien ved hjælp af DAGS-systemet. DAGS-systemer er i 2004 opdelt på 55 takster. Ved DAGS-systemet er grupperne – til forskel fra DRG-systemet - opdelt efter, hvilken behandling (procedure) der er udført på patienten. Herudover beregnes DAGS-taksterne som den gennemsnitlige omkostning ved behandlingen og ikke ved hjælp af vægte.

Den samlede produktionsværdi for indlagte og ambulante patienter er et velegnet redskab at anvende til produktivitetmålinger, da det udtrykker værdien af produktionen i kroner og derfor kan sammenlignes mellem sygehuse, der udfører forskellige behandlingstyper. Produktiviteten beregnes derfor med produktionsværdien opgjort ved hjælp af DRG- og DAGS-systemet som mål for produktionen.

Betydningen af at måle værdien af produktionen ved produktionsværdien frem for at måle ud fra antallet af kontakter med sygehusvæsenet i form af antal udskrivinger og ambulante besøg fremgår af figur 3.1.

Figur 3.1 Udvikling i aktivitet ved forskellige opgørelser, 2002-2004, indeks 2002=100



Udviklingen i borgernes kontakter med sygehusvæsenet, som omfatter såvel ambulante som stationære behandlinger, er steget med 3,5 pct. i perioden fra 2002 til 2004, jf. figur 3.1.

Samtidig er den gennemsnitlige værdi pr. kontakt, som borgeren har med sygehusvæsenet, forøget med 3,0 pct. fra 2002 til 2004. Dette kan ses som udtryk for, at hver behandling er blevet mere ressourcekrævende at udføre. Den stigende værdi pr. kontakt kan være udtryk for en specialisering i produktionen f.eks. som følge af teknologisk udvikling, accelererende patientforløb mv. Den stigende værdi pr. kontakt bør derfor indregnes i produktivitetsmål.

Endelig viser den øverste linie i figuren den procentvise udvikling i produktionsværdien målt efter DRG- og DAGS-systemet, som er den gennemsnitlige værdi pr. kontakt gange

antal kontakter. Værdien af sygehusproduktionen opgjort efter DRG- og DAGS-systemet er steget med 6,6 pct. fra 2002 til 2004.

Produktionsværdien opgjort ud fra DRG- og DAGS-systemet har siden 2000 været anvendt til den mellemamtslige afregning af frit valgs patienter, hvilket har været et incitament for at sikre en korrekt registrering på sygehusene.

Med kommunalreformen gennemføres en finansieringsreform på sundhedsområdet, som øger anvendelsen af takstsystemet på sundhedsområdet. Der indføres aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering for ca. 10 pct. af regionernes sundhedsudgifter, og den statslige aktivitetsbestemte pulje øges op til ca. 5 pct. af regionernes sundhedsudgifter. Ved opgørelse af disse aktivitetsbestemte finansieringskilder anvendes bl.a. DRG- og DAGS-systemet og takstsystemet på sygesikringsområdet. Herudover finansieres regionernes sundhedsudgifter via et statsligt bloktilskud (75 pct.) og et indbyggerafhængigt grundbidrag fra kommunerne (10 pct.)

Dermed skærpes også kravene til validering, der kan indebære mindre variation i DRG- og DAGS-taksterne. Det må derfor forventes, at kvaliteten af takstsystemet fortsat vil stige og dermed også kvaliteten af produktivitetmålingerne.

Udgifter i sygehussektoren: tilrettede driftsudgifter

Udgifter i sygehusvæsenet på lands-, regions- og amtsniveau kan beregnes med de tilrettede driftsudgifter som udgiftsmål. De tilrettede driftsudgifter måler de direkte patientrelaterede driftsudgifter på sygehusene, der afspejler udgiften ved selve sygehusbehandlingen, når kapitalapparatet er betalt.

De tilrettede driftsudgifter er dannet på baggrund af de amtskommunale sygehusregnskaber. De tilrettede driftsudgifter er driftsudgifter for somatiske sygehuse korrigeret for uens regnskabspraksis mellem amterne samt korrektion for udvalgte udgiftsposter, jf. boks 3.2.

Boks 3.2 De tilrettede driftsudgifter

De tilrettede driftsudgifter er en opgørelse af den medgående udgift for den patientrelaterede aktivitet på sygehusniveau på baggrund af de kommunale regnskaber. De tilrettede driftsudgifter opgøres af Sundhedsstyrelsen.

For at tilstræbe en ensartet vurdering af udgifterne mellem sygehusene fratrækkes udgiftsposter som psykiatrisk behandling, leasing, huslejudgifter, konsulentbistand, laboratoriydelser i praksissektoren, interne forskningsudgifter, medicin mv. Der korrigeres f.eks. for leasing for at ligestille sygehuse, der ikke leaser apparatur, med sygehuse, der leaser. Herudover korrigeres med henblik på at fordele udgifterne ud på de sygehuse, der modtager ydelsen. Det er f.eks. tilfældet ved konsulentbistand, hvor store sygehuse i nogle amter assisterer mindre sygehuse. Der henvises til bilag 2 for yderligere forklaringer.

Alle udgifter til apparatur og anlæg, der forbruges over en længere periode, udelades. Dette skyldes, at der i syghussektoren i henhold til reglerne på området skal straksafskrives, hvilket ved større anlægsinvesteringer giver store spring i anlægsudgifterne. Anlæg udelades derfor for at sikre en jævn og sammenlignelig tidsserie.

Korrektioner i udgifterne foretages for at tilstræbe sammenlignelige regnskabsoplysninger mellem amter og sygehuse. Det er dog ikke muligt at korrigere for forskelle i registreringspraksis mv., hvis f.eks. amterne registrerer den samme type aktivitet forskelligt. I 2006 vil arbejdsgruppen foreslå initiativer for at ensrette registreringspraksis samt øge kvalitetskontrollen af data. Det må derfor forventes, at kvaliteten af de tilrettede driftsudgifter fortsat vil stige og dermed også kvaliteten af målingerne (jf. afsnit 5.1).

3.3 Valg af brøkmetoden

Arbejdsgruppen har vurderet forskellige metoder til opgørelse af produktivitet. Der er enighed om at måle sygehusvæsenets produktivitet på lands-, regions- og amtsniveau i 2003 og 2004 ved hjælp af omkostningsbrøkmetoden, der måler forholdet mellem produktionsværdi og udgifter. Metoden er valgt, fordi den bygger på en enkel beregningsmetode, der samtidig er let fortolkelig. Endelig har brøkmetoden de seneste år været den mest anvendte metode til at opgøre produktivitet i sygehussektoren.

Med omkostningsbrøkmetoden opgøres produktivitet som forholdet mellem DRG- og DAGS-produktionsværdien (output) og udgifter (input) målt i forhold til landsgennemsnittet (gange 100). Brøken udtrykker dermed produktionen pr. anvendt krone i sygehusvæsenet i forhold til landsgennemsnittet.

En omkostningsbrøk på 102 svarer således til en produktivitet, der er 2 pct. højere end gennemsnittet for hele landet.

4. Produktivitetmålinger for 2003 og 2004

I 2005 har opgaven været at foretage produktivitetmålinger, der kan anvendes til at opgøre produktiviteten på lands-, regions- og amtsniveau. I 2006 udvides arbejdsgruppens opgave til også at omfatte målinger på sygehusniveau samt målinger for udvalgte afdelinger eller andet relevant niveau.

I dette afsnit præsenteres resultatet af produktivitetmålingerne for lands-, regions- og amtsniveau. Som fastsat i kapitel 3 anvendes brøkmetoden til produktivitetmålingerne.

4.1 Produktivitet i sygehusvæsenet på landsplan

Ved opgørelse af produktivetsudviklingen for sygehusvæsenet på landsplan via brøkmetoden beregnes den samlede produktionsværdi opgjort via DRG- og DAGS-systemet og de samlede tilrettede driftsudgifter for samtlige sygehuse.

For sygehusvæsenet på landsplan viser målingerne, at produktiviteten fra 2003 til 2004 er steget med 2,4 pct., jf. tabel 4.1. Dette skyldes, at produktionen er steget med 3,8 pct., mens udgifterne alene er steget med 1,4 pct.

Tabel 4.1. Produktionsværdi, udgifter og produktivitet på landsplan, 2003-2004.

Udvikling fra 2003-2004, pct.			
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet
Hele landet	3,8	1,4	2,4

Note: Beskrivelse af opgørelse af produktionsværdi og udgifter fremgår af bilag 2 og 3.

4.2 Produktivitet i sygehusvæsenet på regionsplan

Ved opgørelse af produktiviteten for sygehusvæsenet på regionsniveau opgøres produktionsværdien og tilrettede driftsudgifter på de respektive regioners sygehuse.

I alle de kommende regioner er produktiviteten steget fra 2003 til 2004, jf. tabel 4.2. Det fremgår således, at produktiviteten er steget med op til 2,8 pct. i region Nordjylland og Midtjylland.

Der er varierende produktivitet mellem de kommende regioner. I 2004 varierer produktiviteten således med op til 7 pct. i forhold til den gennemsnitlige produktivitet for hele landet, jf. tabel 4.2.

Tabel 4.2 Produktionsværdi, udgifter og produktivitet for regioner, 2003-2004					
Regioner	Udvikling 2003-2004, pct.			Produktivitetsniveau, hele landet=100	
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2003	2004
Midtjylland	4,3	1,5	2,8	107	107
Syddanmark	4,1	1,4	2,7	101	101
Sjælland	3,8	2,2	1,6	102	101
Hovedstaden	3,5	1,3	2,2	97	97
Nordjylland	3,5	0,7	2,8	93	93
Hele landet	3,8	1,4	2,4	100	100

Kilde: Jf. bilag 2 og 3

4.3 Produktivitet i sygehusvæsenet på amtsplan

Opgørelser af produktiviteten for amterne viser variationer i udviklingen af produktivitet fra 2003-2004. Fire amter har således oplevet en faldende produktivitet fra 2003 til 2004, hvilket bl.a. skyldes stigninger i udgifterne uden en tilsvarende stigning i produktionsværdien, jf. tabel 4.3.

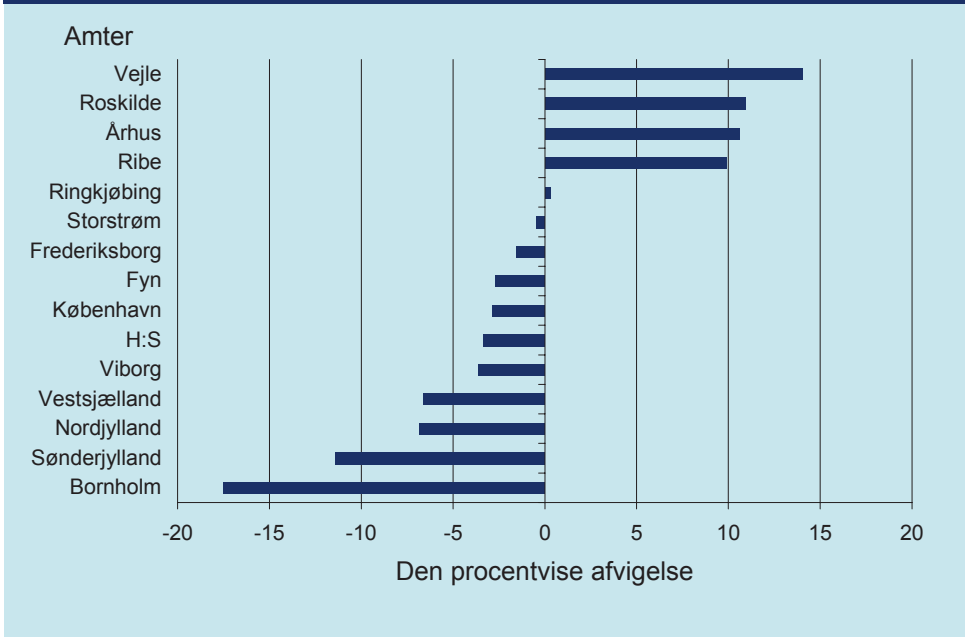
Tabel 4.3 Produktionsværdi, udgifter og produktivitet i amterne, 2003-2004

Amter	Udvikling 2003-2004, pct.			Produktivitetsniveau, hele landet=100	
	Produktionsværdi	Udgifter	Produktivitet	2003	2004
Vejle	6,2	3,8	2,3	114	114
Roskilde	7,9	2,6	5,1	108	111
Århus	4,1	0,5	3,6	109	111
Ribe	8,1	4,5	3,4	109	110
Ringkjøbing	2,8	3,0	-0,2	103	100
Storstrøm	1,6	1,3	0,4	102	100
Frederiksborg	3,0	1,3	1,7	99	98
Fyn	4,2	-0,3	4,6	95	97
København	3,6	2,3	1,2	98	97
H:S	3,6	0,6	3,0	96	97
Viborg	3,1	-0,5	3,6	95	96
Vestsjælland	2,2	2,6	-0,4	96	93
Nordjylland	4,0	1,3	2,6	93	93
Sønderjylland	-1,3	2,2	-3,4	94	89
Bornholm	3,0	1,4	1,6	83	82
Hele landet	3,8	1,4	2,4	100	100

Kilde: Jf. bilag 2 og 3

Der er forskelle mellem amternes produktivitet. Vejle Amt har f.eks. en produktivitet, der er 14 pct. højere end gennemsnittet for hele landet, jf. tabel 4.3.

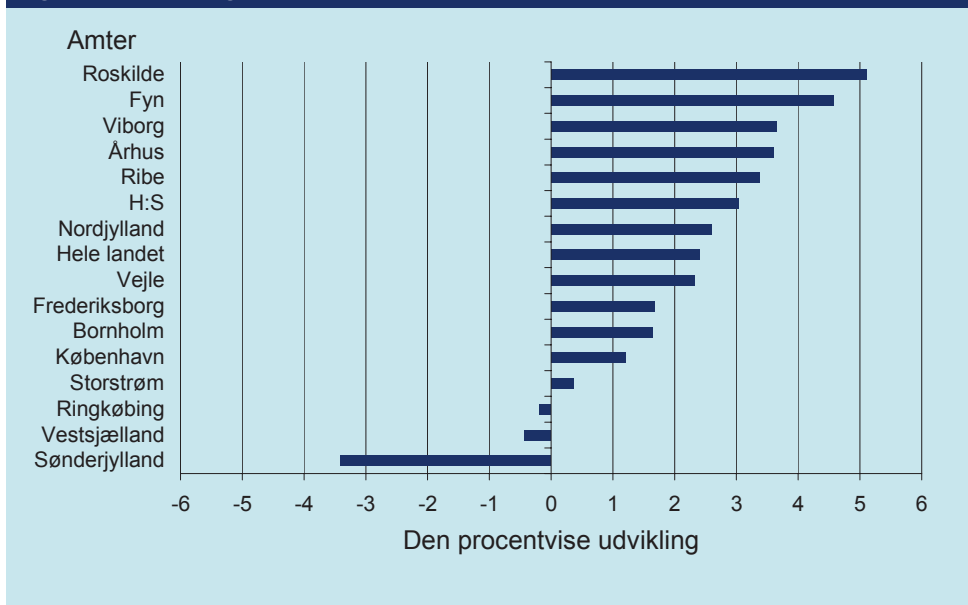
Figur 4.1. Produktivitet i forhold til gennemsnittet, 2004



Figur 4.1 viser den procentvise afvigelse, som amterne har i forhold til gennemsnittet i 2004. Heraf fremgår bl.a., at Vejle, Roskilde, Århus og Ribe amter har den højeste produktivitet, mens Bornholms Regionskommune og Sønderjyllands Amt har den laveste produktivitet.

Figur 4.2. viser den procentvise udvikling i produktivitet fra 2003 til 2004. Her ses, at Roskilde, Fyn og Viborg amter har forøget produktiviteten med over 4 pct. i perioden. Omvendt har Sønderjylland og Vestsjællands amter reduceret produktiviteten med mellem 0,4 pct. og 3,4 pct.

Figur 4.2. Udvikling i produktivitet, 2003-2004



5. Datakvalitet og anvendelse

For nærmere at vurdere produktivetsmålinger i 2003 og 2004 i sygehusvæsenet er det for det første nødvendigt med en vurdering af den datakvalitet, der ligger til grund for målingen. En del af de viste forskelle i produktivitet kan skyldes forhold i data, der uhenigtsmæssigt påvirker opgørelsen af produktivitet, og som ikke skyldes forskelle i amternes præstationer. Det kan være forskelle i den lokale registrering af produktion og udgifter eller forhold ved DRG- og DAGS-systemet mv. Disse forhold skal tages i betragtning ved fortolkningen af målingerne. Der vil således skulle tages visse forbehold for usikkerhed i målingen. Dette spørgsmål drøftes i afsnit 5.1.

For det andet er det nødvendigt at gennemføre nærmere analyser og overvejelser om, hvilke mulige forklaringer der kan være til resultatet af den overordnede produktivetsmåling på lands-, regions- og amtsniveau. I forlængelse heraf er det afgørende, at målingerne og analyserne udmøntes i konkrete handlingstiltag med henblik på at forbedre sygehusvæsenets samlede indsats. Derfor vil der i afsnit 5.2 være en drøftelse af, hvad mulighederne er for anvendelse af produktivetsmålingerne.

5.1 Datakvalitet

I de seneste år er kvaliteten af produktivetsmålinger øget. Det skyldes primært, at opgørelsen af produktionen er forbedret betydeligt gennem et udviklingssamarbejde mellem de centrale sundhedsmyndigheder, sygehusejerne og sygehusene.

Datagrundlaget bag målingerne kan stadig forbedres. Opgjort ved omkostningsbrøkmotoden opgøres produktiviteten som forholdet mellem produktionsværdi (output) og udgifter (input). I en produktivetsanalyse indgår optimalt set nøjagtigt de driftsudgifter, som er anvendt til at udføre produktionen. Endvidere skal opgørelsen af produktionen nøjagtigt afspejle værdien af produktionen.

I praksis er det ikke muligt at opnå en fuldstændig nøjagtig overensstemmelse mellem produktions- og udgiftssiden. Der er derfor foretaget visse korrektioner af primært de tilrettede

driftsudgifter, så udgifterne afgrænses og korrigeres til alene at dække udgifterne ved den udførte produktion¹.

Overordnet set fratrækkes de tilrettede driftsudgifter for udgifter, der ikke er relateret til somatisk patientbehandling som f.eks. udgifter til psykiatrisk behandling, huslejeudgifter mv. Herudover udelades bl.a. udgifter til medicin, der er fordelt forskelligt mellem sygehuse (og dermed amterne) for herved at ligestille sygehuse i en produktivitetmåling.

Tilsvarende korrigeres produktionsværdien bl.a. for produktion, der er forskelligt opgjort mellem sygehuse. Det omfatter bl.a. korrektion for nye koder og områder, hvor det ikke er obligatorisk at registrere, og hvor registreringspraksis mellem sygehuse kan være forskellig. For at kunne opnå en bedre sammenligning af produktionen mellem sygehuse (og amter) holdes disse områder derfor ude af produktionen.

Det er imidlertid ikke muligt fuldstændigt at korrigere data, så der opnås en perfekt overensstemmelse mellem produktion og medgåede udgifter. Det skyldes primært forskelle i registreringspraksis både ved opgørelsen af de tilrettede driftsudgifter og ved opgørelsen af produktionen samt forhold ved DRG- og DAGS-systemet, der anvendes til opgørelse af produktionsværdien.

Arbejdsgruppen har f.eks. fundet eksempler på, at amterne registrerer de samme typer udgifter forskelligt. Der er også eksempler på, at amterne afgrænser deres udgifter forskelligt. Dette gælder f.eks. afgrænsningen mellem renovering og ombygning. En adskillelse af de to områder er op til sygehuse at foretage. Forskellig afgrænsning kan få betydning for de tilrettede driftsudgifter, idet udgifter til renovering indgår i udgifterne, mens ombygninger derimod skal fratrækkes udgifterne.

Disse registrerings- og afgrænsningsforskelle vil få betydning for produktiviteten, idet registreringsmetoden vil være bestemmende for, om udgifterne bliver omfattet af produktivitetensanalyse.

Der findes således en række forskellige usikkerhedsparametre, der kan have indflydelse på måling af produktivitet. Arbejdsgruppen har vurderet betydningen af enkelte af disse parametre. Ved et enkelt parameter konstateres en usikkerhed, som kan indebære en forskel i produktiviteten på 3 pct.

¹ Jf. bilag 2 for yderligere beskrivelse af korrektioner.

Arbejdsgruppen vil derfor i 2006 arbejde videre med ensretning af registreringen f.eks. gennem en udbygning af retningslinierne både med hensyn til registrering/kontering og indberetning af de tilrettede driftsudgifter.

Endelig kan forhold ved DRG- og DAGS-systemet påvirke målinger af produktiviteten. Her er det afgørende, hvor præcist DRG- og DAGS-taksterne beskriver de ressourcer, behandlingen omfatter.

Såfremt grupperingslogikken f.eks. indebærer, at enkelte komplicerede og sjældent udførte behandlinger ikke grupperes til selvstændige grupper, men indgår i grupper med mindre ressourcekrævende behandlinger, vil produktiviteten blive undervurderet, hvor disse behandlinger udføres. De centrale sundhedsmyndigheder arbejder i øjeblikket på at undersøge problemstillingen.

Visse behandlinger kan både udføres ambulante og stationært. For at understøtte omlægningen fra indlagt til ambulante behandling er der for disse behandlinger fastsat en vægtningsfaktor for, hvad behandlingen koster ambulante og indlagt. Det betyder, at den ambulante behandling værdisættes til en højere takst, end hvad omkostningerne er og omvendt til en lavere takst for den indlagte behandling. Dette skaber et incitament for omlægning til den billigere ambulante 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.

Kvaliteten af sygehusenes indberettede oplysninger kan også have betydning for, hvor præcise taksterne er, og dermed hvor præcis produktion og produktivitet kan opgøres. En god kvalitet i de indberettede oplysninger indebærer bl.a., at de direkte patientrelaterede omkostninger knyttes til de rigtige patienter.

Herudover kan f.eks. teknologiske forhold have betydning for produktiviteten. Det er eksempelvis muligt, at produktionsværdien ikke fuldt ud afspejler udviklingen i udgiftsdrivende såvel som udgiftsdæmpende ændringer i behandlingsteknologien mv. som f.eks. anvendelse af ny dyr medicin.

Ovenstående forhold vedr. kvaliteten af data bør inddrages ved fortolkningen af produktivitetmålingerne. Målingerne af produktivitet skal derfor fortolkes og anvendes med forbehold, idet målingerne kan være påvirket af opgørelsesforhold.

I 2006 arbejdes videre med at forøge datakvaliteten med henblik på at præcisere målingerne yderligere.

5.2 Anvendelse af produktivetsmålinger

Der foretages allerede i dag produktivetsmålinger og -analyser i amterne og lokalt på sygehusene. Disse målinger og analyser anvendes bl.a. til at sikre en optimal ressourceudnyttelse på amternes sygehuse og afdelinger. Endvidere kan målingerne anvendes til sammenligning af amtets præstationer i forhold til andre amter.

Disse målinger korrigeres ofte for lokale forhold, der u hensigtsmæssigt kan påvirke produktiviteten. Herved giver disse målinger et godt grundlag for sammenligninger af produktiviteten mellem sygehuse og afdelinger inden for de enkelte amter.

Ved at udføre løbende systematiske målinger af produktivitet med den samme metode i hele landet og de samme korrektioner for alle amter kan der fås et bedre grundlag for at sammenligne og følge produktiviteten også mellem amter.

Målingerne af produktivitet på landsniveau, regions- og amtsniveau for 2003 og 2004 kan give amterne og de kommende regioner en indikation af, hvor produktive de er i dag. Og de regelmæssige målinger kan give de kommende regioner et vigtigt redskab i den løbende opfølgning af sundhedsvæsenets resultater.

En systematisk og løbende offentliggørelse af produktiviteten er i sig selv ikke tilstrækkeligt til at sikre produktivetsstigninger. Det er derfor nødvendigt at anvende målingerne aktivt og gå bag om tallene og detaljeret gennemgå, hvad der kan forklare de identificerede forskelle. Specielt er det interessant at undersøge, hvad der kan forklare produktiviteten hos de mest produktive.

Disse amter har måske eksempelvis igangsat målrettede, produktivetsfremmende initiativer, organiseret sygehusstrukturen på en særlig måde eller gennemført særlige politiske prioriteringer vedr. serviceniveau. Disse amter har måske også indrettet deres finansieringssystem, herunder takststyringsmodel, så forbedringer af produktiviteten i særlig grad fremmes.

For at identificere årsagen til den høje produktivitet er der også mulighed for lokalt at foretage en specifik sammenligning mellem det produktive amt og amtets egen produktivitet på mere detaljerede niveauer, f.eks. ved gennemgang af forskelle i arbejdsprocesser mv.

Forklaringer af årsagen til en høj eller lav produktivitet er en lokal udfordring for amterne og sygehusene. I 2006 offentliggøres målinger af produktivitet for sygehusene og for udvalgte afdelinger eller andet relevant niveau. Det er forhåbningen, at disse målinger vil forbedre mulighederne for at identificere årsagen til forskelle i produktivitet.

Produktivitetsmålingerne er dog først og fremmest et redskab til at identificere mulige forbedringspotentialer, hvor amterne mere indgående selv må undersøge, hvad der ligger bag opgørelsen, og om alle de viste forskelle i produktivitet er reelle. En del af forklaringen bag analyserne kan muligvis også begrundes med forhold ved produktion, registrering mv., som u hensigtsmæssigt påvirker målinger (jf. afsnit 5.1 om datakvalitet). Ved anvendelsen af målingerne er det derfor også relevant for amtet at stille sig selv det spørgsmål, om nogle af disse forhold kan forklare det identificerede produktivetsniveau.

Produktivitetsmålinger kan derfor ikke stå alene, men må følges op af systematiske undersøgelser af, hvad der kan forklare forskelle i produktivitet, ligesom de gode eksempler bør forfølges og udbredes. På den måde kan produktivetsmålinger blive et effektivt redskab til at sikre fortsat udvikling i sygehusvæsenet til gavn for borgerne.

6. Fortsat arbejde

I 2006 skal arbejdsgruppen arbejde videre med udvikling og udbredelse af produktivetsmålinger.

I denne rapport er produktivitet målt på lands- regions- og amtsniveau. Her har arbejdsgruppens foreløbige undersøgelser vist, at datagrundlaget kan blive endnu bedre, end det er i dag. I 2006 vil arbejdsgruppen derfor arbejde på at forbedre kvaliteten af data.

For at få den størst mulige anvendelse af målinger af produktivitet skal målingerne være direkte anvendelige i det daglige arbejde på sygehuse. I 2006 vil arbejdsgruppen derfor udvikle målinger af produktivitet på sygehusniveau og for udvalgte afdelinger eller andet relevant niveau.

Målingerne foreslås offentliggjort allerede nu på sundhed.dk og på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (eSundhed). I 2006 vil målingerne også omfatte sygehuse mv. Derfor skal der videreudvikles en IT-løsning i 2006, der kan præsentere en lang række målinger på en let tilgængelig måde.

Det er forhåbningen, at målingerne kan anvendes som inspirationskilde i arbejdet med at forbedre produktivitet. I 2006 vil arbejdsgruppen undersøge, hvordan målingerne bedst kan anvendes til at opnå produktivetsforbedringer.

Aktiviteter i 2006 vil derfor primært bestå af:

- 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.
- Udvikle forslag til yderligere ensartede, systematiske produktivetsmålinger/indikatorer og analyser på regions-, sygehus-, afdelingsniveau eller andet niveau på sygehusområdet.
- Færdigudvikle en generel, obligatorisk model for løbende offentliggørelse af produktivetsmålingerne for sundhedsvæsenet på Internettet incl. IT-løsning.
- Undersøge og vurdere, hvordan der ved en systematisk anvendelse og udbredelse af produktivetsmålingerne kan opnås produktivetsforbedringer.

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 systematiske 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 Amtsrådsforeningen, 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

Arbejdsgruppen består af:

Kontorchef Henrik Grosen Nielsen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)
Specialkonsulent Mads Hansen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)
Specialkonsulent Claus Bager Jensen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)
Fuldmægtig Signe Hermansen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)
Kontorchef Poul Erik Hansen (Sundhedsstyrelsen)
Chefkonsulent Annette Søberg Roed (Sundhedsstyrelsen)
Fuldmægtig Jeppe Nikolajsen (Sundhedsstyrelsen)
Specialkonsulent Flemming Christiansen (til oktober 2005)
Fuldmægtig AnneMarie Lauritsen (fra november 2005) (Finansministeriet)
Kontorchef Malene Højsted Kristensen (Amtsrådsforeningen)
Konsulent Ebbe Brage (Amtsrådsforeningen)
Kontorchef Henrik Larsen (Nordjyllands amt)
Amtssundhedsdirektør Jens Elkjær (Vejle amt)
Amtssundhedsdirektør Svend Skov Jensen (Storstrøms amt)
Afdelingschef Jens Ole Skov (Århus amt)
Planlægnings- og økonomidirektør Morten Rand Jensen (H:S)
Budget- og planlægningschef Søren Helsted (H:S)

Bilag 2. Beregning af produktionsværdi og tilrettede driftsudgifter.

Beregning af de tilrettede driftsudgifter

De tilrettede driftsudgifter opgøres i udgangspunkt med henblik på beregning af DRG- og DAGS-takster. Her danner de tilrettede driftsudgifter grundlag for kroneværdiberegningen, som fastsætter niveauet af taksterne. Til takstberegningsformål beregnes de tilrettede driftsudgifter som sygehusvæsenets totale driftsudgifter fratrukket udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling, udgifter til klinisk biokemiske laboratorieydelse til praksissektoren, udgifter til ambulant patientbehandling samt udgifter til ekstra lange indlæggelsesforløb (langlignere).

Ved opgørelse af produktivitet opgøres de tilrettede driftsudgifter som:

- + Sygehusvæsenets totale driftsudgifter
- Udgifter der ikke bidrager til somatisk patientbehandling
- Udgifter til klinisk biokemiske laboratorieydelse til praksissektoren
- Udgifter til internt finansieret forskning
- Udgifter til medicin på ambulante afdelinger

Målingerne af produktivitet omfatter hele den samlede sygehussektor. Derfor opgøres de tilrettede driftsudgifter incl. udgifter til ambulant patientbehandling. Herudover fratrækkes udgifter til internt finansieret forskning og udgifter til ambulant medicin. Endelig inkluderes udgifter til patienter med ekstra lange indlæggelsesforløb (langlignere).

Somatiske patientbehandlinger

Sygehusvæsenets totale driftsudgifter fratrækkes udgifter, der ikke bidrager til den somatiske patientbehandling for at sikre en ensartet vurdering mellem sygehusene. Udgiftsposterne omfatter bl.a. huslejudgifter, 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.

Forskning

De tilrettede driftsudgifter, der anvendes til at måle produktiviteten i hele den samlede sygehussektor, opgøres ekskl. 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 intern 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

Ved opgørelsen af de tilrettede driftsudgifter fratrækkes medicinudgifter til ambulante afdelinger. Hele medicinudgiften til ambulante afdelinger fratrækkes, idet det i 2005 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. I dag indgår alle udgifter til ambulante særydelse (bortset fra ambulante særydelse til fremmede basispatienter) i de tilrettede driftsudgifter (inputsiden).

De ambulante DAGS-takster (outputsiden) indeholder udgifter til særydelse. Oplysninger om, hvilke patienter der har modtaget særydelse, er imidlertid mangelfulde, og mange af udgifterne til særydelse fordeles derfor jævnt over alle patienter. Udgifter til særydelse er skævt fordelt mellem amter (og sygehuse), og sygehuse med et stort forbrug af særydelse vil ikke blive tilstrækkelig tilgodeset ved målingerne.

Tidligere er de tilrettede driftsudgifter alene blevet korrigeret med særydelse til fremmede patienter på basisniveau, således at produktiviteten på sygehuse med store udgifter til særydelse blev undervurderet. Den nye korrektion er således en væsentlig forbedring, idet alle sygehuse søges ligestillet.

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.

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:

- Produktionsværdi
- Korrigeret for indførelse af nye koder mv.
- Korrigeret for strukturændringer i amterne
- Korrigeret for udgifter til medicin på ambulante afdelinger

Nye koder

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 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: 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.

Strukturændringer

Der korrigeres for strukturændringer i amterne ud fra de oplysninger, der er tilgået Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den statslige meraktivitetsordning. Her korrigeres for sygehus- og afdelingssammenlægninger, der kan påvirke produktionsværdien. Herudover korrigeres i specielle tilfælde for omlægning fra stationær til ambulante behandling.

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. For at opnå så stor overensstemmelse som muligt mellem produktionsværdi og de tilrettede driftsudgifter fratrækkes den ambulante produktionsværdi for takster til medicin.

Der korrigeres konkret for medicinudgiften ved at udelade DAGS-grupperne, som omfatter medicinudgifter, hvis der ikke er et ambulat besøg. Hvis der er et ambulat besøg, indgår besøget alene med besøgstaksten, og cancerpatienter tildeles yderligere en concertakst på 520 kr. De udeladte casemixgrupper er PG12D (kompleks kemoterapi), PG12E (basis-kemoterapi) 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.

Andet

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

Bilag 3. Data bag måling af produktivitet.

Nedenfor præsenteres data vedr. de tilrettede driftsudgifter og DRG-og DAGS-produktionsværdi, som er anvendt til produktivitetmålingerne for 2003 og 2004.

Opgørelse af de tilrettede driftsudgifter

Tabel B1. De tilrettede driftsudgifter, 2003, 1.000 kr., 2004-priser					
Amter	Totale driftsudgifter, ekskl. udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling	Laboratorieydelse til praksissektoren	Internt finansieret forskning	Medicin	De tilrettede udgifter
H:S	7.165.573	13.394	160.667	536.266	6.455.245
København	4.347.989	593	78.369	135.665	4.133.362
Frederiksborg	1.965.640	30.590	1.475	58.246	1.875.328
Roskilde	1.372.718	19.389	398	41.688	1.311.242
Vestsjælland	1.643.471	24.677	796	34.615	1.583.383
Storstrøm	1.491.832	21.113	1.031	48.196	1.421.492
Bornholm	255.346	4.526	0	7.715	243.105
Fyn	3.982.258	39.019	50.845	203.789	3.688.605
Sønderjylland	1.412.199	24.491	296	41.094	1.346.317
Ribe	1.159.073	18.919	604	29.547	1.110.003
Vejle	2.121.592	29.952	5.144	104.403	1.982.092
Ringkjøbing	1.435.220	24.649	3.152	51.737	1.355.683
Århus	5.015.096	59.454	64.230	262.955	4.628.458
Viborg	1.458.078	25.271	2.104	71.986	1.358.718
Nordjylland	3.359.205	56.652	13.198	99.399	3.189.957
Hele landet	38.185.289	392.688	382.310	1.727.302	35.682.990

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Dansk center for forskningsanalyse samt Lægemiddelstyrelsen

Tabel B2. De tilrettede driftsudgifter, 2004, 1.000 kr., 2004-priser

Amter	Totale driftsudgifter, ekskl. udgifter, der ikke bidrager til somatisk patientbehandling	Internt finansieret forskning		Medicin	De tilrettede udgifter
		Laboratorieydelse til praksissektoren			
H:S	7.250.760	1.166	160.973	595.443	6.493.178
København	4.457.648	0	78.527	149.760	4.229.362
Frederiksborg	1.993.895	29.092	1.478	63.472	1.899.853
Rovskilde	1.404.219	18.425	399	39.599	1.345.795
Vestsjælland	1.696.092	36.227	798	33.907	1.625.160
Storstrøm	1.518.838	23.504	1.033	54.844	1.439.456
Bornholm	260.673	5.326	0	8.952	246.395
Fyn	3.989.743	41.091	50.944	221.292	3.676.416
Sønderjylland	1.443.731	25.705	297	42.286	1.375.443
Ribe	1.211.392	18.457	605	32.082	1.160.247
Vejle	2.208.136	36.473	5.154	110.050	2.056.459
Ringkjøbing	1.479.703	22.120	3.158	58.119	1.396.306
Århus	5.096.134	80.918	64.354	300.357	4.650.505
Viborg	1.453.921	25.320	2.108	74.797	1.351.697
Nordjylland	3.446.125	87.909	13.223	112.682	3.232.310
Hele landet	38.911.010	451.733	383.051	1.897.644	36.178.581

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Dansk center for forskningsanalyse samt Lægemiddelstyrelsen

Note: Vedr. Bornholms Regionskommune er der foretaget en justering i skema (1-3) til skema (4-7) i forhold til oplysninger fra Sundhedsstyrelsen som følge af revidering mv.

Opgørelse af DRG- og DAGS-produktionsværdi

Tabel B3. DRG- og DAGS-produktionsværdien, 2003, 1.000 kr., 2004-priser						
Amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Nye koder mv. ambulans	Nye koder mv. stationært	Medicin på ambulante afdelinger	Strukturændringer	Korrigeret produktionsværdi
H:S	6.595.786	11.445	0	101.488	3.694	6.479.160
København	4.303.557	6.728	0	49.410	1.659	4.245.760
Frederiksborg	1.969.634	5.444	0	20.593	0	1.943.597
Roskilde	1.496.608	2.172	0	13.535	0	1.480.900
Vestsjælland	1.589.280	546	0	13	0	1.588.720
Storstrøm	1.552.543	1.575	0	20.923	21.072	1.508.973
Bornholm	212.119	230	0	834	0	211.055
Fyn	3.713.486	9.003	0	32.438	0	3.672.045
Sønderjylland	1.335.098	2.162	0	10.633	808	1.321.495
Ribe	1.279.146	1.239	0	15.575	0	1.262.332
Vejle	2.409.227	6.945	0	38.588	0	2.363.694
Ringkjøbing	1.481.716	1.759	0	20.598	1.756	1.457.604
Århus	5.335.370	3.829	0	45.416	0	5.286.125
Viborg	1.374.573	480	0	7.352	14.529	1.352.212
Nordjylland	3.166.561	4.128	0	35.943	26.196	3.100.293
Hele landet	37.814.704	57.683	0	413.340	69.715	37.273.967

Kilde: DRG-systemet pr. 24. november 2004, DkDRG03 og DkDRG04

Table B4. DRG- og DAGS-produktionsværdien, 2004, 1.000 kr., 2004-priser

Amter	Ukorrigeret produktionsværdi	Nye koder mv. ambulantly	Nye koder mv. stationært	Medicin på ambulante afdelinger	Strukturændringer	Korrigeret produktionsværdi
H:S	6.965.481	43.579	90.501	115.902	0	6.715.499
København	4.550.294	37.679	56.899	59.020	0	4.396.697
Frederiksborg	2.052.730	15.375	3.712	31.823	0	2.001.821
Roskilde	1.643.119	14.441	14.653	16.405	0	1.597.620
Vestsjælland	1.662.759	8.263	30.156	625	0	1.623.716
Storstrøm	1.600.951	9.858	13.657	27.036	16.925	1.533.474
Bornholm	231.526	1.058	10.753	2.300	0	217.414
Fyn	3.973.155	27.233	79.713	38.827	0	3.827.382
Sønderjylland	1.322.342	7.479	687	10.204	0	1.303.972
Ribe	1.396.799	8.497	789	18.628	4.773	1.364.112
Vejle	2.647.046	12.642	79.604	45.597	0	2.509.203
Ringkjøbing	1.574.852	12.490	42.330	21.631	0	1.498.401
Århus	5.650.881	26.494	73.148	48.947	0	5.502.291
Viborg	1.451.554	4.237	43.283	9.761	0	1.394.273
Nordjylland	3.317.594	18.442	25.486	50.668	0	3.222.997
Hele landet	40.041.082	247.767	565.373	497.374	21.698	38.708.870

Kilde: DRG-systemet pr. 24. november 2004, DkDRG03 og DkDRG04

**Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehusektoren, Første delrapport
December 2005**

Publikationen kan bestilles hos:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
4. økonomiske kontor
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 96 90
Telefax: 72 26 96 93
E-post: 4o@im.dk

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

Tryk: Salogruppen A/S
Oplag: 500 stk.
Pris: Publikationen er gratis

ISBN-nr (publikationen) : 87-7601-158-5
ISBN-nr (elektronisk publikation) : 87-7601-159-3