

**Indenrigs- og Sundhedsministeriet**

Dato: 20. november 2006  
Kontor: Sundhedsdokumentation  
J.nr.: 2006-10122-46  
Sagsbeh.: SHE  
Fil-navn: Dokument 1

**Besvarelse af spørgsmål nr. 568 (Alm. del), som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 19. september 2006**

**Spørgsmål :**

"Ministeren bedes kommentere vedlagte artikel fra Dagens Medicin den 7. september 2006 "Ubrugelige tal for sygehusproduktivet"."

**Svar:**

Regeringen og regionerne har i økonomiaftalen for 2007 aftalt, "at der fortsat offentliggøres sammenlignelige målinger af produktiviteten". Der er således enighed om vigtigheden af offentliggørelse af løbende produktivtetsmålinger på sygehusområdet.

En arbejdsgruppe bestående af Danske Regioner, repræsentanter fra regionerne, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand) arbejder derfor med at udvikle produktivtetsmålinger for sygehusene. De offentliggjorte målinger af produktivitet fra december 2005 er således udarbejdet i samarbejde med sygehusejerne, som bl.a. har haft lejlighed til at validere målingerne.

Produktiviteten beregnes ved at sammenholde værdien af sygehusenes behandlinger med udgifterne ved at udføre behandlingerne. Beregningen af produktivitet er således et øjebliksbillede, der beskriver produktiviteten på det tidspunkt, målingen foretages.

Målingerne kan anvendes af politikere, administratorer og sundhedsfagligt personale til at sammenligne, hvordan deres amt eller sygehus klarer sig i forhold til andre amter eller sygehuse. Derudover kan produktiviteten følges over tid og dermed belyse effekten af forskellige tiltag.

Der er udviklet et generelt system til at opgøre værdien af behandlingerne på sygehusene, hvor behandlingerne er inddelt i forskellige Diagnose Relaterede Grupper, heraf navnet DRG-systemet. Der findes omkring 600 DRG-takster for behandlinger af indlagte patienter og omkring 100 DAGS-takster for ambulante behandlinger. Hver gruppe er tildelt en takst, som afspejler den landsgennemsnitlige omkostning ved at udføre behandlingen.

DRG-systemet anvendes bl.a. til afregning mellem regionerne og kommunerne i den nye kommunale struktur og til udarbejdelse af produktivtetsopgørelser.

I artiklen gør overlæge Steen Vadstrup (Holbæk Sygehus) opmærksom på, at DAGS-taksterne ikke afspejler de reelle driftsudgifter for en ambulante ydelse. Det skyldes ifølge Steen Vadstrup, at DAGS-taksterne er kunstigt oppustede, idet universitetshospitaler ellers ville få for få DRG-point.

DRG- og DAGS-taksterne opgøres af Sundhedsstyrelsen på baggrund sygehusenes egne indberetninger af omkostningsdata. DAGS-taksterne afspejler de landsgennemsnitlige omkostninger for de forskellige former for ambulante behandlinger. DAGS-taksterne er ikke fastsat under særlig hensyntagen til universitetssygehusenes omkostningsstrukturer.

Omkostningerne til behandling af patienterne vil ikke på alle sygehuse præcist svare til landsgennemsnittet. Inden for de enkelte DRG-grupper kan nogle sygehuse således behandle mere ressourcekrævende patienter end andre.

Derudover er beregningsgrundlaget for taksterne påvirket af, at det ikke i fuldt omfang er muligt at koble de direkte patientrelaterede omkostninger præcist til den enkelte patient. I samarbejde med sygehusejerne arbejder Sundhedsstyrelsen fortsat på at øge præcisionen i takstberegningen, herunder fastlæggelsen af DAGS-taksterne.

Herudover anføres i artiklen, at produktivetsmålingerne modarbejder en omlægning af hospitalsdriften fra indlæggelser til ambulante virksomhed ved, at behandlinger, der kan udføres ambulante, i stedet udføres ved en meget kort indlæggelse, hvor hospitalet kan opnå et overskud med den pågældende DRG-takst.

Hertil bemærkes, at der i DRG-systemet for 2006 er indbygget ca. 75 såkaldte gråzonegrupper. Gråzonepatienter kan behandles enten ambulante eller under indlæggelse. I begge tilfælde afregnes med samme takst. Gråzonegrupperne giver således sygehusene et incitament til omlægning til ambulante behandling. Antallet af gråzonegrupper øges år for år og dermed reduceres muligheden for kunstigt at øge sin produktionsværdi ved en kort indlæggelse frem for at behandle ambulante.

I artiklen anføres yderligere, at det ikke er klart, hvordan udenamtspatienter medregnes i produktivetsopgørelser.

Produktivetsmålingerne påvirkes ikke af, om patienterne behandles på andre regioners/amters sygehuse. Det skyldes, at både værdien af sygehusbehandlingerne og udgifter opgøres for hvert enkelt sygehus og derfor ikke påvirkes af patienternes adresse. Således opgøres produktiviteten f.eks. for Vestsjællands Amt som DRG-værdien af de udførte behandlinger på sygehusene i Vestsjællands Amt i forhold til de medgåede udgifter ved disse behandlinger.

Sammenfattende bemærkes, at produktivetsmålinger af sygehusene siger noget om, hvor mange sundhedsydelser vi får for pengene. Produktivets-

målinger er således et centralt redskab til at sikre en bedre ressourceanvendelse, fordi de skaber synlighed om, hvordan ressourcerne faktisk anvendes. Dette gælder også på trods af visse unøjagtigheder i produktivitetmålingerne og i DRG-systemet. De centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne arbejder løbende på at forbedre kvaliteten af produktivitetmålingerne og DRG-systemet, ligesom offentliggørelse af produktivitetmålingerne bidrager til øget fokus på og forbedring af datakvaliteten.

Endvidere er produktivitetmålinger kun ét ud af flere styringsredskaber, som indgår i den faglige, økonomiske og politiske styring af sygehusene. Således siger produktivitetmålinger f.eks. ikke noget om kvaliteten i behandlingen eller giver løsninger på sundhedsvæsenets indretning. Det er sygehusejernes ansvar at anvende styringsredskaberne på en hensigtsmæssig og fagligt velbegrundet måde.