

INDLÆG i Dagens Medicin, 7. januar 2020

Kjeld Møller Pedersen om effektiviseringskravet: Selvfølgelig er det opgjort forskelligt

Professor i sundhedsøkonomi Kjeld Møller Pedersen kritiserer dækningen af effektiviseringskravet for at være ufuldstændig og baseret på uholdbare præmisser om, hvordan kravene kom til verden. Læs debatindlægget samt modsvaret fra Dagens Medicin her.

[Kjeld Møller Pedersen](#)

07/01/2020 DAGENS MEDICIN (on-line)

Det er fascinerende og lidt rystende at følge Dagens Medicins dækning af spørgsmålet om effektiviseringskravet til de nye akutsygehuse.

Fascinerende fordi der er mange ord og fornærmethed over, at alle ikke bare vil stille op, når journalisten ønsker det (minister, departementschef og embedsfolk) med beskeden ny information og delvis fejlvisende gentagelser fra tidligere artikler, men som afføder nye udvalgs spørgsmål i Folketinget, vistnok p.t. i alt omkring 30.

Rystende fordi der er mange halve sandheder i forsøget på at vise, ja, præcist hvad? Og ethvert tilløb til åbenhjertighed bliver blæst op, senest i netudgaven d. 13.12, hvor en interview-udtalelse om, at »Det kan diskuteres, om det var et klogt valg (effektiviseringen et år efter ibrugtagning, red.). Det har jeg også været inde og se efter. Jeg kan ikke se, hvor grundigt vi har overvejet den præmis,« siger Kjeld Møller Pedersen.

Det bliver i overskriftsform til »I tvivl om hurtige effektiviseringer til supersygehuse var klogt« og ikke den anden del, hvor jeg ikke kan finde ud af eller huske, hvor grundigt spørgsmålet har været overvejet.

Ak ja, men sådan er journalistik – halve sandheder og aldrig indrømme, at man kan være på vildspor og ikke helt forstår en sag.

I papirudgaven 13. december lyder overskriften, at »hospitaller har fået opgjort effektiviseringskravet forskelligt«.

Min umiddelbare reaktion var: Ja, naturligvis og forhåbentligt! Hvor ville det være godt, hvis journalisten var stoppet op og havde reflekteret i stedet for at ile videre for at finde støtte til, at det nok skulle (burde?) have været opgjort ens efter en på forhånd fastlagt formel.

To af mine gode sundhedsøkonomiske kolleger kommenterer i artiklen. Den ene siger helt udokumenteret, men tror dog, at kravene er vilkårlige og at produktivitetsforøgelse er lig med besparelse – den anden har tilsyneladende svært ved at forstå, at beregningerne ikke er videnskabelige, selv om jeg har gjort det klart i [et tidligere indlæg](#) og, at der i sagens natur var tale om skøn og vurderinger sygehus for sygehus.

Hvordan i alverden skulle det kunne være videnskabeligt, kunne man spørge – uanset hvad man forstår ved videnskabeligt, og hvordan skulle det kunne være gjort ens for 16 vidt forskellige byggesager?

Jeg er tydeligvis hæmmet ved skrivningen af nærværende: Hæmmet af dyb viden fra deltagelse i Erik Juhl-udvalget i alle årene og de møder, hvor produktivitetskravene blev fastsat. Jeg er faktisk den eneste af de nuværende aktører, der har været med i hele forløbet. Hæmmet fordi ethvert indlæg kan opfattes som forsvar – og ikke det, der er intentionen: forklaring.

Hæmmet fordi jeg ikke husker alt knivskarpt 10 år tilbage i tiden – men dog kan støtte mig til samtlige e-mails fra tiden i Erik Juhl-udvalget. Dagens Medicin journalist mener tilsyneladende, at man skal kunne huske 10 år tilbage og har endda indhentet kommentarer fra personer, der mener at kunne huske skarpt – intet mindre end imponerende.

Produktivitetskravet?

Produktivitetskravet kan ikke være en overraskelse. Det har været klart udmeldt tidligt og gentagne gange. Dette har Dagens Medicin ikke berørt og derfor lidt baggrund her. Det er kedeligt, men nødvendig for en oplyst debat, som jeg er så gammeldags at tro på er nødvendig for en dialog i modsætning til en anklagende monolog.

Produktivitetskravet fremgik allerede af 2007-kommissoriet for Erik Juhl-udvalget og var dermed én af udvalgets opgaver:

»Overordnede mål i forhold til produktivetsforbedringer og driftsøkonomiske gevinster skal indgå i regionernes planlægning af ny sygehusstruktur, herunder forbedret kapacitetsanvendelse via effektiv brug af økonomiske og knappe personalemæssige ressourcer.

- Forbedrede interne arbejdsgange, herunder effektive arbejdsrutiner og øget opgaveglidning, sammenhæng i opgavevaretagelsen, mere hensigtsmæssig anvendelse af fysiske rammer, rationel tilrettelæggelse af patientforløb samt personalemæssige arbejdsbetingelser skal indgå i planerne for ny sygehusstruktur
- Vagtberedskab og optimal organisering heraf skal indgå i planerne.
- Strukturændringerne skal danne basis for bedre udnyttelse af sengekapaleten og nedbringelse af de gennemsnitlige liggetider ved indlæggelse som følge af bl.a. mulighed for øget ambulantbehandling, accelererede patientforløb mv.«

I sagens natur fastsatte man ikke på det tidspunkt størrelsesordenen af den forventede effektiviseringsgevinst.

I forbindelse med de såkaldte foreløbige økonomiske tilsagn – eksempelvis 6,4 mia. kr. til Aarhus Universitetssygehus udmeldt i november 2008 – hed det i tilsagnsbrevet:

»at der realiseres en besparelse på driften for de omfattede enheder, som ligger ud over de almindelige løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet. Niveauet fastlægges endeligt i forbindelse med det endelige tilsagn.«

Det endelige tilsagn kom efter, at man for de konkrete sygehusprojekter havde indsendt materiale, der uddybede den oprindelige ansøgning og budgetmæssigt skulle holde sig indenfor rammerne af det foreløbige tilsagn og vise, at der kunne bygges/renoveres sammenhængende indenfor budgetrammen.

I økonomiaftalen for 2010 hed det:

»Der vil blive stillet krav om effektivitetsgevinster ved investeringerne, som skal medgå til at finansiere aktivitetsvækst på sygehusene i takt med, at gevinsterne realiseres.

Investeringerne skal muliggøre en mere effektiv opgaveløsning og ressourceanvendelse via

bedre logistik og ny teknologi og moderne og energieffektive løsninger, der ligger ud over de almindelige, løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet.«

I det endelige 2010-tilsagnsbrev for Aarhus Universitetshospital (DNU) hed det:

»Endelig er regeringen enig med ekspertpanelet i, at processen for etableringen af DNU samtidig er et forandringsprojekt med nye muligheder for arbejdstilrettelæggelse, kapacitetsudnyttelse, patientforløb og logistik. Der fastsættes på baggrund af panelets anbefalinger et effektiviseringskrav svarende til 8 pct. af de nuværende driftsudgifter for de matrikler, der skal indgå i det nye universitetshospital i Århus, svarende til 456 mio.kr., der skal realiseres i år 1 efter ibrugtagelsen af det nye sygehus. Gevinsten vil indgå som finansieringsbidrag af ny sygehusaktivitet og indgår dermed ikke i finansieringen af byggeriet.«

Aarhus Universitetshospital var det første projekt, hvor Erik Juhl-udvalget angav en konkret procentsats.

Den konkrete procentsats blev fastsat baseret på flere kilder og var i sidste instans et samlet skøn og vurdering fra Erik Juhl-udvalget. Jeg kommer tilbage til detaljerne nedenfor.

Det har hele tiden været klart, at produktivetsgevinsten skulle blive i sundhedsvæsenet, jfr. citatet for 2010-økonomiaftalen. Alene af den grund giver det ikke mening at tale om en besparelse.

Indledningsvis skulle gevinsten forblive i hjemmeregionen, men det blev ændret med økonomiaftalen for 2017 – vist nok fordi man mente, at de i alt 41 mia. (49 mia. i 2018-priser) til kvalitetsfundsbyggerier og/eller effektiviseringskravene ikke var blevet fordelt ligeligt mellem regionerne, hvilket heller aldrig havde været en præmis, dvs. det fremgik ikke af kommissoriet for Erik Juhl-udvalget, og der var ikke blevet lavet 'fordelingsregnskab' undervejs i processen.

Teksten i økonomiaftalen lød:

»Regeringen og Danske Regioner er enige om, at 50 pct. af effektiviseringsgevinsterne – svarende til 129 mio. kr. i 2017 – anvendes til ny sygehusaktivitet, herunder demografi og kræft mv. Midlerne fordeles mellem regionerne efter bloktilskudsnøglen. Omfordelingen indføres fra 2017 frem mod 2025. De resterende 50 pct. af effektiviseringsgevinsterne fastholdes i den enkelte region til ny sygehusaktivitet.«

Det nye var, at halvdelen skulle fordeles mellem regionerne. Den præcise begrundelse fremgår ikke af teksten.

Hvordan blev det konkrete krav fastsat?

Dagens Medicin har ikke gjort meget for at oplyse læserne om, hvordan og på hvilket grundlag de procentvise éngangs produktivetsgevinster blev fastlagt. I stedet er man igen og igen vendt tilbage til et norsk hospital, hvor jeg har vist det fejlagtige i [fremstillingen d. 29. oktober](#) – men dette budskab er sjovt nok ikke blevet gentaget igen og igen. Det norske eksempel har ifølge min erindring ikke spillet nogen betydende rolle, hvis overhovedet, men tilsyneladende i journalistens forestillingsverden, hvad han så end baserer det på.

Der indgik tre elementer, når procentsatsen blev fastsat:

1. Byggeherrens skøn over mulig produktivetsgevinst. Der skulle være en særskilt beregning og vurdering heraf i det materiale, der blev indsendt til Erik Juhl-udvalgets endelige stillingtagen til støtte fra Kvalitetsfonden.
2. Den meget sparsomme viden der forelå, eks. fra Medicinerhuset i Aalborg, det meget omtalte hospital i Norge, der reelt ikke har spillet en rolle, og et par amerikanske undersøgelser

3. Vurderingen i Erik Juhl-udvalget af data fra punkterne 1 og 2. Der blev taget stilling sygehus for sygehus, og vi anvendte ikke en fast beregningsformel endsige foretog en videnskabelig beregning.

Jes Søgaard mener i Dagens Medicin d. 13. december at vide, at »der har siddet nogle embedsfolk og lavet det, og det virker vilkårligt, hvordan de er nået frem til de her afgørelser. Det er sjusk.«

Jeg må med beklagelse notere, at det er min ven og kollega Jes Søgaard, der sjusker. For det første er han helt og aldeles uden viden om drøftelserne i Erik Juhl-udvalget, og hvilken rolle embedsfolkene måtte have spillet.

For det andet har det på ingen måde været vilkårligt, men det kan han selvsagt ikke vide, når han ikke har været involveret og vel heller ikke har gjort forsøg på at få et vist indblik. Døm selv ud fra det følgende.

Ved vurderingen af de endelige ansøgninger blev udvalget bistået af Deloitte, der havde en fast dagsorden for møderne med følgende punkter, baseret på fremsendt materiale fra den kommende bygherre: Effektive løsninger, rationaliseringsgevinster, projektorganisering, projekterings- og byggetid samt risikostyring. De anvendte slides var ikke udarbejdet, endsige godkendt, af embedsfolk.

Ved udvalgsrådet om Aarhus Universitetshospital, som var det første, hvor der blev fastsat en procentsats, havde Deloitte to plancher om dette ud af i alt 23. Deloitte afgav ikke anbefalinger til ekspertpanelet vedr. den konkrete fastsættelse af effektiviseringskrav.

På den ene af Deloitte slides stod bl.a.

- Der er meget få empiriske studier, som dokumenterer størrelsen af effektiviseringsgevinster afledt af større hospitalsbyggerier – det betyder naturligvis ikke, at gevinsterne ikke eksisterer
- Gevinsterne størrelse kan være kontekstafhængige, eks. hospitalets størrelse, de institutionelle rammer, og om der sker en samling på færre matrikler. Direkte sammenligninger med danske sygehusbyggerier kan derfor være vanskelige
- Amerikanske studier har ofte fokus på indtjeningen, hvor også afledte markedsandelsgevinster har betydning for rentabiliteten
- Sammenligneligheden af nedenstående eksempler er usikker, og opgørelsesmetoden er ikke beskrevet

Den efterfølgende planche sammenfattede byggeherrens eget skøn og potentiel produktivitetstigning gennemgået. Der stod bl.a.

- Ansøgningens udgangspunkt for effektiviseringspotentialer er en ekstraordinær produktivitetstigning på 4-5 procent – og med et potentiale på op til 8 procent afhængigt af den anlægsøkonomiske ramme
- Effektiviseringsmålet fremstår som et overordnet fastsat pejlemærke, men bygger ikke – på nuværende tidspunkt – på konkretiserede og begrundede overvejelser, bortset fra totaløkonomiske vurderinger af fire udvalgte koncepter, jf. nedenfor.
- Der er ikke redegjort for, hvilke forudsætninger, der anses for væsentlige for spændet mellem det lave og det høje »estimat.«
- Der er udarbejdet et katalog over effektiviseringsmuligheder omfattende ca. 25 temaer.
- Konkretisering og prioritering af disse temaer vil ske senere, herunder særligt ”detail- og projekteringsfasen”

Anders Eibye-Ernst (journalisten bag artikelserien i Dagens Medicin, red.) bygger meget af sin fremstilling på en præmis om, at Sundhedsministeriet angiveligt skulle have oplyst, at der bag

kravene skulle ligge én eller anden evidensbaseret regnemodel. Jeg kan ikke ud af Sundhedsministeriet svar til Folketinget se, at dette skulle være korrekt, ligesom der mig bekendt heller ikke har været anvendt sådan en standard regnemodel – i givet fald er det gået helt og aldeles hen over hovedet på mig – og jeg for indbildsk til at tro, at det er sket.

Alene den ovenfor skitserede procedure gør det ikke muligt, at der var anvendt en regnemodel. I stedet byggesagerne vurderet sag for sag med hensyntagen til kontekst osv. – noget der forklarer, at der somme tider beregnes ud fra sygehusets samlede budget, i andre tilfælde alene ud fra de funktioner, der blev berørt.

Hvis der eksempelvis var tale om en 'tilbygning' som i Herlev, men hvor man har vendt en betydelig del af hospitalets logistik, ville man tage udgangspunkt i hospitalets samlede budget, mens der Aalborg er tale om driftsbudgettet for de funktioner/matrikler, der samles i nybyggeriet, men eks. ikke Medicinerhuset.

Som et relevant kuriosum kan noteres, at der er hospitalsbyggerier/renoveringer, som ikke har fået støtte fra Kvalitetsfonden, men hvor i det mindste en region, Region Syddanmark, af egen drift lavede et effektiviseringskrav for ombygningen af Sydvestjysk sygehus.