

# EFFEKTIV STYRING PÅ SYGGEHUSOMRÅDET

## **Kolofon**

### **Effektiv styring på sygehusområdet**

#### **Udgivet af:**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K.

Telefon: 72 26 90 00

Telefax: 72 26 90 01

E-post: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

EAN-lokationsnummer: 5798000362055

**Grafisk design:** 1508 A/S

**ISBN:** 978-87-7601-283-0

**Version:** 1. version.

**Versionsdato:** 17. juni 2009.

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

# Indhold

<b>1. Indledning og sammenfatning</b> .....	<b>5</b>
1.1. Baggrund for arbejdet og arbejdsgruppens kommissorium.....	5
1.2. Sammenfatning.....	6
1.2.1. Overordnede rammer for sygehusvæsenet (kapitel 2).....	6
1.2.2. Beskrivelse af det danske DRG-system (kapitel 3).....	7
1.2.3. Serviceeftersyn af DRG-systemet (kapitel 4).....	7
1.2.4. Udvikling af DRG-systemet og takststrukturen (kapitel 5).....	8
1.2.5. Økonomisk styring på sygehusområdet (kapitel 6).....	9
1.2.6. Synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlinger (kapitel 7).....	10
1.3. Arbejdsgruppens anbefalinger.....	11
<b>2. Overordnede rammer for sygehusvæsenet</b> .....	<b>14</b>
2.1. Sammenfatning.....	14
2.2. Finansiering af sygehusvæsenet.....	14
2.3. Overordnede rammevilkår for styringen af sygehusvæsenet.....	16
2.4. Sygehusvæsenets udvikling.....	19
<b>3. Beskrivelse af det danske DRG-system</b> .....	<b>28</b>
3.1. Sammenfatning.....	28
3.2. DRG-systemets anvendelsesområder.....	28
3.3. DRG-systemets metode og opbygning.....	29
3.4. Aktivitetssiden.....	32
3.4.1. Sygehusenes registrering af aktivitet.....	32
3.4.2. Takstbærende aktivitet.....	33
3.4.3. Omkostningsbærende aktivitet.....	34
3.5. Gruppering.....	35
3.6. Omkostningssiden.....	38
3.7. Takstberegning.....	41
3.8. Formidling af data på DRG-området.....	45
<b>4. Serviceeftersyn af DRG-systemet</b> .....	<b>47</b>
4.1. Sammenfatning.....	47
4.2. Generelle forudsætninger for anvendelse af DRG-systemet.....	48
4.3. Identifikation af problemstillinger i forhold til DRG-systemets anvendelse.....	49
4.4. Aktivitetssiden.....	50
4.4.1. Sygehusenes indberetninger af aktivitetsdata.....	50
4.4.2. Kvalitet af lokale aktivitetsdata.....	50
4.4.3. Specialespecifikke vejledninger om aktivitetsregistrering.....	51
4.4.4. Definition og registrering af ambulante og stationære besøg.....	51
4.4.5. Stabilitet i formidling af aktivitetsoplysninger.....	52
4.4.6. Rettidig formidling af afregningsoplysninger.....	52
4.5. Omkostningssiden.....	53

4.5.1. Kvalitet i sygehusenes fordelingsregnskaber .....	53
4.5.2. Håndtering af udgifter til vagtberedskab og akut behandling.....	54
4.5.3. Opgørelse af patientrelaterede udgifter.....	55
4.5.4. Anvendelse af ABC-studier .....	56
4.5.5. Formidling af omkostningsdatabasens oplysninger.....	57
4.5.6. Formidling af årsager til ændringer i taksterne .....	58
4.6. Gruppering .....	59
4.6.1. Krav til ændringsforslag til DRG-systemets gruppering.....	59
4.6.2. Afgrænsning af afregning for fejlagtig og mangelfuld gruppering .....	59
4.6.3. Kriterier for ændringer i DRG-systemets gruppering .....	60
4.6.4. Formidlingen af ændringer i grupperingen .....	60
4.6.5. Synliggørelse af de økonomiske konsekvenser af grupperingsændringer .....	61
4.6.6. Håndtering af gruppering af akutte og elektive patienter .....	61
4.7. Takstberegning .....	62
4.7.1. Stabilitet i taksterne .....	63
4.7.2. Fremrykning af udmelding af det foreløbige takstsystem .....	64
<b>5. Udvikling af DRG-systemet og takststrukturen .....</b>	<b>66</b>
5.1. Sammenfatning .....	66
5.2. DRG-systemets dækningsområde – skal det dække sundhedsvæsenet eller sygehusvæsenet? .....	68
5.3. Skal der afregnes for sygehusydelse, der foregår uden for sygehusmatriklen?.....	69
5.4. DRG-systemets præcision og detaljeringsgrad.....	70
5.5. Skal DRG-taksterne opgøres på basis af kontakter eller forløb? .....	71
<b>Bilag 5.1. Fordeling af patientrelaterede udgifter .....</b>	<b>72</b>
<b>6. Økonomisk styring på sygehusområdet .....</b>	<b>75</b>
6.1. Sammenfatning.....	75
6.2. Effektiv økonomistyring på sygehusområdet.....	76
6.3. Omkostningsdatabasens bidrag til økonomistyring på sygehusområdet.....	78
6.3.1. Konkret anvendelse og formidling af omkostningsdatabasens oplysninger .....	79
<b>7. Synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlinger .....</b>	<b>85</b>
7.1. Sammenfatning .....	85
7.2. Omkostningseffektive behandlingsformer – best practice takster .....	86
7.3. Indikatorer der kan understøtte udbredelsen af omkostningseffektive behandlinger og en effektiv anvendelse af ressourcerne i sygehusvæsenet.....	89
7.4. Konkrete modeller for styring af sygehusene .....	91

# 1. Indledning og sammenfatning

## 1.1. Baggrund for arbejdet og arbejdsgruppens kommissorium

I aftalen om regionernes økonomi for 2009 mellem regeringen og Danske Regioner er det aftalt, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe, der har fået til opgave at sikre, at DRG-systemet understøtter en effektiv styring på sygehusområdet.

Af økonomiaftalen for 2009 mellem regeringen og Danske Regioner fremgår det:

*"DRG-systemet anvendes efter dannelsen af regionerne og med indførelse af den nye finansieringsmodel på sundhedsområdet i større og bredere omfang end tidligere, hvilket har understreget behovet for at analysere DRG-systemets styrker og svagheder.*

*DRG-systemet skal understøtte et stabilt driftsgrundlag i regioner og på sygehuse, bidrage til en effektiv økonomi- og takststyring, samt understøtte det ledelsesmæssige grundlag for udbredelsen af effektive behandlingsforløb.*

*Regeringen og Danske Regioner er i det lys enige om at nedsætte en arbejdsgruppe, der får til opgave, at:*

- give DRG-systemet et serviceeftersyn, herunder identificere uhensigtsmæssigheder og komme med forslag til håndtering heraf, som samtidig understøtter et stabilt driftsgrundlag samt tilgodeser de konkrete styringsbehov i regionerne og på sygehusene, herunder formidling af relevante data til regioner og sygehuse,*
- komme med konkrete forslag til en prioritering af arbejdet med formidling og opgørelse samt fordeling af omkostninger forbundet med de enkelte behandlinger med fokus på at sikre sammenlignelighed og gennemsigtighed,*
- beskrive forslag til en konkret proces for udvikling af DRG-systemet/takststrukturen, der bl.a. kan understøtte sygehusene i at foretage flere behandlinger og undersøgelser samme dag med kortere ventetid for patienterne, samt at sygehusene tilskyndes til omlægning til ambulant behandling,*
- beskrive en model, der kan understøtte synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlingsformer mv., herunder gennem offentliggørelse af behandlingsudgiften i de mest effektive enheder (best practise takster) fra medio 2009.*

*Arbejdsgruppen afrapporterer i foråret 2009.*

*Implementering af ændringer i takststrukturen mv. skal kunne påbegyndes fra 2010."*

Arbejdsgruppen har haft følgende sammensætning:

- Kontorchef Malene Højsted Kristensen, Danske Regioner
- Konsulent Anne Marie Lei, Danske Regioner
- Budgetchef Søren Helsted, Region Hovedstaden
- Økonomichef Lene Jørndrup, Region Sjælland
- Afdelingschef Anders W. Maarbjerg, Region Syddanmark
- Sundhedsdirektør Leif Vestergaard Pedersen, Region Midtjylland

- Kontorchef Simon Andersen, Region Nordjylland
- Konsulent Peter Østergaard, KL
- Fuldmægtig Mette Haugaard Skou, KL
- Chefkonsulent Søren Varder, Finansministeriet
- Fuldmægtig Signe Høngaard Andersen, Finansministeriet (udtrådt 1. december 2008)
- Specialkonsulent Charlotte Hougaard Møller, Finansministeriet (indtrådt 1. januar 2009)
- Kontorchef Poul Erik Hansen, Sundhedsstyrelsen
- Souschef Annette Søberg Roed, Sundhedsstyrelsen
- Kontorchef Svend Særkjær, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Formand)
- Chefkonsulent Søren Lindemann Aagesen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Specialkonsulent Mads Hansen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Fuldmægtig Lasse Lauridsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Student Rasmus Fynbo Aagaard-Jensen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Der har været afholdt 6 møder i arbejdsgruppen i perioden september 2008 til maj 2009.

## 1.2. Sammenfatning

Rapporten indledes i kapitel 2 med gennemgang af de overordnede rammer for sygehusvæsenet, herunder en beskrivelse af finansieringen af sundhedsvæsenet og ansvarsfordelingen mellem stat, regioner og sygehuse. I kapitel 3 beskrives det danske DRG-system, samt fastsættelsen af DRG-takster mv.

Der foretages et serviceeftersyn af DRG-systemet i kapitel 4. På den baggrund opstilles der anbefalinger til løsningen af en række problemstillinger relateret til aktivitetssiden, omkostningssiden, DRG-systemets gruppering af patienter samt takstberegningen.

I kapitel 5 gøres der en række overvejelser om udvikling af DRG-systemet og takststrukturen. Der opstilles desuden overordnede principper for regionernes anvendelse af DRG-systemet, herunder bl.a. et princip om at regionerne har ansvaret for at tilpasse DRG-taksterne til lokale forhold og prioriteringer.

Kapitel 6 indeholder forslag til en prioritering af arbejdet med formidling, opgørelse samt fordeling af omkostninger forbundet med de enkelte behandlinger. Formålet er at skabe fokus på at sikre gennemsigtighed og sammenlignelighed på tværs af sygehuse og dermed danne et bedre grundlag for en effektiv økonomisk styring på sygehusområdet.

I kapitel 7 beskrives en model for synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlinger, bl.a. via offentliggørelse af behandlingsudgifterne for de mest omkostningseffektive enheder.

### 1.2.1. Overordnede rammer for sygehusvæsenet (kapitel 2)

I kapitel 2 beskrives finansieringen af sundhedsvæsenet, samt de overordnede rammevilkår for styringen af sygehusvæsenet, herunder principper for ansvarsfordelingen mellem stat, regioner og sygehuse. Kapitlet beskriver således de overordnede rammer for sygehusvæsenet, der påvirker dels den måde styringen af sygehuse bør tilrettelægges på, dels den måde DRG-systemet indrettes på og som derigennem understøtter en effektiv styring af sygehuse.

Desuden redegøres der for de overordnede udviklingstræk i sundhedsvæsenet gennem de seneste år. Det sker med henblik på at vurdere, i hvilken retning sundhedsvæsenet udvikler sig, og hvorledes DRG-systemet bedst muligt kan understøtte en hensigtsmæssig udvikling i sundhedsvæsenet. Arbejdsgruppen har ikke forholdt sig til kommunernes rolle i udviklingen af sundhedsvæsenet.

Regionerne har ansvaret for at sikre borgerne adgang til nødvendig sygehusbehandling. Med økonomiaftalekonstruktionen følger også et regionalt ansvar for at få mest muligt ud af de økonomiske rammer, der stilles til rådighed i forhold til de aftalte overordnede prioriteter og målsætninger.

Udformningen af det konkrete økonomiske styringssystem ændrer ikke på regionernes (og sygehusenes) overordnede forpligtelser i forhold til patienterne og i forhold til at tilbyde effektive behandlingsforløb. DRG-systemet udgør et centralt grundlag for regionernes styring af sygehusene og den konkrete takststyring. Selve DRG-systemet er et overordnet finansieringssystem med gennemsnitlige takster og en gruppering med afvejninger i forhold til detaljering mv. Fx ville en øget detaljering af DRG-systemet i form af flere DRG-takster øge præcisionen, men også kompleksiteten – og er reelt ikke en nødvendig forudsætning for en effektiv styring på regionalt/lokalt niveau. Derfor skal DRG-systemet og taksterne heri ikke bruges ukritisk i regionernes og sygehusenes styring.

Det primære fokus fra centralt hold bør være på realisering af de overordnede målsætninger for sundhedsvæsenet, der følger af lovgivning, aftaler mv., samt at de afsatte ressourcer anvendes effektivt, så der opnås mest mulig sundhed. Men den konkrete styring af sygehusene med fokus på output, omkostninger og målopfyldelse, er regionernes ansvar.

### **1.2.2. Beskrivelse af det danske DRG-system (kapitel 3)**

I kapitel 3 beskrives det danske DRG-system, herunder dets metode, opbygning, kilder og formidling. Kapitlet har til formål at danne grundlag for serviceeftersynet af DRG-systemet (jf. kapitel 4) og for overvejelserne om udviklingen af DRG-systemet (jf. kapitel 5).

DRG-systemet er et redskab til at klassificere patienter i klinisk meningsfulde og ressourcehomogene grupper. DRG-systemet anvendes således til at gruppere ambulante og stationære patienter, der behandles på sygehus efter diagnose, behandling, alder, køn og udskrivningsstatus. Til hver DRG-gruppe er der knyttet en gennemsnitlig udgift til produktionen svarende til DRG-taksten. Det danske DRG-system består således dels af en DRG-gruppering, der indeholder regelsættet til gruppering af patienter i stationære og ambulante grupper, dels af selve DRG-taksterne, der er beregnet som landsgennemsnitlige udgifter ved behandlingen af patienterne på de offentlige danske sygehuse.

DRG-systemet blev taget i anvendelse i Danmark i midten af 1990'erne. Systemets metode bygger på to elementer. Der foretages for det første en gruppering af patienterne i Diagnose Relaterede Grupper (DRG), og for det andet sker der en beregning af de udgifter, der er forbundet med behandlingen af patienterne i de enkelte grupper. Formålet med at indføre DRG-systemet var oprindeligt at forbedre grundlaget for at vurdere sammenhængen mellem aktivitet og udgifter (produktivitet) på de danske sygehuse. Systemets anvendelsesområde er efterfølgende blevet udbredt, således at systemet siden 2000 er blevet anvendt som grundlag for takststyring, generel aktivitetsstyring og finansiering af sundhedsvæsenet.

DRG-systemet er baseret på sygehusenes registreringer af data om aktivitet og økonomi. Disse registreringer indsamles af Sundhedsstyrelsen og danner bl.a. grundlag for de løbende aktivitetsopgørelser og beregningen af taksterne i DRG-systemet.

### **1.2.3. Serviceeftersyn af DRG-systemet (kapitel 4)**

I kapitel 4 foretages et serviceeftersyn af DRG-systemet, hvor formålet er at identificere problemstillinger eller u hensigtsmæssigheder i forhold til DRG-systemet, herunder også i forhold til baggrundsdata, metode, formidling og anvendelse. Kapitlet har således til formål at belyse, om der inden for de nuværende rammer for DRG-

systemet er forhold og arbejdsgange mv., som kan fungere mere hensigtsmæssigt. Med udgangspunkt i serviceeftersynet opstilles arbejdsgruppens anbefalinger til håndtering af de forskellige problemstillinger ud fra overordnede hensyn til at sikre et stabilt driftsgrundlag samt de konkrete styringsbehov i regionerne og på sygehusene.

Kapitel 4 er struktureret på samme måde som kapitel 3, således at der først gennemgås problemstillinger, der vedrører aktivitetssiden. Dernæst adresseres problemstillinger, der vedrører grupperingen, omkostningssiden og takstberegningerne.

Der opstilles en række anbefalinger på baggrund af serviceeftersynet af DRG-systemet. Anbefalingerne vedrører bl.a.:

- Bedre kvalitetssikring af data, gennemgang af vejledning vedr. aktivitetsregistrering med henblik på øget sammenlignelighed og ensartet praksis mellem sygehuse og regioner
- Bedre ydelses- og omkostningsregistrering via bl.a. ensretning af fordelingsregnskaber, indberetning af fordelingsregnskaber fra alle sygehuse med fokus på kvalitet i indberetningen – og med én årlig frist for alle sygehuse – samt systematisk supplerende brug af ABC-analyser.
- Øget tilgængelighed af omkostningsdatabase-oplysninger
- Fremrykning af tidsfrister i forhold til takstfastsættelse

Den konkrete udmøntning af og opfølgning på disse anbefalinger vil kunne ske i DRG-udvalget mv.

#### **1.2.4. Udvikling af DRG-systemet og takststrukturen (kapitel 5)**

I kapitel 5 adresseres en række mere principielle overvejelser vedr. DRG-systemet. I kapitlet søges det således at opstille en række pejlemærker for DRG-systemets udvikling. I kapitlet diskuteres en række forskellige problemstillinger vedr. DRG-systemet. På baggrund af diskussionerne opstilles en række anbefalinger vedr. udvikling af DRG-systemet og takststrukturen (jf. boks 1.3. nedenfor).

DRG-systemet anvendes på en række forskellige områder. Og i forhold til de forskellige anvendelsesområder kan der være forskellige ønsker til, hvilke opgaver eller hensyn, systemet skal kunne bidrage til at løfte. I forhold til at understøtte konkrete prioriteringer vil der være en balance mellem på den ene side sikring af overskuelighed i systemet og på den anden side en høj grad af præcision og detaljering af hensyn til at skabe et så klart grundlag for konkrete prioriteringer som muligt.

DRG-systemet anvendes i forbindelse med finansieringen af regionerne, herunder blandt andet i opgørelsen af grundlaget for udmøntning af de statslige aktivitetsmidler og i udmålingen af den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering. DRG-systemet anvendes ligeledes i forhold til den mellemregionale afregning af patienter og således som et takstafregningssystem.

Endvidere anvendes DRG-systemet i relation til forhandlingerne mellem Danske Regioner og de private sygehuse om afregningstakster og fra 2010 skal det yderligere danne grundlag for udmelding af referencetakster, der vil være udgangspunkt for forhandlingerne med de private sygehuse.

DRG-systemet gør det desuden muligt at benchmarke sygehuse i forhold til de gennemsnitlige omkostninger (DRG-taksten), og der har siden 2006 været udført løbende opgørelser af produktiviteten på de danske sygehuse, og der sker en fortsat videreudvikling af målingerne med udgangspunkt i DRG-systemet.

DRG-systemet anvendes herudover som et redskab for regionernes og sygehusenes konkrete økonomi- og takststyring af sygehusene. Det er til enhver tid et regionalt ansvar at tilbyde patienterne behandling, der lever



op til god klinisk praksis uanset indretningen af DRG-systemet. DRG-systemet må således ikke i det konkrete tilfælde være en begrundelse for, at patienten ikke tilbydes den rette behandling. DRG-systemet skal dog løbende tilpasses, så det understøtter god klinisk praksis samt en god og hensigtsmæssig prioritering og allokering af ressourcerne.

DRG-systemet baserer sig på landsgennemsnitlige takster og bør derfor ikke normere afregningen til det enkelte sygehus. For at tage højde for lokale forhold og prioriteringer kan der anvendes diskretionært fastsatte takster, som tager afsæt i de omkostninger, der danner grundlaget for DRG-taksterne. Heri ligger en konstatering af, at regionerne har mulighed for at sikre sig den bedste viden om omkostningsstrukturene og de særlige forhold, der gør sig gældende på de enkelte sygehuse og vil derfor kunne afdække, om der er behov for at fastlægge en lokalt tilpasset styringsmodel. DRG-systemet skal således ikke anvendes ukritisk i den konkrete styring. Princippet for regionernes anvendelse af DRG-systemet i relation til den overordnede styring af sygehuse er sammenfattet i boks 1.1.

#### **Boks 1.1. Principper for regionernes anvendelse af DRG-systemet**

- DRG-systemet anvendes som grundlag for økonomi- og takststyring af sygehuse. Niveaue for de landsgennemsnitlige DRG-takster bør dog ikke normere afregningen til det enkelte sygehus. Regionerne har ansvaret for at tilpasse afregning til lokale forhold og prioritering på sygehuse med henblik på at opnå mest mulig sundhed for pengene.
- DRG-systemet dækker som udgangspunkt alene aktiviteter, der foregår i regi af sygehusvæsenet, men DRG-systemet må ikke være begrænsende for at opgaver løses på et lavere specialiseringsniveau.
- Det er til enhver tid et regionalt ansvar at tilbyde patienterne behandling, der lever op til god klinisk praksis, herunder understøtte sygehuse i at foretage flere undersøgelser og behandlinger samme dag med kortere ventetid for patienterne. Indretningen af DRG-systemet må således ikke være en begrundelse for, at patienten ikke tilbydes den rette behandling.
- DRG-systemet skal løbende tilpasses, så det understøtter god klinisk praksis samt en god og hensigtsmæssig prioritering og allokering af ressourcerne.

Det forhold, at den konkrete styring af sygehusvæsenet generelt tager sit afsæt i DRG-systemet betyder imidlertid, at det er væsentligt at overveje, hvordan systemet kan forbedres yderligere i forhold til denne anvendelse.

På den baggrund ses der i dette kapitel nærmere på en række mulige tiltag, der evt. kan medvirke hertil. Udgangspunktet for overvejelserne er, at DRG-systemet har sin primære anvendelse i forhold til finansieringen af regionerne, den mellemregionale afregning og produktivetsmålinger. Det vil således være en første forudsætning for konkrete tiltag, at de ikke modvirker DRG-systemets primære anvendelse som finansieringssystem.

#### **1.2.5. Økonomisk styring på sygehusområdet (kapitel 6)**

I kapitel 6 beskrives mulighederne for at styrke grundlaget for den økonomiske styring i regionerne og på sygehuse, jf. at arbejdsgruppen skal komme med konkrete forslag til en prioritering af arbejdet med formidling og opgørelse samt fordeling af omkostninger forbundet med de enkelte behandlinger med fokus på at sikre sammenlignelighed og gennemsigtighed.

Udgangspunktet er, at regionerne og sygehusene skal sikre borgerne mest mulig sundhed ud af de penge, der prioriteres til sundhedsvæsenet, og at den konkrete styring af sygehusene med fokus på output, omkostninger og målopfyldelse er regionernes ansvar.

I dette kapitel gives der en række eksempler på, hvordan de oplysninger, som er indsamlet i Landspatientregisteret og Omkostningsdatabasen, kan nyttiggøres i forhold til den konkrete økonomiske styring i regionerne og på sygehusene.

Formålet med økonomistyring i regionerne er at sikre overblik og kontrol over udgifterne på sygehusene med fokus på en så effektiv anvendelse af de økonomiske ressourcer som muligt. Det vil også bidrage til at skabe grundlaget for et prioriteringsråd, herunder med henblik på løbende at fokusere og justere i forhold til at realisere de politiske målsætninger, der bl.a. følger af økonomiaftalerne.

Regionerne har i dag udviklet ledelsesinformationssystemer, som har medvirket til at understøtte en effektiv økonomistyring. Det, der kendetegner de mest anvendelige ledelsesinformationssystemer, er, at de på løbende basis tilvejebringer standardiserede data, som er sammenlignelige og genkendelige for både administratører og det sundhedsfaglige personale.

For at understøtte den fremtidige styring af hospitalerne er der fortsat behov for at udvikle de aktivitetsbaserede styringsmodeller som supplement til den traditionelle budgetstyring. Økonomistyringen kan således suppleres med en mere fremadrettet aktivitetsbaseret økonomistyring, hvor fokus kan være på den løbende tilpasning af omkostninger på tværs af sygehuse og afdelinger.

Ved at gøre de oplysninger, som er indeholdt i Omkostningsdatabasen, tilgængelige på sygehus- og regionsniveau vil der kunne skabes et øget kendskab til enhedsomkostningerne ved behandlinger på forskellige sygehuse, som vil kunne danne grundlag for sammenligning mellem sygehuse og dermed en øget udbredelse af omkostningseffektive behandlinger.

Præcis registrering og dokumentation af omkostningerne og aktivitet er et væsentligt element i styringen af sygehusvæsenet. Oplysninger indberettet til omkostningsdatabasen skal således være af en kvalitet, så de giver mening i den lokale økonomistyring på sygehusene samtidig med, at det skaber et bedre grundlag for at sammenligne anvendelsen af omkostninger på tværs af sygehusene. Hertil kommer, at data løbende skal være til rådighed for at danne grundlag for tilpasninger, der fx følger af ændringer i efterspørgslen, politiske målsætninger etc. Der kan på den baggrund formuleres nogle fælles anbefalinger om økonomistyring som følge af en forbedret anvendelse af omkostningsdatabasen.

#### **1.2.6. Synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlinger (kapitel 7)**

I kapitel 7 fokuseres der på metoder og værktøjer til at forbedre den konkrete styring på sygehusene med henblik på at understøtte udbredelse af omkostningseffektive behandlingsformer mv. Det overordnede sigte er at identificere og beskrive relevante tiltag og metoder, der kan arbejdes med i styringen af sygehusene med henblik på at sikre udbredelsen af effektive patientforløb, herunder fremme kvaliteten af behandlingerne til gavn for patienterne og sætte fokus på at skabe mere sundhed for pengene. Arbejdet med at fremme effektiv styring og effektive patientforløb fordrer et stærkt ledelsesmæssigt fokus og frihedsgrader lokalt på sygehusene i forhold til at kunne motivere medarbejdere og give rum til at planlægge og tilrettelægge arbejdsgangene, så de understøtter disse målsætninger. Det stiller krav til den lokale ledelse i regionerne og på sygehusene.

Ved at supplere de økonomiske informationer med en bedre dokumentation af den indsats, der opnås på de enkelte sygehuse, bliver det muligt at bidrage til en belysning af, hvad der skaber mest sundhed for pengene.

Det vil samtidig kunne bidrage til at flytte fokus fra inputfaktorer (hvor mange penge afsættes, hvor mange ansatte etc.) og proces (hvordan kommer vi fra A til B) til, hvad der rent faktisk leveres for de ressourcer, der stilles til rådighed. Udgangspunktet er, at den konkrete styring af sygehusene er regionernes ansvar. Det statslige fokus bør primært være, at de afsatte ressourcer anvendes effektivt, og at der opnås mest mulig sundhed samt at en bedre og mere sammenlignelig dokumentation af en omkostningseffektiv indsats vil kunne give regionerne større frihed i opgaveløsningen.

Der anvendes følgende tilgang: Først identificeres "best practice" og dernæst arbejdes med metoder for udbredelse der kan bestå dels i synliggørelse og benchmark af indikatorer for omkostningseffektiv behandling, dels som grundlag for en økonomisk styring, der kan understøtte udbredelse af omkostningseffektive behandlingsformer.

Der skitseres desuden, hvorledes "best practice" kan identificeres ved at sammenligne sygehusenes udgifter til at udføre behandlinger på de enkelte behandlinger. Dernæst beskrives en række indikatorer/målsætninger, der sammen med oversigten over forskelle i sygehusenes behandlingsudgifter kan medvirke til at understøtte regionernes og sygehusenes styring i forhold til at sikre mest mulig sundhed for pengene.

Endeligt skitseres konkrete modeller for styring af sygehusene, der kan understøtte udbredelse af omkostningseffektive behandlingsforløb ved at give sygehusene økonomisk tilskyndelse til at tilpasse deres produktionsomkostninger til bedste praksis.

### 1.3. Arbejdsgruppens anbefalinger

Rapporten indeholder en række anbefalinger, som er opdelt i følgende hovedgrupper:

- Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. serviceeftersyn af DRG-systemet
- Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. udvikling af DRG-systemet og takststrukturen
- Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. økonomisk styring på sygehusområdet
- Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlinger

#### Boks 1.2. Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. serviceeftersyn af DRG-systemet

Arbejdsgruppen finder generelt, at der skal fokus på en præcis registrering og dokumentation af omkostninger og aktivitet som et væsentligt element i styringen af sygehusvæsenet.

Arbejdsgruppen anbefaler, at

- Data om afregning suppleres med aktivitetsdata mv. fra bl.a. Landspatientregisteret og stilles til rådighed for regionerne i en systematisk form, jf. afsnit 4.2.
- Sundhedsstyrelsen fra 2009 tager initiativ til at sikre en mere entydig registrering af sygehusenes aktivitet, bl.a. gennem udbredelse af specialespecifik registrering samt en tilpasning af definitionen af ambulante og stationære besøg, jf. henholdsvis afsnit 4.4.3 og afsnit 4.4.4.
- Sundhedsstyrelsen fortsat arbejder på at sikre stabilitet i leverancen af aktivitetsoplysninger i løbet af 2009, jf. afsnit 4.4.5.
- Arbejdet med sygehusenes fordelingsregnskaber opprioriteres, og at der arbejdes mod at ensrette sygehusenes fordelingsregnskaber med henblik på at skabe et bedre grundlag for takstberegningen og en øget sammenlignelighed på tværs af sygehusene, jf. afsnit 4.5.1.
- Der udarbejdes en plan for at foretage en mere præcis fordeling af udgifterne til akutberedskab samt til de udgifter, der fordeles på patienten eller tværgående serviceydelser mv., jf. henholdsvis afsnit 4.5.2 og jf. afsnit 4.5.3.
- Der sker en øget anvendelse af ABC-analyser med henblik på at vedligeholde de eksisterende pointsystemer og udvikle nye pointsystemer i de tilfælde, hvor behandlingsudgifterne ikke kan udle-

des af omkostningsdatabasen. Der skal til brug herfor udarbejdes en standardmodel for ABC-analyser, jf. afsnit 4.5.4.

- Alle sygehuse indberetter deres fordelingsregnskab til brug for dannelsen af omkostningsdatabasen inden for én fastsat tidsfrist fra 2010, samt at Sundhedsstyrelsen fra 2010 stiller omkostningsdatabasen til rådighed for regionerne, jf. afsnit 4.5.5.
- Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at sikre, at der sker en statistisk formidling af baggrundsdata for de årlige ændringer i taksterne, jf. afsnit 4.5.6.
- Sundhedsstyrelsen fastlægger en obligatorisk standardprocedure ved fremsættelse af forslag til ændringer i DRG-systemets gruppering, som kan træde i kraft fra 1. september 2009, jf. afsnit 4.6.1.
- Der fra 2010 ikke afregnes for patientkontakter, der er kodet forkert eller mangelfuldt, jf. afsnit 4.6.2.
- Sundhedsstyrelsen fremover oplyser om, hvilke kriterier der lægges til grund for beslutninger om ændringer i DRG-systemets gruppering, jf. afsnit 4.6.3.
- Processen for grupperingslogikken tilpasses, således at DRG-udvalget orienteres på samme tidspunkt, som grupperingslogikken sendes i høring på udvalgte sygehuse, jf. afsnit 4.6.4.
- Muligheden for at foretage tilpasninger i de beregningsrutiner, der knytter sig til takstberegningerne med henblik på en eventuel justering af de årlige takstændringer, undersøges nærmere af Sundhedsstyrelsen. Modellerne for en eventuel tilpasning af beregningsrutinerne skal forelægges DRG-udvalget til drøftelse i efteråret 2009, jf. afsnit 4.7.1.
- DRG-udvalget undersøger muligheden for at fremrykke forarbejdet for takstberegningerne i regionerne og Sundhedsstyrelsen med henblik på, at der foretages en udmelding af taksterne inden sommerferien hvert år fra og med 2011, jf. afsnit 4.7.2.

### Boks 1.3. Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. udvikling af DRG-systemet og takststrukturen

Arbejdsgruppen bemærker, at det er et ledelsesmæssigt ansvar at udbrede effektive patientforløb og at DRG-systemet skal understøtte dette. DRG-systemet dækker som udgangspunkt alene aktiviteter, der foregår i regi af sygehusvæsenet, og som udgangspunkt inden for sygehusets fysiske rammer, jf. afsnit 5.2.

Arbejdsgruppen bemærker desuden, at DRG-systemet ikke må være en barriere for at opgaver løses på et lavere specialiseringsniveau, jf. afsnit 5.3.

Arbejdsgruppen anbefaler, at

- Sundhedsstyrelsen undersøger, hvorvidt der er behov for at udarbejde og anvende ambulante substitutionstakster på de områder, hvor det er muligt at gennemføre en behandling lige så godt eller bedre uden for sygehusets fysiske rammer som gennem en behandling, der foregår på sygehuset, jf. LEON-princippet, jf. afsnit 5.3.
- Arbejdsgruppen finder, at der inden for rammerne af DRG-systemet er mulighed for løbende at tilpasse antallet af DRG-grupper, således at de afspejler de lokale kliniske og styringsmæssige behov, jf. afsnit 5.4.
- Der forsat tilstræbes en balance mellem overskuelighed og detaljeringsgrad i DRG-systemet, jf. afsnit 5.4.
- DRG-systemet fastholdes som udgangspunkt som et kontaktbaseret (afregnings)system, jf. afsnit 5.5.

#### Boks 1.4. Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. økonomisk styring på sygehusområdet

- Arbejdsgruppen peger på, at der i regionerne og på sygehusene fortsat skal være en økonomistyring med løbende fokus på output, omkostninger og målopfyldelse. Formålet er at skabe et bedre grundlag for prioritering og allokering af ressourcer samt bidrage til en mere aktuel og løbende tilpasning af omkostninger på tværs af afdelinger og sygehuse. Til det brug skal arbejdet med omkostningsdatabasen og de bagvedliggende fordelingsregnskaber opprioriteres både lokalt og centralt.
- Omkostningsdatabasen kan bidrage til et mere systematisk kendskab til regionens, sygehusets og afdelingens omkostningsstruktur (og indgå som et centralt værktøj i den regionale og lokale økonomistyring), herunder danne grundlag for at sammenligne omkostningerne forbundet med de enkelte behandlinger med andre offentlige og private sygehuse.
- Fordelingsregnskaberne, der udgør grundlaget for omkostningsbasen, skal være mere retvisende og stilles systematisk til rådighed for regioner og sygehuse, således at de i højere grad kan anvendes som en integreret del af den lokale økonomistyring og regnskabsopfølgning.
- Formidlingen af oplysningerne i omkostningsdatabasen skal ske på en sådan måde, at det understøtter den lokale styring, herunder det lokale arbejde med beregning af enhedsomkostninger m.v..
- Parallelt skal der være et detaljeret og kritisk fokus på aktivitetsregistreringen via DRG-systemet, bl.a. med inddragelse af en række relevante parametre fra systemet, herunder med sigte på sammenligning med andre sygehuse og afdelinger.

#### Boks 1.5. Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlinger

Arbejdsgruppen anbefaler, at

- Der sker offentliggørelse af "best practice-takster" med henblik på at sikre synliggørelse af forskelle i behandlingsudgifter inden for enkelte behandlinger/DRG-grupper og udbredelse af best practice, jf. afsnit 7.2.
- Der følges op på udbredelsen af omkostningseffektive behandlinger, fx via fastsættelse af mål for anvendelsen af ambulante behandling og accelererede patientforløb som supplement til de økonomiske informationer, jf. afsnit 7.3.
- Regionerne udformer deres takststyringsmodeller i forhold til de enkelte sygehuse med udgangspunkt i lokale forhold og omkostningsstrukturer samt viden om best practice. Udbredelsen af omkostningseffektive behandlinger bør understøttes ved at pålægge sygehuse med mindre god omkostningseffektivitet et større produktivetskrav end de omkostningseffektive sygehuse, jf. afsnit 7.4.

## 2. Overordnede rammer for sygehusvæsenet

### 2.1. Sammenfatning

I dette kapitel beskrives finansieringen af sundhedsvæsenet (jf. afsnit 2.2), samt de overordnede rammevilkår for styringen af sygehusvæsenet, herunder principper for ansvarsfordelingen mellem stat, regioner og sygehuse (jf. afsnit 2.3). Kapitlet beskriver således de overordnede rammer for sygehusvæsenet, der påvirker dels den måde, styringen af sygehusene bør tilrettelægges på, dels den måde DRG-systemet indrettes på, og som derigennem understøtter en effektiv styring af sygehusene.

Desuden redegøres der for de overordnede udviklingstræk i sundhedsvæsenet gennem de seneste år (jf. afsnit 2.4). Det sker med henblik på at vurdere, i hvilken retning sundhedsvæsenet udvikler sig, og hvorledes DRG-systemet bedst muligt kan understøtte en hensigtsmæssig udvikling i sundhedsvæsenet. Arbejdsgruppen har ikke forholdt sig til kommunernes rolle i udviklingen af sundhedsvæsenet.

Regionerne har ansvaret for at sikre borgerne adgang til nødvendig sygehusbehandling. Med økonomiaftalekonstruktionen følger også et regionalt ansvar for at få mest muligt ud af de økonomiske rammer, der stilles til rådighed i forhold til de aftalte overordnede prioriteter og målsætninger.

Udformningen af det konkrete økonomiske styringssystem ændrer ikke på regionernes (og sygehusenes) overordnede forpligtelser i forhold til patienterne og i forhold til at tilbyde effektive behandlingsforløb. DRG-systemet udgør et centralt grundlag for regionernes styring af sygehusene og den konkrete takststyring. DRG-systemet er et overordnet finansieringssystem med gennemsnitlige takster og en gruppering med afvejninger i forhold til detaljering mv. Fx ville en øget detaljering af DRG-systemet i form af flere DRG-takster øge præcisionen, men også kompleksiteten – og er reelt ikke en nødvendig forudsætning for en effektiv styring på regionalt/lokalt niveau. Derfor skal DRG-systemet og DRG-taksterne ikke bruges ukritisk i regionernes og sygehusenes styring.

Udviklingen af DRG-systemet skal fortsat understøtte en adfærd, hvor regionerne og sygehusene sikrer borgerne mest mulig sundhed ud af de penge, der prioriteres til sundhedsvæsenet. Det primære fokus fra centralt hold bør være på realisering af de overordnede målsætninger for sundhedsvæsenet, der følger af lovgivning, aftaler mv., samt at de afsatte ressourcer anvendes effektivt, så der opnås mest mulig sundhed. Men den konkrete styring af sygehusene med fokus på output, omkostninger og målopfyldelse er regionernes ansvar.

### 2.2. Finansiering af sygehusvæsenet

De økonomiske rammer for regionernes løsning af opgaver på sundhedsområdet fastlægges i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner hhv. KL. De økonomiske rammer fastlægges bl.a. på baggrund af forventningerne til udviklingen i aktiviteten og produktiviteten i sygehusvæsenet.

Driften af sygehusvæsenet finansieres ud af de i alt fire forskellige former for tilskud til driften af regionernes opgaver på sundhedsområdet, som regionerne modtager fra staten og kommunerne.

Fra staten modtager regionerne et generelt bloktilskud samt et aktivitetsafhængigt tilskud via den statslige aktivitetspulje. De to tilskud fra staten udgør ca. 80 pct. af den samlede finansiering. Heraf er bloktilskuddet langt det væsentligste med en andel på 77 pct., mens det aktivitetsafhængige tilskud fra staten udgør ca. 3 pct., *jf. tabel 2.1.*

**Tabel 2.1 Regionernes finansiering fordelt på betalende myndighed og finansieringens afhængighed af leveret aktivitet**

Tilskud fra	Midler uden automatisk sammenhæng til aktivitet	Aktivitetsafhængige midler	I alt
Staten	Generelt bloktilskud fra staten fordelt efter objektive kriterier (ca. 77 pct.)	Aktivitetsafhængig pulje fordelt mellem regionerne efter samme nøgle som bloktilskuddet (ca. 3 pct.)	80 pct.
Kommunerne	Kommunalt grundbidrag fordelt efter indbyggertal (ca. 8 pct.)	Aktivitetsafhængigt bidrag baseret på indbygges forbrug af sundhedsydelse (ca. 12 pct.)	20 pct.
<b>I alt</b>	<b>85 pct.</b>	<b>15 pct.</b>	<b>100 pct.</b>

Fra kommunerne modtager regionerne et grundbidrag og et aktivitetsafhængigt tilskud, som udgør ca. 8 pct. henholdsvis ca. 12 pct. af regionernes finansiering.

Kommunerne medfinansierer udgifterne på sundhedsområdet. Den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering giver kommunerne tilskyndelse til at levere en effektiv forebyggelses-, pleje- og sundhedsindsats.

Samlet set er 15 pct. af regionernes finansiering direkte afhængig af den leverede aktivitet forstået på den måde, at finansieringen udmåles automatisk i forhold til aktiviteten.

For de øvrige 85 pct. er der ikke en automatisk sammenhæng mellem leveret aktivitet og finansiering og således ikke en direkte binding på regionernes prioritering. For så vidt angår det statslige aktivitetsafhængige tilskud er der dog en indirekte binding i form af, at tilskuddet først kan udløses, når den samlede produktionsværdi på sygehusene i den enkelte region overstiger et på forhånd fastlagt mindste niveau (baseline). Baseline fastlægger dog ikke krav til, hvordan produktionsværdien på sygehusene skal fremkomme. Regionerne har således et betydeligt råderum til at prioritere sundhedsindsatsen over for regionernes borgere inden for den samlede økonomiske ramme.

Regionerne har dermed en række frihedsgrader i forhold til den konkrete indretning af styringen af sygehusene, *jf. afsnit 2.3.* Regionernes finansiering af egne sygehuse udmøntes typisk ved en kombination af grundbevillinger og aktivitetsafhængige midler.

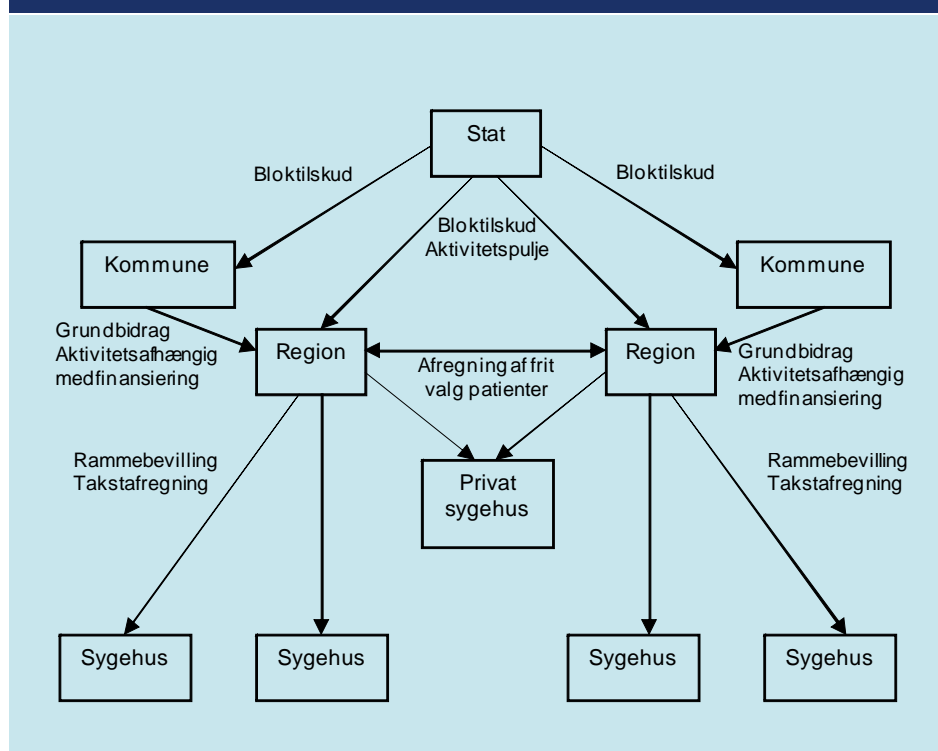
Når patienter behandles i en anden region end bopælsregionen, sker der en afregning mellem regionerne, som har karakter af en udveksling af budgetrammer. Afregningen afhænger af, om der er tale om en lands- og landsdelspatient eller en fritvalgspatient. I forhold til lands- og landsdelspatienterne bygger afregningen på særlige lands- og landsdelstakster, som indeholder omkostninger til kapital og afskrivninger. For fritvalgspatienter på basisniveau sker afregningen med udgangspunkt i DRG-taksterne, som er udgiftsbaserede og således ikke indeholder udgifter til kapital og afskrivninger.

Den forskellige afregning kan bl.a. ses i lyset af, at der i forhold til behandlingen af lands- og landsdelspatienterne i høj grad er tale om en "ensrettet trafik", hvor regioner tilkøber sig en del af den faste behandlingskapacitet i en anden region. Dette er mest tydeligt i forholdet mellem Region Sjælland og Region Hovedstaden, idet Region Hovedstaden varetager størstedelen af lands- og landsdelsbehandlingen af Region Sjællands borgere. For almindelige fritvalgspatienter går trafikken i begge retninger, og der er således ikke på samme måde tale om systematisk køb af kapacitet i andre regioner.

I forhold til regionernes køb af aktivitet på private sygehuse kan prisfastsættelsen ske via forhandling eller udbud. For så vidt angår afregningen af behandlinger under det udvidede frie valg, sker den på baggrund af takster fastlagt ved forhandlinger mellem Danske Regioner og de private sygehuse. Regeringen og Danske Regioner indgik den 1. april 2009 en aftale om samarbejdet med de private sygehuse, som bl.a. indebærer, at forhandlingerne om taksterne under det udvidede frie valg fra og med 1. januar 2010 skal ske med udgangspunkt i såkaldte referencetakster beregnet på grundlag af de offentlige sygehuse med de laveste omkostninger. Aftalen fastlægger endvidere, at der i de årlige økonomiforhandlinger skal indgå et forudsat niveau for regionernes køb af kapacitet på de private sygehuse via udvidet frit valg og udbud.

Statens og kommunernes finansiering af sygehusvæsenet samt afregningen mellem regioner og mellem regioner og private sygehuse er illustreret i figur 2.1 nedenfor.

**Figur 2.1. Finansiering af sygehusvæsenet**



### 2.3. Overordnede rammevilkår for styringen af sygehusvæsenet

Det er regionernes ansvar at varetage driften af det regionale sundhedsvæsen, herunder sygehusenes opgaver og for bl.a. at yde sygehusbehandling til borgerne<sup>1</sup> inden for de økonomiske rammer, der er fastlagt via økonomiaftalerne mv. Regionerne har således ansvaret for at sikre borgerne adgang til nødvendig sygehusbehandling.

<sup>1</sup> Dette følger af hhv. § 74 og § 79 i Sundhedsloven.



Med økonomiaftalekonstruktionen følger også et regionalt ansvar for at få mest muligt ud af de økonomiske rammer, der stilles til rådighed, herunder i forhold til de aftalte overordnede prioriteter og målsætninger. Endvidere er det regionernes ansvar at sikre, at den samlede kapacitet af sundhedsleverandører anvendes mest effektivt ved bl.a. løbende at sikre, at indsatsen foregår på laveste effektive omkostningsniveau, således at de specialiserede personaleressourcer mv. målrettes patienter med størst behov.

Udformningen af det konkrete økonomiske styringssystem ændrer i sagens natur ikke på regionernes (og sygehusenes) overordnede forpligtelser i forhold til patienterne. Regionerne har frihed til at tilrettelægge deres styring af sygehusene inden for de aftale- og lovgivningsmæssige rammer etc. Arbejdsdelingen i styringen af sygehusvæsenet er således ganske klar. Fra statslig og kommunal side bidrager man med finansieringen af sygehusvæsenet, mens den konkrete styring af sygehusene er et regionalt ansvar.

Fokus fra statslig og kommunal side er således først og fremmest på at de afsatte ressourcer anvendes effektivt og at der skabes mest mulig sundhed. Samtidig kan staten og kommunerne også have en interesse i mere generelt at deltage i udformningen og prioriteringen af visse procesmål og behandlingsmæssige normer i det omfang, de kan bidrage til at sikre en effektiv realisering af resultaterne, fx via den Danske Kvalitetsmodel. Det ændrer dog ikke i sig selv på det grundlæggende princip, at regionerne har ansvaret for den løbende styring af sygehusene.

Dette indebærer mere præcist, at sigtet med det økonomiske styringssystem så vidt muligt er at understøtte de hensyn, som fremgår af boks 2.2.

#### **Boks 2.2. Hensyn i forbindelse med den økonomiske styring af sygehusene**

- En høj grad af udgiftskontrol
- En høj omkostningseffektivitet
- En høj grad af målopfyldelse i forhold til prioriterede mål
- En høj kvalitet i behandlingen

Det er vigtigt at understrege, at der uanset styringssystem generelt vil være tale om at balancere disse forskellige hensyn. Der vil fx være en balance mellem at give et incitament til høj aktivitet og at sikre en høj grad af udgiftskontrol. Rammestyling i sin rene form understøtter en høj grad af udgiftskontrol, men giver ikke automatisk sammenhæng mellem output/aktivitet og økonomiske rammer

Takststyring giver en kobling mellem aktivitet og økonomi, men sikrer ikke i sig selv en effektiv økonomisk styring. Så længe afregningen pr. ekstra behandling overstiger omkostningerne ved at foretage en ekstra behandling, vil sygehuset have en tilskyndelse til at udvide aktiviteten. Er taksten lavere end omkostningerne ved at udføre ekstra behandlinger, vil der ikke være økonomisk incitament til at udføre flere behandlinger, og derfor bør takststyring ikke stå alene.

Hensynet til en effektiv udgiftskontrol kan bl.a. tilgodeses ved at modificere takststyringsmodellerne med fx knæktakster og/eller udgiftslofter, *jf. boks 2.3.*

### Boks 2.3. Takststyring og hensynet til udgiftskontrol

Takststyring i sin rene form indebærer som udgangspunkt, at styringen af de samlede udgifter svækkes

Hensynet til udgiftskontrollen i et takststyringsystem kan tilgodeses ved at:

- Sikre en overordnet styring af den fysiske kapacitet, hvorfor taksterne ikke bør give dækning af kapitalomkostninger.
- Fastsætte taksterne på et niveau, som dækker de marginale omkostninger, men kun i begrænset omfang dækker lønomkostninger mv. Der skal ikke ukritisk tages udgangspunkt i DRG-taksterne, der udtrykker de landsgennemsnitlige omkostninger beregnet samlet for alle procedurekoderne under DRG-koden, men også etableres et detaljeret kendskab til egne omkostninger.
- Lade taksterne aftage med stigende aktivitet.
- Anvende lofter over den samlede afregning. Mulighederne for at håndhæve afregningslofter i praksis må ses i sammenhæng med taksternes niveau.
- Overvåge aktivitetsudviklingen med kritisk fokus på den faktisk producerede aktivitet, herunder fx om aktiviteten sikrer behandling af flere unikke patienter, eller om der er tale mere behandling pr. patient, og hvordan den faktiske aktivitet tyngdemæssigt ligger ift. gennemsnittet for DRG-grupperne.

Det er samtidig vigtigt at koble takststyringen med en omkostningseffektiv generel økonomistyring, således at den samlede bevillingsfastsættelse og prioritering sker ud fra konkrete vurderinger af omkostninger og aktivitet med samtidigt fokus på prioriterede mål, fx hurtig behandling/udvikling i ventelister eller andre prioriterede målsætninger.

Siden 2004 har der skullet anvendes takststyring i den økonomiske styring af sygehusene. Fra og med 2004 skulle de daværende amter afregne mindst 20 pct. af sygehusenes bevillinger på baggrund af præsteret aktivitet. Fra 2007 har regionerne skullet afregne mindst 50 pct. af sygehusenes bevillinger på baggrund af præsteret aktivitet.

Betydningen af den indførte takststyring i forhold til de angivne hensyn for økonomistyringen afhænger af, hvordan de konkrete modeller er udformet, herunder sammenhængen til fastsættelsen af bevillings- og aktivitetsmål i budgetlægningsfasen.

Dermed har regionerne en styringsmæssig kompleks opgave, hvor sygehusene på den ene side skal afregnes, delvist via takster, og på den anden side skal den aftalte, faste økonomiske ramme overholdes.

DRG-systemet udgør et centralt grundlag for regionernes styring af sygehusene, og den konkrete takststyring vil generelt tage sit udgangspunkt i de oplysninger, som danner grundlaget for DRG-taksterne. DRG-systemet bruges til at værdisætte ydelserne og beskrive aktiviteten i sygehusvæsenet, men giver ikke i sig selv et tilstrækkeligt grundlag for indretning af den lokale styring og de konkrete afregningstakster over for afdelingerne. DRG-systemet kan hjælpe med at fastsætte den (relative) produktionsværdi af aktiviteten, men fortæller ikke hvad den konkrete aktivitet koster at producere. Sygehusene har et solidt lokalt omkostningskendskab, som skal vurderes i forhold til dels de gennemsnitlige DRG-takster, dels de mere detaljerede, sammenlignelige omkostningsdata for andre sygehuse og afdelinger i omkostningsdatabasen. Denne gennemsigtighed vil kunne understøttes af en transparent omkostningsdatabase og sammenlignelige fordelingsregnskaber (jf. kapitel 6).

Datagrundlaget bagved omkostningsdatabasen, dvs. lokale ydelsesregistre mv., er endnu ikke stillet systematisk til rådighed for sygehuse og regioner, hvilket svækker kendskabet og anvendelsesmulighederne af omkostningsdatabasen. Formidlingen heraf er en nødvendig betingelse for brug af oplysningerne. Det er således vurderingen, at regionerne og sygehusene ved at få adgang til dette datagrundlag vil få bedre mulighed for at tilpasse styringen til de lokale forhold og prioriteringer, som det er forudsat og generelt øge fokus på en kritisk vurdering i forhold til omkostninger og aktivitet.

#### Boks 2.4. Principper for regionernes styring af sygehusvæsenet

- Regionerne har ansvaret for at varetage opgaverne i det regionale sundhedsvæsen, herunder at sikre borgerne hurtig adgang til den nødvendige behandling.
- Regionerne har ansvaret for at overholde de økonomiske rammer, som aftales i forbindelse med økonomiaftalerne.
- Regionerne har ansvaret for at få mest muligt ud af de økonomiske rammer, som stilles til rådighed i forhold til de aftalte overordnede prioriteter og målsætninger, herunder have fokus på omkostningseffektive tiltag, bl.a. via fortsat anvendelse af produktivitetskrav i takststyringsmodeller.
- Regionerne har frihed i opgaveløsningen inden for de rammer, der aftales i forbindelse med økonomiaftalerne. Regionerne bør have fokus på at fremme kvaliteten af behandlingerne til gavn for patienterne.
- Fokus fra statslig side bør primært være på at regionerne lever op til ansvaret, jf. ovenfor, herunder at de økonomiske rammer overholdes, og at de afsatte ressourcer anvendes effektivt, så der opnås mest mulig sundhed for pengene. En bedre og mere sammenlignelig dokumentation af en omkostningseffektiv indsats vil kunne give regionerne større frihedsgrader i opgaveløsningen.

#### 2.4. Sygehusvæsenets udvikling

Den teknologiske og opgavemæssige udvikling i sundhedsvæsenet indebærer en løbende opgaveflytning, fx ved at opgaver, som tidligere har været varetaget i det specialiserede sygehusvæsen, kan løses i regi af kommunerne, i praksissektoren eller af patienten selv, fx gennem egenbehandling. Dermed sker der på den ene side løbende en udvikling i retning af, at opgaverne flytter sig fra et højere til et lavere specialiseringsniveau (jf. LEON-princippet<sup>2</sup>). Og på den anden side indebærer den teknologiske udvikling, at nye behandlingsmetoder kommer til og fordrer en øget specialisering.

Den teknologiske og opgavemæssige udvikling i sygehusvæsenet bør så vidt muligt også afspejle sig i udviklingen af DRG-systemet. Fx skal DRG-systemet understøtte udbredelsen af mere effektive behandlingsmetoder, herunder omlægning til ambulant behandling. Der er desuden kommet et større marked for private aktører på sundhedsområdet, hvor DRG-systemet og de såkaldte referencetakster skal danne grundlag for afregningen med de private sygehuse under den udvidede fritvalgsordning.

Nedenfor belyses udvikling på sundhedsområdet gennem de seneste år med henblik på at vurdere, i hvilken retning sundhedsvæsenet udvikler sig, og hvorledes DRG-systemet i højere grad kan afspejle denne udvikling. De generelle udviklingstendenser på sygehusområdet er opsummeret i boks 2.5 nedenfor.

---

<sup>2</sup> Princippet om, at opgaver skal varetages på laveste effektive omkostningsniveau (LEON).

## Boks 2.5. Generelle udviklingstendenser på sundheds- og sygehusområdet

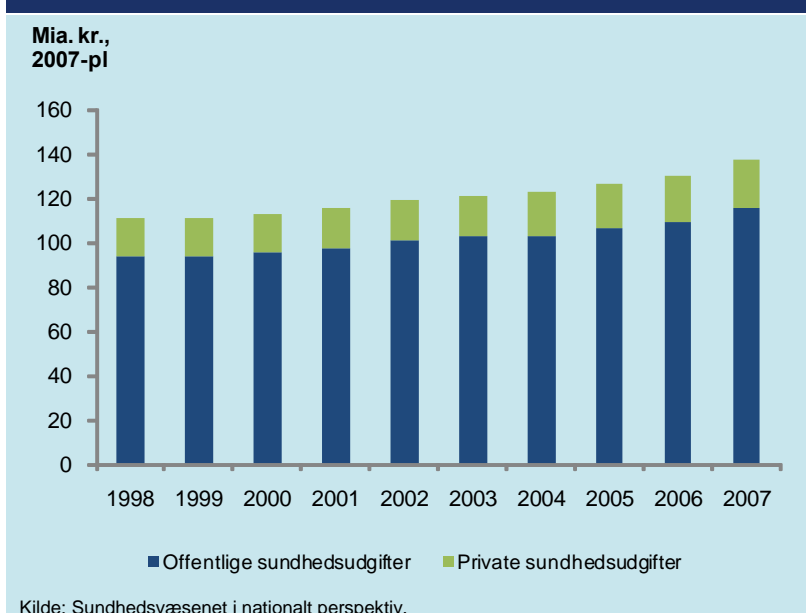
- De offentlige sundhedsudgifter er steget med 23 pct. i perioden 1998-2007, mens de privat finansierede sundhedsudgifter er steget med 25 pct. i samme periode, *jf. figur 2.2.*
- Produktionsværdien af de udskrivninger og ambulante besøg, der er blevet foretaget på sygehuse er steget med 35 pct. i perioden fra 2001-2008, *jf. figur 2.3a.*
- Andelen af den offentligt finansierede sygehusaktivitet, som er udført på de private sygehuse er steget fra ca. 0,25 pct. i 2002 til ca. 2,5 pct. i 2008, *jf. figur 2.3b.* På det ortopædkirurgiske område udgør den private aktivitet 7 pct.
- Særligt inden for sygdomme i muskel- og skeletsystemet og bindevæv samt inden for de endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme udfører de private sygehuse en stor andel af den offentligt finansierede aktivitet, *jf. figur 2.4.*
- Den øgede aktivitet på sygehusområdet har særligt fundet sted inden for det ambulante område. Antallet af ambulante besøg (inkl. skadestuebesøg) steg således med 2,2 mio. besøg i perioden 1998-2007, svarende til en årlig stigning på 4,3 pct., *jf. figur 2.5.*
- Antallet af sengedage er faldet med ca. 16 pct. i perioden 1998 til 2007, svarende til en årlig reduktion på ca. 1,9 pct., *jf. figur 2.6.*
- Den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed (liggetid) er faldet. I gennemsnit var liggetiden 6 dage i 1998, mens den var 4,2 dage i 2007, *jf. figur 2.6.*
- Fra 2002-2007 er den ambulante aktivitet vokset fra en andel af produktionsværdien på 30,8 pct. til en andel på 38,6 pct., *jf. tabel 2.2a.*
- Andelen af akutte patienter er faldet fra at udgøre 47,3 pct. af produktionsværdien på sygehuse i 2002 til at udgøre 40,8 pct. i 2007. Samtidig er andelen af aktivitet, der udføres på de medicinske afdelinger, øget fra 42,5 pct. i 2002 til 45,5 pct. i 2007, *jf. tabel 2.2b.*
- Ventetiderne faldt markant i perioden 2001- 2005, var svagt stigende i perioden 2005-2007, *jf. figur 2.7.*
- Væksten i produktionsværdien i slutningen af perioden 2005-2007 kan kun i noget omfang tilskrives en stigning i antallet af patienter i behandling. Der sker således et markant skifte fra 2006, hvor en væsentlig del af væksten skyldes, at den gennemsnitlige værdi pr. patient er steget, i stedet for behandling af flere patienter, *jf. figur 2.8.*

De offentlige sundhedsudgifter (det offentlige forbrug på sundhedsområdet)<sup>3</sup> har været stigende over den seneste 10-års periode. I 1998 udgjorde de offentlige udgifter til sundhed 94,2 mia. kr., mens de i 2007 udgjorde 116,2 mia. kr., *jf. figur 2.2.* Det svarer til en stigning på 23 pct. i perioden<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Rent opgørelsesteknisk skal det bemærkes, at de samlede offentlige sundhedsudgifter i Nationalregnskabet inkluderer kommunernes udgifter til plejehjem og hjemmesygeplejen. Disse udgifter er medtaget af hensyn til en øget sammenlignelighed i internationale opgørelser.

<sup>4</sup> Det bemærkes, at opdelingen i figuren er i forhold til, hvem der betaler, således at den offentligt finansierede aktivitet hos de private praktiserende læger og på primære sygehuse indgår som en del af de offentlige sundhedsudgifter.

Figur 2.2. Offentlige og private sundhedsudgifter fra 1998 til 2007



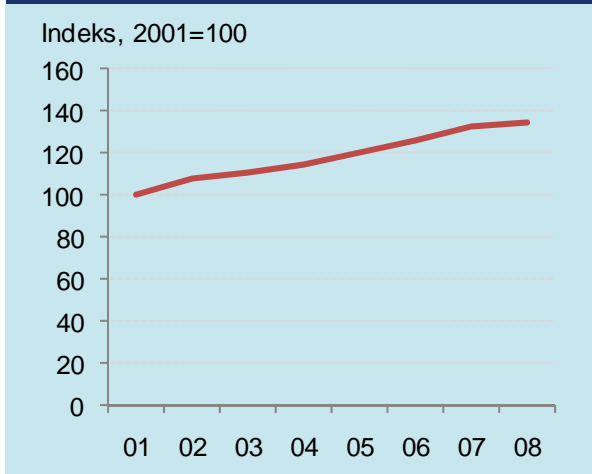
Også de private sundhedsudgifter (det private forbrug på sundhedsområdet) har været stigende over den seneste 10-års periode. I 2007 udgjorde de 21,2 mia. kr., hvilket er en stigning på 25 pct. i forhold til 1998<sup>5</sup>.

Produktionsværdien angiver værdien af udskrivningerne og de ambulante besøg, der er blevet foretaget på sygehusene og som er finansieret af det offentlige. Figur 2.3a viser, at væksten i produktionsværdi var 35 pct. i perioden 2001 til 2008. Væksten var størst i 2001-2002 med ca. 7,5 pct. Siden hen har den årlige vækst i produktionsværdi ligget på ca. 3-5,5 pct. – med undtagelse af 2007-2008, hvor væksten i produktionsværdi blev lavere som følge af konflikten på sygehusene i foråret 2008. I samme periode er den offentligt finansierede aktivitet, som bliver udført på de private sygehuse, steget fra at udgøre en andel på ¼ pct. i 2002 til at udgøre 2,5 pct. i 2008, jf. figur 2.3b.

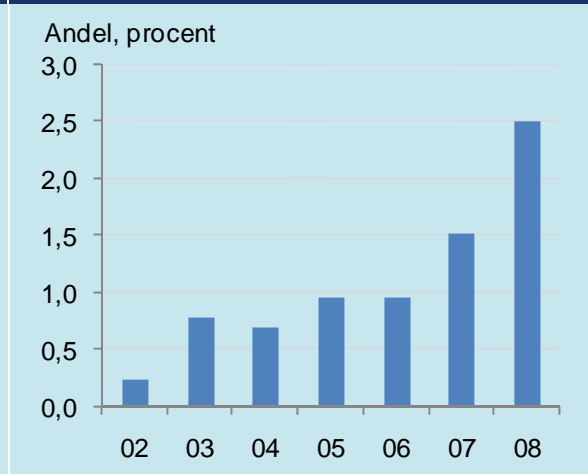
Den stigende andel af produktionsværdien, som bliver udført på de private sygehuse, kan bl.a. henføres til indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg, der giver ret til at blive behandlet på et privat sygehus, såfremt det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for 1 måned (fra 1. juli 2002 til 1. oktober 2007 inden for to måneder).

<sup>5</sup>En sammenligning af realvæksten i det offentlige og private forbrug skal ske med varsomhed. Realvæksten i det offentlige forbrug er et udtryk for, hvor mange ressourcer, der tilføres offentlig service mv. Det er altså et input-baseret mål, hvor prisen måler, hvad det offentlige skal betale for de ressourcer, det anvender, herunder især offentligt beskæftigede. Realvæksten i det private forbrug er derimod et output-baseret mål, hvor priserne måler, hvad folk reelt betaler for de varer, de køber.

Figur 2.3a. Udviklingen i produktionsværdien, indekseret, 2001=100.

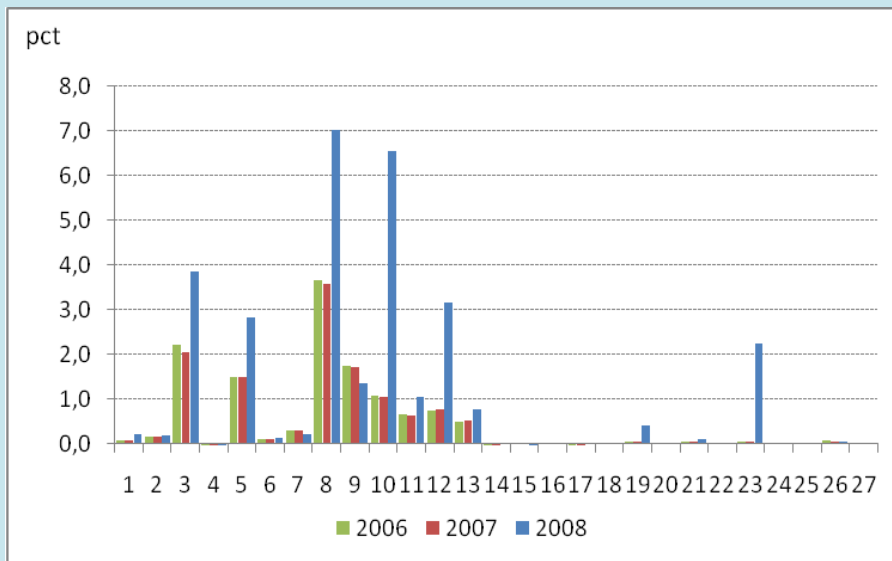


Figur 2.3b. Andel af den offentligt finansierede aktivitet der er udført på private sygehuse



De private sygehuses andel af den offentligt finansierede aktivitet varierer på tværs af de forskellige specialer. Den største private andel findes inden for sygdomme i muskel- og skeletsystemet og bindevæv samt inden for de endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme, hvor aktiviteten på de private sygehuse udgjorde mellem 6,5 pct. og 7 pct., *jf. figur 2.4*. På en række andre områder som fx det onkologiske område udføres der ingen aktivitet på de private sygehuse.

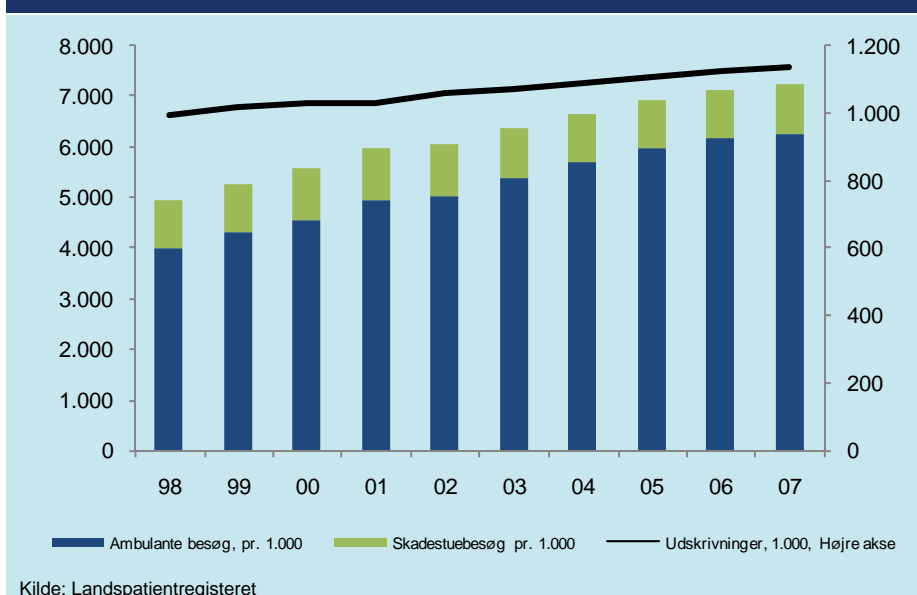
**Figur 2.4. Andelen af den samlede offentligt finansierede aktivitet, som er udført på private sygehuse – fordelt på MDC-grupper.**



1	Sygdomme i nervesystemet	2	Øjensygdomme
3	Øre-, næse- og halssygdomme	4	Sygdomme i åndedrætsorganerne
5	Sygdomme i kredsløbsorganerne	6	Sygdomme i fordøjelsesorganerne
7	Sygd. i lever, galdeveje og bugspytkirtel	8	Sygd. i muskel-skeletsystemet og bindevæv
9	Sygdomme i hud, underhud og mamma	10	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
11	Nyre- og urinvejssygdomme	12	Sygdomme i mandlige kønsorganer
13	Sygdomme i kvindelige kønsorganer	14	Fødsel, barsel og sygd. under svangerskab
15	Sygdomme i perinatalperioden	16	Sygdomme i blod og bloddannende organer
17	Svulster i lymfatisk og bloddannende væv	18	Infektionssygdomme og parasitære sygdomme.
19	Psykiatriske sygdomme	20	Misbrug
21	Ulykkestilfælde og forgiftninger	22	Forbrændinger
23	Øvrige	24	Signifikant multitraume
25	HIV infektion	26	Udenfor MDC
27	Onkologiske behandlingsgrupper	28	Samlet

I de seneste ti år er aktiviteten således blevet øget i sygehusvæsenet. Den stigende aktivitet på sygehuse har fundet sted i såvel ambulant som stationært regi. I 1998 blev der udskrevet 996.000 patienter fra sygehuse, i 2007 var antallet steget til 1.136.000 patienter, *jf. figur 2.5*. Antallet af udskrivinger blev dermed øget med ca. 140.000 i perioden 1998-2007, svarende til en årlig stigning på 1,5 pct.

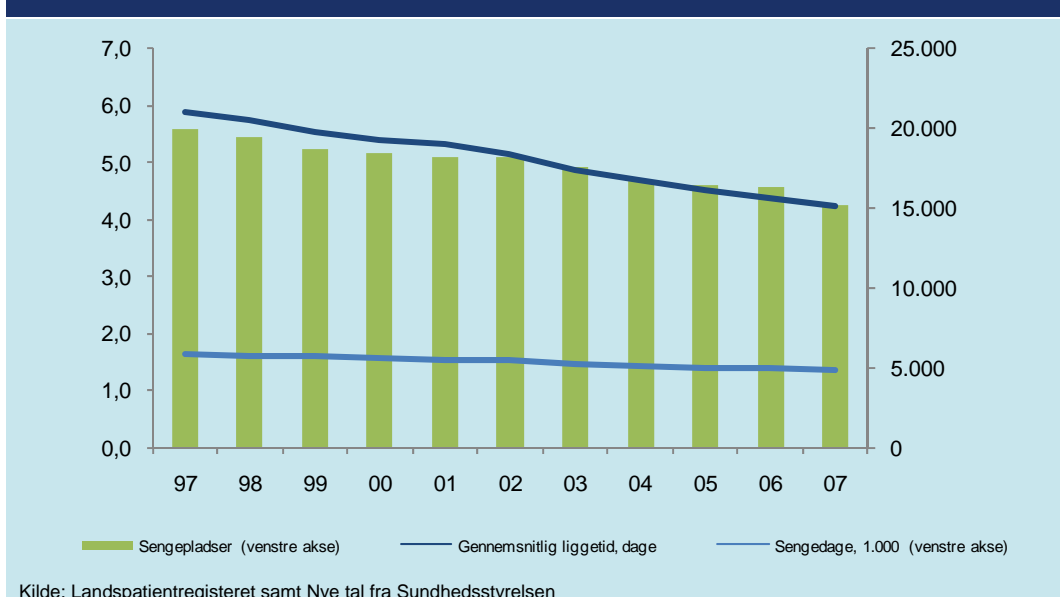
**Figur 2.5. Udskrivninger og ambulante besøg, 1998-2007**



Den øgede aktivitet har særligt fundet sted inden for det ambulante område. Antallet af ambulante besøg (inkl. skadestuebesøg) steg således fra ca. 5,0 mio. besøg i 1998 til 7,2 mio. besøg i 2007, svarende til en årlig stigning på 4,3 pct., *jf. figur 2.5.*

Den øgede aktivitet i sygehusvæsenet har fundet sted samtidig med, at antallet af sengepladser er blevet reduceret. Antallet af sengepladser er blevet reduceret fra knap 19.500 sengepladser i 1998 til ca. 15.200 i 2007. Der er desuden sket en reduktion i antallet af sengedage, som er faldet fra knap 5,8 mio. i 1998 til 4,8 mio. sengedage i 2007, svarende til en årlig reduktion på 1,9 pct. Da antallet af udskrivninger samtidig er øget, betyder det, at den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed (liggetid) er faldet fra omkring 6 dage i 1998 til omkring 4,2 dage i 2007, *jf. figur 2.6.*

**Figur 2.6. Sengepladser, sengedage og liggetid (dage), 1998-2007**





En stadig større andel af aktiviteten udføres ambulantly. I perioden 2002-2007 er den ambulante aktivitet vokset fra at udgøre en andel af produktionsværdien på knap 31 pct. til at udgøre en andel på næsten 39 pct. Denne stigning kan henføres til en stigende andel på såvel de medicinske som de kirurgiske afdelinger. I 2007 blev knap 40 pct. af den medicinske aktivitet således udført ambulantly mod kun 28 pct. i 2002. På de kirurgiske afdelinger er den ambulante andel steget fra ca. 32 pct. i 2002 til næsten 37 pct. i 2007, *jf. tabel 2.2a.*

Samtidig udgør aktiviteten ved de medicinske afdelinger en stadig større andel af aktiviteten, således at tæt på halvdelen af den samlede produktionsværdi udføres på medicinske afdelinger, idet andelen i 2007 var 45,5 pct. mod 42,5 pct. i 2002. Omvendt udgør aktiviteten ved de kirurgiske afdelinger en faldende andel og er således faldet fra 49,1 pct. i 2002 til 45,6 pct. i 2007, *jf. tabel 2.2a.*

**Tabel 2.2a. Fordeling mellem stationær og ambulantly aktivitet, 2002 og 2007. Produktionsværdi, årets takster.**

(pct.)	2002			2007		
	Akut	Ikke-akut	I alt	Akut	Ikke-akut	I alt
<b>Alle afdelinger</b>						
Ambulantly	4,9	54,0	30,8	4,8	61,9	38,6
Stationær	95,1	46,0	69,2	95,2	38,1	61,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Heraf medicinsk</b>	<b>48,3</b>	<b>37,2</b>	<b>42,5</b>	<b>49,8</b>	<b>42,5</b>	<b>45,5</b>
Ambulantly	0,0	60,8	28,0	0,1	71,9	39,8
Stationær	100,0	39,2	72,0	99,9	28,1	60,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Heraf kirurgisk</b>	<b>42,4</b>	<b>55,1</b>	<b>49,1</b>	<b>40,6</b>	<b>49,0</b>	<b>45,6</b>
Ambulantly	10,5	47,5	32,4	10,5	51,7	36,7
Stationær	89,5	52,5	67,6	89,5	48,3	63,3
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Heraf øvrige</b>	<b>9,3</b>	<b>7,7</b>	<b>8,4</b>	<b>9,6</b>	<b>8,5</b>	<b>8,9</b>

Kilde: DRG

En stadig større andel af den samlede aktivitet udføres som ikke-akut aktivitet. På alle afdelinger udgjorde den ikke-akutte aktivitet i 2007 59,2 pct. af produktionsværdien mod 52,7 pct. i 2002. Andelen af den ikke-akutte aktivitet på de medicinske afdelinger er steget fra at udgøre 46 pct. af den samlede aktivitet på sygehusene i 2002 til at udgøre godt 55 pct. i 2007. Omkring 64 pct. af aktiviteten på de kirurgiske afdelinger var ikke-akut i 2007 mod 51 pct. i 2002, *jf. tabel 2.2b.*

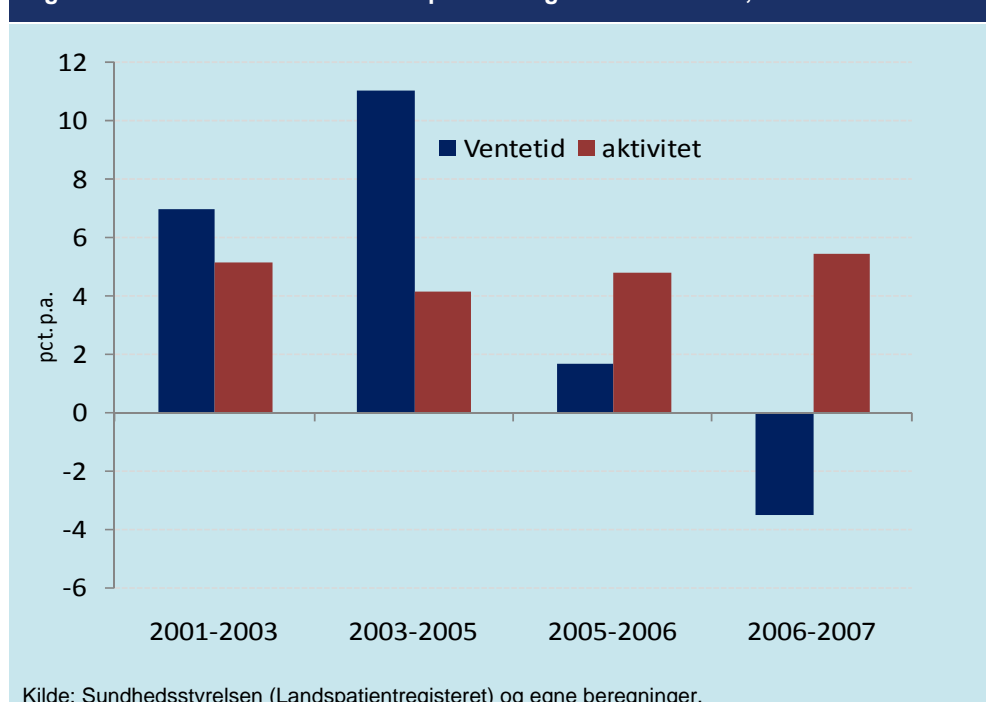
**Tabel 2.2b. Fordeling mellem akut og ikke-akut aktivitet, 2002 og 2007. Produktionsværdi, årets takster.**

(pct.)	2002			2007		
	Akut	Ikke-akut	I alt	Akut	Ikke-akut	I alt
<b>Alle afdelinger</b>						
Ambulantly	7,5	92,5	100,0	5,1	94,9	100,0
Stationær	65,0	35,0	100,0	63,2	36,8	100,0
I alt	47,3	52,7	100,0	40,8	59,2	100,0
<b>Heraf medicinsk</b>	<b>48,3</b>	<b>37,2</b>	<b>42,5</b>	<b>49,8</b>	<b>42,5</b>	<b>45,5</b>
Ambulantly	0,0	100,0	100,0	0,1	99,9	100,0
Stationær	74,8	25,2	100,0	74,1	25,9	100,0
I alt	53,9	46,1	100,0	44,6	55,4	100,0
<b>Heraf kirurgisk</b>	<b>42,4</b>	<b>55,1</b>	<b>49,1</b>	<b>40,6</b>	<b>49,0</b>	<b>45,6</b>
Ambulantly	13,2	86,8	100,0	10,4	89,6	100,0
Stationær	54,1	45,9	100,0	51,4	48,6	100,0
I alt	40,9	59,1	100,0	36,4	63,6	100,0

Kilde: DRG

I perioden 2001-2005 er den gennemsnitlige erfarede ventetid<sup>6</sup> for opererede patienter faldet med 35 pct. Efterfølgende har ventetiden ligget på nogenlunde samme niveau, jf. figur 2.7.

**Figur 2.7. Fald i erfaret ventetid til operation og vækst i aktivitet, 2001- 2007**



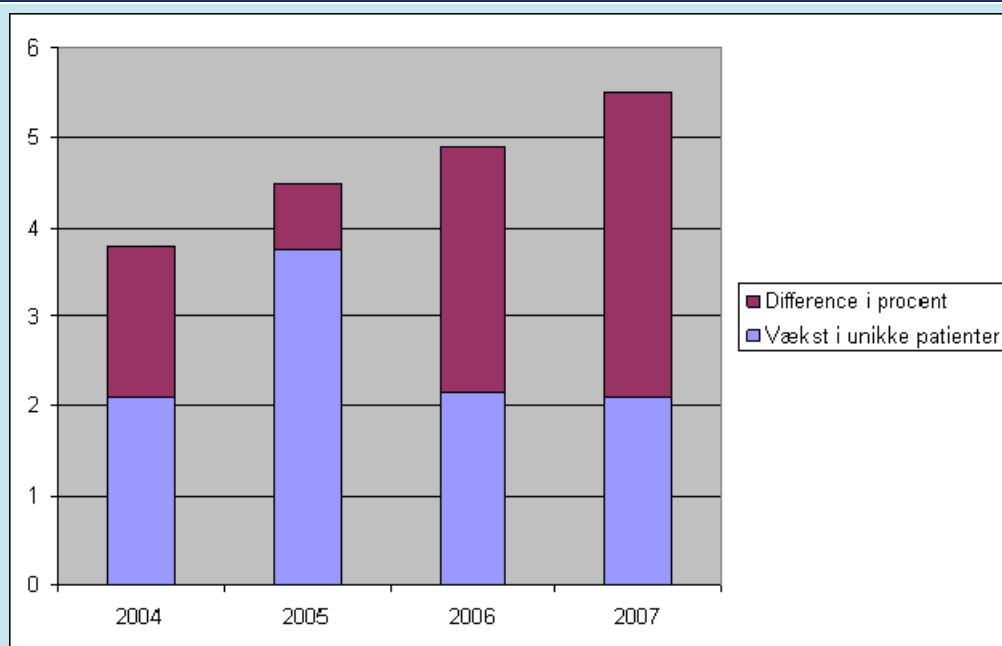
Som det fremgår af figur 2.7, har den årlige vækst i aktiviteten været på nogenlunde det samme niveau igennem hele perioden.

Det kan konstateres, at en større del af aktivitetsstigningen på sygehusen sker via en højere produktionsværdi pr. patient, mens en mindre del kan tilskrives behandling af flere nye patienter<sup>7</sup>, jf. figur 2.8.

<sup>6</sup> Den erfarede ventetid er en bagudrettet opgørelse af den faktiske tid, hvor patienten aktivt venter på at komme til undersøgelse eller i behandling. Det betyder, at bl.a. den tid, der går med, at patienten udredes, og tid i forbindelse med udskydelse af operation efter patientens eget ønske, ikke indgår i opgørelsen.

<sup>7</sup> Opgjort som unikke cpr-numre inden for det givne år.

Figur 2.8. Aktivitetsudvikling dekomponeret på værdi pr. patient (unikke cpr-nr) og antal patienter



Kilde: Sundhedsstyrelsen (Landspatientregisteret) og egne beregninger.

På denne baggrund er der i arbejdsgruppen enighed om, at denne udvikling bør analyseres nærmere. Fokus for analysen skal være på at kortlægge, hvor den faktiske aktivitet og aktivitetsvækst er sket, på afdækning af mulige forklaringsfaktorer, og om der på det grundlag er behov for tiltag med henblik på en øget fokusering af indsatsen.

# 3. Beskrivelse af det danske DRG-system

## 3.1. Sammenfatning

I dette kapitel beskrives det danske DRG-system, herunder dets metode, opbygning, kilder og formidling. Kapitlet har til formål at danne grundlag for serviceeftersynet af DRG-systemet (jf. kapitel 4) og for overvejelserne om udviklingen af DRG-systemet (jf. kapitel 5).

DRG-systemet er et redskab til at klassificere patienter i klinisk meningsfulde og ressourcehomogene grupper. DRG-systemet anvendes således til at gruppere ambulante og stationære patienter, der behandles på sygehus efter diagnose, behandling, alder, køn og udskrivningsstatus. Til hver DRG-gruppe er der knyttet en gennemsnitlig udgift til produktionen svarende til DRG-taksten. Det danske DRG-system består således dels af en DRG-gruppering, der indeholder regelsættet til gruppering af patienter i stationære og ambulante grupper, dels af selve DRG-taksterne, der er beregnet som landsgennemsnitlige udgifter ved behandlingen af patienterne på de offentlige danske sygehuse.

DRG-systemet blev taget i anvendelse i Danmark i midten af 1990'erne. Systemets metode bygger på to elementer. Der foretages for det første en gruppering af patienterne i Diagnose Relaterede Grupeer (DRG), og for det andet sker der en beregning af de udgifter, der er forbundet med behandlingen af patienterne i de enkelte grupper. Formålet med at indføre DRG-systemet var oprindeligt at forbedre grundlaget for at vurdere sammenhængen mellem aktivitet og udgifter (produktivitet) på de danske sygehuse. Systemets anvendelsesområde er efterfølgende blevet udbredt, således at systemet siden 2000 er blevet anvendt som grundlag for takststyring, generel aktivitetsstyring og finansiering af sundhedsvæsenet, jf. nedenfor.

DRG-systemet er baseret på sygehusenes registreringer af data om aktivitet og økonomi. Disse registreringer indsamles af Sundhedsstyrelsen og danner bl.a. grundlag for de løbende aktivitetsopgørelser og beregningen af taksterne i DRG-systemet.

## 3.2. DRG-systemets anvendelsesområder

DRG-systemet finder anvendelse på en række forskellige områder. Frem til 2000 blev DRG-systemet udelukkende anvendt som grundlag for et informations- og benchmarkingsystem af sygehuse. I dag anvendes DRG-systemet fortsat i forbindelse med opgørelser af produktivitet og aktivitet på sygehusene. Fra 2000 og frem er anvendelsen af DRG-systemet blevet udvidet til også at udgøre et grundlag for takststyring af sygehuse, generel aktivitetsstyring på sygehusområdet og finansiering af sundhedsvæsenet, jf. boks 3.1 nedenfor.

### Boks 3.1. DRG-systemets anvendelsesområder

DRG-systemet anvendes til:

- *Benchmarking*: Grundlag for produktivets- og aktivitetsopgørelser mv.
- *Takstafregningssystem*: Regionernes betaling for sygehusbehandling ved andre regioners sygehuse fra 2000 (mellemlig regional afregning)
- *Finansieringssystem*, herunder:
  - Delelement i forbindelse med opgørelse af statens bloktilskud til regionerne fra 2007
  - Udmøntning af de statslige aktivitetspuljer fra 2002
  - Beregning af den kommunale medfinansiering fra 2007

DRG-systemet kan anvendes som udgangspunkt for:

- *Takststyring*: Aktivitetsmåling i forbindelse med lokale takststyringsmodeller fra 2004
- *Forhandlingsgrundlag*: Grundlag for forhandlingerne mellem Danske Regioner og de private sygehuse omkring afregning for patienter, der er behandlet i privat regi som følge af det udvidede frie sygehusvalg.
- *Grundlag for drift, planlægning og økonomistyring*: DRG-grupperede opgørelser af sygehusaktivitet indgår i den daglige drift, planlægning og økonomistyring i regionerne og på sygehusene.

I dag anvendes DRG-systemet til systematiske opgørelser af aktiviteten og produktionsværdien, hvilket gør det muligt at monitorere aktivitetsudviklingen og finansiering fra den kommunale (med)finansiering og de statslige aktivitetsafhængige puljer. Herudover indgår de DRG-grupperede opgørelser i planlægningen på sundhedsområdet og indgår som et element i det samlede beslutningsgrundlag til sikring af tilpasning og optimering af den løbende drift.

DRG-taksterne indgår desuden som en del af grundlaget for regionernes forhandlinger med de private sygehuse omkring afregning for patienter, der er behandlet i privat regi.

I takt med den øgede anvendelse af DRG-området er der sket en øget formidling af oplysninger mellem regioner/sygehuse og Sundhedsstyrelsen. Efter indførelsen af den kommunale medfinansiering sker der ligeledes en løbende formidling af oplysninger fra Sundhedsstyrelsen til kommunerne. Oplysningerne indgår i den daglige planlægning og økonomistyring af sundhedsområdet.

### 3.3. DRG-systemets metode og opbygning

Det danske DRG-system er et såkaldt case-mix system, der bruges til at gruppere patienter inden for sundhedsvæsenet på baggrund af bl.a. diagnose og behandling. Systemet indeholder en systematisk beskrivelse af patientgrupper med forskellige sygdomstilfælde. Det er dannet på en sådan måde, at patienterne inden for hver gruppe har nogenlunde det samme ressourcetræk, og det tager højde for, at nogle patientgrupper er mere omkostningstunge end andre.

DRG-systemet blev introduceret i Danmark i midten af 1990'erne. Systemets metode bygger på to elementer. Der foretages for det første en gruppering af patienterne i Diagnose Relaterede Grupeer (DRG), og for det andet sker der en beregning af de udgifter, der er forbundet med behandlingen af patienterne i de enkelte grupper. DRG-systemet gør det muligt at koble aktivitet og omkostninger i sygehusvæsenet. Derved bliver det muligt at værdisætte ydelserne i sygehusvæsenet og belyse den behandlingsmæssige tyngde i patientgrupperne.

Formålet med at indføre DRG-systemet var oprindeligt at forbedre grundlaget for at vurdere sammenhængen mellem aktivitet og udgifter (produktivitet) på de danske sygehuse. Systemets anvendelsesområde er efterfølgende blevet udbredt, således at systemet siden 2000 er blevet anvendt som en integreret del af takststyring, generel aktivitetsstyring og finansiering af sundhedsvæsenet.

Den første landsdækkende produktivetsanalyse på sygehusniveau baseret på DRG-systemet udkom i 1996. Analysen byggede på den nordiske grupperingslogik (NordDRG) og norske omkostningsvægte. Der blev i forbindelse med den første landsdækkende produktivetsanalyse givet udtryk for, at grupperingen ikke i tilstrækkelig grad afspejlede dansk klinisk praksis, og at beskrivelsen af udgifterne ikke var tilstrækkeligt præcis i forhold til de danske sygehuses omkostningsstrukturer. Som et resultat heraf blev der truffet beslutning om at udvikle et dansk DRG-system (DkDRG), hvor der blev taget højde for de fremførte kritikpunkter.

Af hensyn til den videre beskrivelse af DRG-systemet er der opstillet en begrebsmæssig afgrænsning af DRG-systemet, *jf. boks 3.2*.

### Boks 3.2. Afgrænsning af DRG-systemet

DRG-systemet er et redskab til at klassificere patienter i klinisk meningsfulde og ressourcehomogene grupper. DRG-systemet anvendes således til at gruppere ambulante og stationære patienter, der behandles på sygehus efter diagnose, behandling, alder, køn og udskrivningsstatus. Til hver DRG-gruppe er der knyttet en gennemsnitlig udgift til produktionen, svarende til DRG-taksten.

Det danske DRG-system består således af to elementer:

1. *DRG-gruppering*, der indeholder regelsættet til gruppering af patienter i stationære og ambulante grupper.
2. *DRG-taksterne*, der er beregnet som landsgennemsnitlige udgifter ved behandlingen af patienterne på de offentlige danske sygehuse.

Det danske DRG-system er udarbejdet under hensyntagen til tre overordnede krav. Grupperingen af patienterne skal være klinisk meningsfuld, grupperne skal være ressourcehomogene, og antallet af grupper skal være overskueligt.

En klinisk meningsfuld gruppering betyder, at patienter i samme DRG-gruppe har nogenlunde ensartede sygdomme og behandlingsbehov. Formålet med at stille krav om, at grupperne skal være klinisk meningsfulde, er, at patienterne skal være sammenlignelige ud fra et klinisk og medicinsk synspunkt, således at læger og andet personale på sygehusene kan bruge systemet til at belyse deres daglige arbejde.

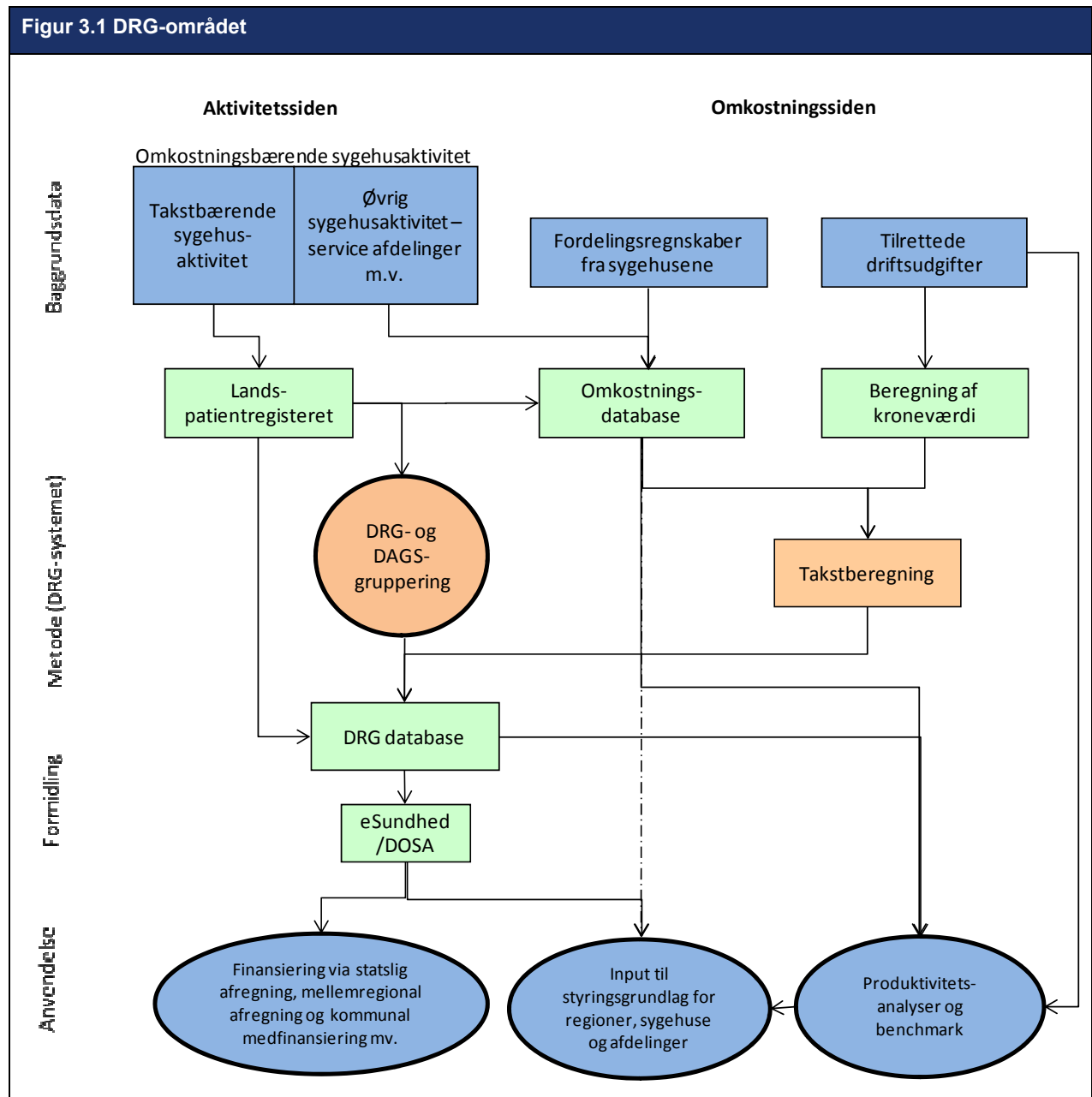
Ressourcehomogenitet indebærer, at patienter i samme gruppe har nogenlunde samme tyngde og ressource-træk på sygehusvæsenet. Det betyder, at patienter inden for samme gruppe medfører de omtrentligt samme udgifter for sygehuset i form af fx pleje, medicin, operative indgreb, laboratorieundersøgelser mv. Kravet om ressourcehomogenitet er en forudsætning for, at der kan foretages opgørelser og sammenligninger af sygehusenes udgifter og produktivitet mv.

Princippet om, at antallet af grupper ikke må være for stort, er blevet opstillet af hensyn til, at systemet skal være overskueligt for såvel administrative som kliniske brugere. Kravet om, at systemet skal være klinisk meningsfuldt, kan i princippet til en vis grad stride mod kravet om, at antallet af grupper ikke må være for stort,

idet klinisk meningsfuldhed typisk vil trække i retningen af flere grupper. Der vil således løbende skulle foretages en afvejning af hensynet om homogenitet over hensynet til overskuelighed i forhold til DRG-systemet.

Grupperingen af patienterne og den tilsvarende fordeling af udgifterne til patientbehandling mv. danner grundlag for beregning af DRG-taksterne, der udtrykker de landsgennemsnitlige sygehusudgifter ved behandling af patienter i en given DRG-gruppe.

I figur 3.1 nedenfor er det forsøgt at illustrere hele DRG-området, dvs. de forskellige delelementer der danner grundlag for eller indgår i det danske DRG-system.



Som det fremgår af figuren, er DRG-systemet en metode til bearbejdning af en række bagvedliggende baggrundsoplysninger om aktivitet og udgifter, som indberettes af sygehusene til Sundhedsstyrelsen. Aktivitetssiden består af den omkostningsbærende sygehusaktivitet, som anvendes til beregning af taksterne. Den om-

kostningsbærende aktivitet består dels af den takstbærende aktivitet, som er den aktivitet, der indberettes til Landspatientregisteret og udløser en DRG-takst, dels af den øvrige sygehusaktivitet, som også indgår i omkostningsdatabasen.

Udgiftssiden består dels af sygehusenes fordelingsregnskaber, dels de tilrettede driftsudgifter. I samarbejde med sygehuse og sygehusejere opgør de centrale sundhedsmyndigheder omkostninger ved patientbehandling til brug for takstberegningen. Dette sker via dannelse af fordelingsregnskaber, hvor sygehusenes interne ydelsesstrømme kortlægges, og de samlede driftsudgifter ved at producere behandlingsydelser opgøres. Udgangspunktet for beregning af kroneværdien er de samlede regnskabsmæssigt tilrettede omkostninger ved stationær sygehusbehandling. Ved tilretningen af sygehusenes driftsudgifter tages udgangspunkt i de samlede driftsudgifter.

DRG-systemet består dels af en gruppering, der opdeler stationære og ambulante patienter i forskellige kliniske grupper, dels af en takstberegning hvor den gennemsnitlige behandlingsudgift for de enkelte grupper opgøres. Formidlingen af DRG-systemet sker via DRG-databasen og eSundhed.

DRG-systemet anvendes i forbindelse med finansieringen af regionerne, afregning af mellemregionale patienter, i forhold til regionernes økonomistyring af sygehusene, til produktivitetsanalyser på såvel lands-, regions og sygehusniveau, samt som udgangspunkt for afregning af offentligt finansierede patienter på private sygehuse.

Gennemgangen i de følgende afsnit vil tage afsæt i figurens forskellige delelementer, som tilsammen udgør DRG-området, dvs. aktivitetssiden og omkostningssiden, som udgør takstberegningsgrundlaget, DRG-systemets metode, som udgør selve DRG-systemet, formidlingen af oplysninger fra DRG-systemet samt DRG-systemets anvendelse.

### 3.4. Aktivitetssiden

#### 3.4.1. Sygehusenes registrering af aktivitet

Sygehusenes registrering af aktivitetsdata, der indberettes til Landspatientregisteret (LPR), skal være ensartet og korrekt, idet data fra LPR bl.a. danner grundlag for afregning og betaling på sygehusområdet. Når der registreres en patientkontakt i LPR, har det betydning for, om der skal ske statslig afregning til regionerne, mellemregional afregning og kommunal medfinansiering mv. Desuden anvendes oplysningerne i LPR i forbindelse med analyser af sygehusenes aktiviteter og resultater.

Kravene til indberetningen til Landspatientregisteret vedtages af "Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering"<sup>8</sup>.

Kravene beskrives årligt i *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter* og træder som hovedregel i kraft ved indgangen til et kalenderår. Publikationen indeholder vejledning og regler for indberetning af aktivitetsdata til Landspatientregisteret og udgives af Sundhedsstyrelsen. *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter* er delt i to dele – en vejledningsdel rettet mod de registrerende slutbrugere ude på sygehusene og en mere teknisk del rettet imod softwareleverandører og andre, der udvikler de patientadministrative systemer.

---

<sup>8</sup> Gruppens medlemmer er udpeget af de enkelte regioner, som hver har tre repræsentanter. Desuden har Center for Psykiatrisk Forskning i Århus, Danske Regioner, KL, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen hver en repræsentant i gruppen.



Vejledningerne i *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter* har til formål at definere de oplysninger, der skal overføres fra de lokale patientadministrative systemer (PAS) til Landspatientregisteret på en ensartet måde. LPR ajourføres ved dataoverførsel fra de lokale patientregistreringssystemer. Registreringsvejledningerne bidrager således til at binde LPR og de lokale patientregistreringssystemer sammen, men vejledningerne forhindrer ikke sygehusene i at registrere flere oplysninger i de lokale registreringssystemer. *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter* definerer således blot en række minimumskrav for dataindberetningen og bidrager dermed til at understøtte en ensrettet registrering af data på tværs af sygehuse. Det er regionernes ansvar, at indberetningerne er korrekte, og at de foretages efter de vedtagne retningslinjer.

### 3.4.2. Takstbærende aktivitet

Den takstbærende aktivitet kan defineres som den aktivitet, der udløser en takst, og som indgår i opgørelsen af DRG-produktionsværdien, som i sidste ende danner grundlag for afregningen til regionen af den statslige aktivitetsafhængige finansiering, den mellemregionale afregning og den kommunale medfinansiering på sygehusområdet.

Det danske DRG-system er indrettet således, at der opgøres en DRG-takst for hver sygehusudskrivning af en indlagt patient<sup>9</sup>. Hvilken DRG-takst, der afregnes for ved udskrivningen, afhænger af den såkaldte gruppering (jf. afsnit 3.5).

For et ambulante besøg, hvor en patient har besøgt et sygehusambulatorium og/eller modtaget kliniske ydelser eller behandling fra sundhedsfagligt personale, afregnes der en DAGS-takst<sup>10</sup>. Der afregnes maksimalt for ét ambulante besøg for en patient pr. klinisk afdeling pr. dag. Hvis en patient på basis af diagnose og foretagne procedurer kan grupperes til flere takstgrupper, afregnes der alene for den dyreste procedure<sup>11</sup>. Selv om patienten modtager flere forskellige ydelser ved fremmødet, vil der således kun blive afregnet én proceduretakst for besøget. Ud over proceduretaksten afregnes også en såkaldt besøgstakst svarende til 1.255 kr. (2009 pris- og lønniveau). Afregningen for et ambulante besøg består altså dels af en besøgstakst, som er den samme for alle ambulante besøg, dels af en proceduretakst, som dækker udgifterne til den dyreste procedure, der bliver foretaget på patienten. Dermed vil afregningen for et ambulante besøg i gennemsnit dække alle de udgifter, som ambulatoriet har afholdt i forbindelse med en patients besøg. Det ambulante system er desuden blevet udbygget med en række "sammedagpakker", hvor det er en betingelse, at alle de ydelser, der er indeholdt i pakken, er leveret, for at pakketaksten afregnes.

Det er disse to former for aktivitet, der udløser en takst. De omtales herefter som den takstbærende aktivitet, og de værdifastsættes via DRG-systemet. Den samlede værdi af aktiviteten på et sygehus (produktionsværdien) opgøres som summen af udskrivninger ganget med DRG-taksterne for de pågældende udskrivninger lagt sammen med summen af ambulante besøg ganget med DAGS-taksterne, jf. boks 3.3.

#### Boks 3.3. Fastsættelse af produktionsværdi

Formlen for beregning af produktionsværdi:

$$\text{Produktionsværdi} = \sum(\text{Udskrivninger} \times \text{DRG-takst}) + (\text{Ambulante besøg} \times \text{DAGS-takst})$$

<sup>9</sup> Sygehusudskrivningen er en indikator for et stationært indlæggelsesforløb, hvor en patient har været indlagt og har optaget en normeret sengeplads på en eller flere sengeafdelinger på samme sygehus i umiddelbar forlængelse af hinanden og derefter bliver udskrevet fra det pågældende sygehus.

<sup>10</sup> DAGS er en forkortelse af Dansk Ambulant GrupperingsSystem.

<sup>11</sup> Sundhedsstyrelsen; Takstsystem 2009 – Vejledning (januar 2009)

Opgørelser af værdien af den takstbærende aktivitet (produktionsværdien) anvendes som led i regionernes og sygehusenes økonomistyring og ledelsesinformation.

Aktiviteten defineres og afgrænses i overensstemmelse med *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter*. I *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter* defineres, hvad der er en sygehusaktivitet, og hvordan der sondres mellem en ambulante eller indlagt patient mv. Landspatientregisteret indeholder indberetninger om offentlig og privat, somatisk og psykiatrisk, ambulante og stationær aktivitet på danske sygehuse.

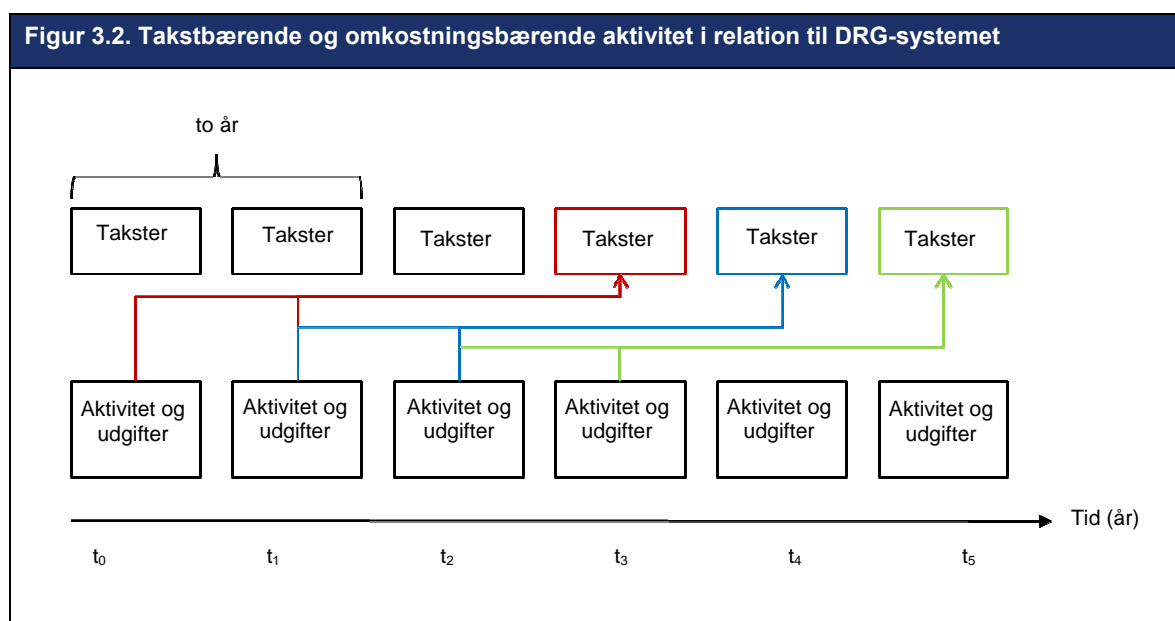
Indberetningen til Landspatientregisteret blev oprindeligt påbegyndt til brug for medicinalstatistikken og forskning mv. Der kræves ikke særlige indberetninger til DRG-formål. Systemet bygger således på de registreringer, der allerede finder sted på sygehusene.

### 3.4.3. Omkostningsbærende aktivitet

Aktivitetsdata til brug for omkostnings- og takstberegninger vedrører ud over oplysninger fra Landspatientregisteret også oplysninger fra de lokale patientadministrative systemer og en række lokale ydelsesregistre. De supplerende oplysninger i forhold til Landspatientregisteret indsamles som udgangspunkt alene til fastsættelsen af DRG-taksterne. Behovet for løbende indberetninger er derfor begrænset. Data er således typisk historisk og vedrører den periode, hvortil de udgiftsmæssige oplysninger kan henføres (jf. afsnit 3.6 nedenfor).

Figur 3.2 illustrerer forskellen mellem takstbærende og omkostningsbærende aktivitet. Den takstbærende aktivitet udløser en takst til sygehusene ved stationære og ambulante besøg, jf. afsnit 3.4.2. Den takstbærende aktivitet har særlig betydning for den løbende økonomistyring på sygehusene og i regionerne i og med, at den takstbærende aktivitet udløser takstafregningen af regionen. Den omkostningsbærende aktivitet er den aktivitet, som danner grundlag for fastsættelse af taksterne. Dermed har den omkostningsbærende aktivitet særlig betydning for budgetlægningen i regioner og på sygehuse.

Som det fremgår af figur 3.2, er takstsystemet i år  $t_3$  baseret på den omkostningsbærende aktivitet for to år ( $t_0$  og  $t_1$ ). Dette sker for at sikre stabiliteten i takstsystemet. Den omkostningsbærende aktivitet for år  $t_1$  kan først opgøres det følgende år ( $t_2$ ), da regnskabet skal være afsluttet. Dermed vil taksterne i år  $t_3$  afspejle en aktivitet, der som minimum er foregået ét år og maksimalt tre år tidligere.



### 3.5. Gruppering

Grupperingen af patienter i DRG-systemet sker på grundlag af grupperingslogikken, som klassificerer alle patienter, der har modtaget somatisk behandling i én af de 604 stationære DRG-grupper eller 137 ambulante DAGS-grupper eller 104 gråzone-grupper, som er i DRG-systemet i 2009. Gråzone-grupper indeholder de patienter, der kan behandles under indlæggelse såvel som ambulante.

Grupperingslogikken for de indlagte patienter bygger primært på kendskabet til, hvilken sygdom patienten er blevet behandlet for og hvilke ydelser, patienten har modtaget. Selve sygdommen bliver beskrevet i en eller flere diagnoser og behandlingen gennem procedurekoder el. lign. En af diagnoserne udpeges til at være aktionsdiagnose. Den indeholder en markering af, hvad der var den væsentligste grund til at foretage behandlingen.

Aktionsdiagnosen bruges i grupperingslogikken til at placere patienten i en af de hoveddiagnosekategorier, der er knyttet til DRG-systemet. På engelsk kaldes disse overordnede grupper for Major Diagnostic Categories (MDC). Denne betegnelse er bevaret i det danske DRG-system. Der findes 25 MDC-kategorier, som tager udgangspunkt i forskellige dele af kroppen eller organerne. Disse overordnede hoveddiagnosekategorier anvendes således til at beskrive, om patienten er behandlet for sygdomme i eksempelvis nervesystemet, i øjnene, ørerne, kredsløbsorganerne el.lign. Grupperingslogikkens første trin er at anvende aktionsdiagnosen til at afgøre, hvilken MDC-kategori patienten skal grupperes til. Der findes ca. 12.000 mulige aktionsdiagnoser. Alle er placeret i en af de 25 MDC-kategorier.

Når patienten er placeret i en MDC-kategori, benytter grupperingslogikken en række af de øvrige karakteristika, der er knyttet til patienten til at foretage den endelige placering af patienten i en DRG-gruppe. Den videre gruppering foretages særligt på baggrund af procedurekoder, alder, køn mv. Disse er således bestemmende for den endelige placering af en patient i en DRG-gruppe under den MDC-kategori, som patienten først blev tildelt.

DRG-systemets grupperingslogik fungerer således på samme måde som et beslutningstræ. Første gang patienten opfylder samtlige kriterier for en gruppe i beslutningstræet, grupperes patienten hertil. Dermed undgås det, at patienter grupperes til mere end én DRG-gruppe, selv om nogle patienter vil opfylde kriterierne til at blive grupperet til flere DRG-grupper.

Grupperingen for de indlagte patienter tager således udgangspunkt i den beskrivelse, der sker af patienternes sygdomme gennem anvendelsen af diagnoserne. På det ambulante område sker grupperingen også delvist på grundlag af diagnosekendskabet, men den er i højere grad knyttet til den ydelse, som bliver givet til patienten under kontakten til sygehuset.

Som nævnt indledningsvis er der opstillet tre principper for klassificeringen af grupper i det danske DRG-system, *jf. boks 3.4*.

#### **Boks 3.4. Principper for klassificering af grupper i DRG-systemet**

- Grupperne skal være klinisk meningsfulde
- Grupperne skal være ressourcehomogene
- Antallet af grupper må ikke være for stort

Kilde: *Måling af danske sygehuses produktivitet* (Sundhedsministeriet, 1996)

Det bærende princip for udviklingen af DRG-systemet har været, at DRG-systemet skal afspejle den kliniske praksis. Derfor er antallet af grupper blevet revideret og tilpasset, når de kliniske selskaber, DRG-systemets brugere og Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der har været behov for det.

Tabel 3.1. nedenfor viser en oversigt over udviklingen i antallet af DRG-, gråzone- og DAGS- grupper i DRG-systemet. Det bemærkes, at oversigten er opbygget på en sådan måde, at der er sammenfald mellem gråzone-grupperne og de stationære DRG-grupper. Tabellen nedenfor skallæses således, at der i 2009 findes 604 stationære grupper, hvoraf de 104 er gråzone-grupper.

Tabel 3.1. Oversigt over udviklingen i antallet af DRG-, gråzone- og DAGS-grupper				
Takstsystem	Grupperingsnøgle	Antal grupper		
		Stationære	Gråzone	Ambulante
2000	NordDRG	495	29	8
2001	NordDRG	495	29	10
2002	DkDRG	561	40	48
2003	DkDRG	565	40	55
2004	DkDRG	588	45	85
2005	DkDRG	589	72	87
2006	DkDRG	599	75	101
2007	DkDRG	585	98	125
2008	DkDRG	598	98	133
2009	DkDRG	604	104	137

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Som det fremgår af tabellen er antallet af stationære DRG-grupper i takstsystemet steget fra 495 grupper i 2000 til 604 grupper i 2009. Stigningen i antallet af stationære grupper er især sket efter overgangen fra det fælles nordiske DRG-system (NordDRG) til det danske DRG-system (DkDRG).

På samme tid er der sket en stigning i antallet af gråzone-grupperne. Det afspejler bl.a., at en række procedurer, som hidtil har været foretaget under indlæggelse, i stigende grad kan foretages ambulante.

I perioden 2000-2009 er antallet af ambulante DAGS-grupper steget fra 8 til 137 grupper. Det øgede antal ambulante grupper afspejler primært et ønske fra systemets brugere om at få en større præcision i beskrivelsen af de ambulante patienter og en deraf følgende forøgelse af systemets detaljeringsgrad.

DRG-systemets grupperingslogik bliver udarbejdet i samarbejde med de danske klinisk videnskabelige selskaber og sygehusadministratorer m.fl. Sigtet med samarbejdet er at sikre, at logikken afspejler dansk klinisk praksis. Arbejdet med udvikling, vedligeholdelse og drift af en dansk grupperingslogik (DkDRG) blev påbegyndt i 1998. Grupperingslogikken blev taget i anvendelse for første gang i 2002. Siden er den blevet gennemgået to gange. Den første gennemgang fandt sted i 2003-2004 for at klargøre systemet til takststyring på sygehusområdet. Den anden gennemgang blev gennemført i 2005-2006 for at forberede systemet til finansieringsreformen på sundhedsområdet den 1. januar 2007, der indebar en finansieringsomlægning af sundhedsvæsenet med større vægt på aktivitetsbaseret finansiering.

Når der foretages ændringer i grupperingslogikken, påvirker det den relative fordeling af økonomien mellem regioner, sygehuse og kommuner. Derfor er det aftalt mellem Sundhedsstyrelsen og regionerne, at større revisioner med en samlet og systematisk gennemgang af hele grupperingslogikken med deltagelse af alle klini-

ske selskaber fremover kun må finde sted hvert fjerde år. I den mellemliggende periode vil kun eventuelle fejl eller begrænsede mangler medføre ændringer.

### Proces for fastlæggelse af grupperingen

Grupperingen i DRG-systemet fastlægges hvert år efter den arbejdsproces, som er beskrevet i boks 3.5 nedenfor. Grupperingen lægges fast for et kalenderår ad gangen og ajourføres hvert kvartal med eventuelle nye diagnosekoder.

Såfremt der identificeres fejl eller uhensigtsmæssigheder i grupperingen i løbet af året, synliggøres disse fejl, og der udarbejdes partielle skøn over de økonomiske konsekvenser af fejlene, men grupperingen ændres ikke. Den eneste undtagelse herfra er, hvis der udarbejdes en budgettakst med tilhørende gruppering. Muligheden for at få udarbejdet budgettakster har eksisteret i de sidste syv år, men er endnu ikke blevet taget i anvendelse af regionerne, idet der ikke har været behov for justeringer af DRG-systemet i kalenderårene.

Boks 3.5. Oversigt over proces for fastlæggelse af grupperingen		
Ansvarlig	Indhold	Frist
Sundhedsstyrelsen og kliniske selskaber	Løbende behandling af forslag til grupperingsændringer, der fremsendes fra regioner, sygehuse og kliniske videnskabelige selskaber.	Inden 1. marts
Regioner, sygehuse og klinikere	Deadline for indmelding af forslag til ændring i grupperingslogikken.	1. marts
Takstfølgegruppen <sup>1</sup>	Udpegning af sygehuse til deltagelse i ekstern høring af grupperingslogik.	Primo marts
Sundhedsstyrelsen	Implementering af grupperingsændringer samt intern validering af grupperingslogikken, kvalitetskontrol af grupperingsændringer mv.	Marts
Sundhedsstyrelsen	Grupperingslogikken sendes ud i ekstern høring.	Primo april
Udvalgte sygehuse	De udpegede sygehuse gennemser grupperingsnøglen ud fra grupperede data på detaljeret niveau, tabeller til belysning af "vandringer" mellem grupper for samme data grupperet med henholdsvis år "t" grupperingsnøglen og "t+1" grupperingsnøglen samt en oversigt over de gennemførte grupperingsændringer.	Primo april
Sundhedsstyrelsen	Høringsfrist for ekstern validering af grupperingslogikken for 2009. Grupperingslogikken bliver vurderet og rettet til i forhold til høringssvarene.	1. maj 2009
Takstfølgegruppen <sup>1</sup>	Forelæggelse af resultater af den eksterne validering af grupperingslogikken.	Primo maj
Sundhedsstyrelsen	Grupperingslogikken for det kommende kalenderår forelægges DRG-udvalget	Maj/juni
Sundhedsstyrelsen	Grupperingen indarbejdes i de webbaserede formidlingssystemer Visual DkDRG og Interaktiv DkDRG.	Efteråret

<sup>1</sup> Takstfølgegruppen består af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, regionerne og sygehusene.

Som det fremgår af boks 3.55 ovenfor, har regioner, sygehuse og kliniske selskaber indtil 1. marts mulighed for at foreslå ændringer i grupperingen for det følgende år. Herefter implementerer Sundhedsstyrelsen grupperingsændringerne efter en intern vurdering af forslagene og dialog med de kliniske selskaber.

Sundhedsstyrelsen sender i løbet af april den reviderede grupperingslogik i ekstern høring, og udvalgte sygehuse foretager en detaljeret kontrol og validering af den reviderede gruppering. Udvælgelsen af sygehuse sker i Takstfølgegruppen. På baggrund af den eksterne høring rettes grupperingslogikken til. I starten af maj forelægges resultaterne af den eksterne høring af grupperingslogikken for Takstfølgegruppen. Inden den endelige færdiggørelse af processen for grupperingen forelægges resultaterne desuden det rådgivende DRG-udvalg<sup>12</sup>. Efter behandlingen i DRG-udvalget fastlåser Sundhedsstyrelsen grupperingslogikken for det kommende kalenderår.

Efter fastlæggelsen af selve grupperingen omsættes regelsættet til et IT-værktøj – en såkaldt *grupper* – i det svenske firma *DRG Systems*, som varetager oversættelsen af Sundhedsstyrelsens grupperingslogik til et IT-program. Grupperingslogikkens regelsæt og den udarbejdede *grupper* stilles herefter til rådighed for alle interesserede, herunder regioner og sygehuse, på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

### 3.6. Omkostningssiden

Oplysninger om sygehusenes udgifter til patientbehandling modtages gennem to systemer: dels via sygehusenes fordelingsregnskaber, dels via regnskabsindberetningen (de tilrettede driftsudgifter).

I *sygehusenes fordelingsregnskaber* fordeles samtlige udgifter, der er relateret til somatisk patientbehandling ned på lavest muligt organisationsniveau. I denne proces fordeles også de udgifter, der er relateret til for eksempel administration, køkken og rengøring på sygehuset, på de enkelte afdelinger el. lign., hvor patientkontakterne er oprettet. På den måde opgøres de samlede udgifter i forbindelse med somatisk patientbehandling.

Disse oplysninger anvendes herefter til dannelsen af *den såkaldte patientrelaterede omkostningsdatabase*, hvor oplysninger om aktivitet og udgifterne ved patientbehandlingen kobles på patientniveau. De omkostninger, der i fordelingsregnskaberne er ført ned på det lavest mulige organisatoriske niveau, fordeles på de enkelte patientkontakter på de offentlige sygehuse med udgangspunkt i en klinisk beskrivelse af den aktivitet, der er gennemført ved behandlingen af patienten under kontakten til sygehuset.

I omkostningsdatabasen fastsættes udgifterne ved patientrelaterede behandlingsydelser, således at den enkelte patients ressourceforbrug på et sygehus kan forklares. Sundhedsstyrelsen anvender disse data som grundlag for beregning af DRG- og DAGS-takster.

Omkostningerne ved de aktiviteter og ydelser, der udføres på sygehusene beregnes bl.a. gennem anvendelsen af pointsystemer. De indeholder en beskrivelse af det relative omkostningsforhold mellem forskellige aktiviteter og ydelser på sygehusene. Dette gøres på de områder, hvor der ikke på forhånd findes en markedspris for ydelserne. Det gælder eksempelvis inden for de tværgående serviceafdelinger som røntgen, laboratorier, blodbank mv., hvor pointsystemerne eksempelvis giver mulighed for at sammenligne omkostninger ved en almindelig røntgenydelse med omkostningerne for en MR-scanning.

Antallet af offentlige sygehuse, der har bidraget med fordelingsregnskaberne og ydelsesregistreringerne, fremgår af tabel 3.2. I 2000 skete dannelsen af omkostningsdatabasen på grundlag af oplysninger fra tre sygehuse. Antallet af offentlige sygehuse, der har bidraget til omkostningsdatabasen, er steget jævnt i de efterfølgende år. Siden 2004 har omkostningsdatabasen omfattet stort set alle de offentlige sygehuse. Det bemærkes, at der fra 2005 og frem er sket et fald i det absolutte antal sygehuse, der har bidraget til omkostningsdatabasen. Dette kan delvist forklares af organisatoriske ændringer, som har ført til sammenlægning af

---

<sup>12</sup> DRG-udvalget er et underudvalg til det nationale råd for sundhedsdokumentation. DRG-udvalget består af repræsentanter fra departementet for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, regionerne og KL.

sygehusenheder. Der er dog også sket et egentligt fald i dækningsgraden, dvs. andelen af sygehuse, der bidrager til omkostningsdatabasen for såvel stationære kontakter som ambulante besøg siden 2005.

**Tabel 3.2. Udviklingen i grundlaget for omkostningsdatabasen for offentlige somatiske sygehuse**

DRG-årgang	Antal sygehuse, der bidrager med data		Antal kontakter, der er dækket af basen	
	Stationære grupper	Ambulante grupper	Stationære kontakter	Ambulante besøg
2000	3	-	49.000	300.000
2001	10	6	193.000	683.000
2002	18	17	388.000	1.650.000
2003	25	25	384.000	2.800.000
2004	51	51	924.000	5.100.000
2005	49	49	985.000	6.500.000
2006	43	44	842.000	4.300.000
2007 (2004-5)	42	-	1.080.000	5.650.000
2007 (2005-6)	27	-	899.000	4.300.000
2008 (2005-6)	47	47	934.887	5.423.721
2008 (2006-7)	26	26	552.837	3.640.738
2009 (2006-7)	30	31	692.793	4.941.099
2009 (2007-8)	29	29	702.727	4.824.623

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Som det fremgår af tabel 3.2, indeholder omkostningsdatabasen for 2007 og frem oplysningerne for to på hinanden følgende år. Dette blev indført med henblik på at forsøge at dæmpe svingningerne i DRG-taksterne fra år til år.

Sideløbende med indberetningerne af fordelingsregnskaberne indberetter samtlige sygehuse tillige de såkaldte *tilrettede driftsudgifter*, som er en ensretning og tilpasning af sygehusenes endelige regnskaber. Tilpasningen af sygehusenes driftsudgifter har til formål at fastlægge de direkte patientrelaterede udgifter på sygehusniveau. Det betyder bl.a., at udgifter til kapital, husleje og visse forskningsudgifter, samt udgifter, som sygehuse har for levering af ydelser i praksissektoren, ikke medtages. De tilrettede driftsudgifter anvendes til at fastlægge niveauet for taksterne via fastlæggelse af den såkaldte *kronværdi*, der er udtryk for de gennemsnitlige udgifter ved en sygehusudskrivning.

De tilrettede driftsudgifter anvendes derudover også i forbindelse med de løbende produktivetsopgørelser, hvor de udgør nævnerne i produktivetsbrøken som udtryk for den bevilling, som sygehuse har fået. I produktivetsopgørelserne sammenholdes de tilrettede driftsudgifter med den produktionsværdi, som sygehuset har været i stand til at levere. Er bevillingerne lavere end den producerede værdi, fremstår sygehuset som produktivt.

## Proces for aflevering af fordelingsregnskab

Tidsfristerne for afleveringerne af sygehusenes fordelingsregnskaber fremgår af boks 3.6.

Boks 3.6. Proces for aflevering af fordelingsregnskab		
Ansvarlig	Indhold	Frist
Regionerne/ sygehusene	Deadline for indlevering af fordelingsregnskab efter aftalt format og metode.	Ultimo april
Regionerne/ sygehusene	Deadline for indlevering af fordelingsregnskab for de sygehuse, der ikke nåede april-indberetningen til brug for det kommende års beregninger.	1. december

Der er deadline for indberetning af fordelingsregnskaber ultimo april hvert år. For de sygehuse, der ikke når at indberette i april, er der mulighed for at indberette 1. december samme år. Disse sygehuse medtages for at sikre størst mulig dækning og stabilitet ved den efterfølgende takstberegning, hvor der indgår fordelingsregnskaber for de foregående to år.

### DRG-vægt

Beregningen af DRG-takster for det samlede sygehusforløb sker på grundlag af den patientrelaterede omkostningsdatabase, hvor aktiviteten på sygehusene kobles med omkostninger. Oplysninger om den omkostningsbærende aktivitet findes i LPR og de supplerende registeroplysninger mv. som beskrevet ovenfor, og udgangspunktet for belysningen af omkostningerne er afspejlet i sygehusenes fordelingsregnskaber. Når aktivitet og omkostninger er opgjort på sammenlignelige organisatoriske niveauer, er det muligt at koble de to og beregne enhedsudgifter pr. sengedag og ambulante besøg ved patientkontakterne.

Ydelsesudgifter fra de tværgående afdelinger (fx røntgen eller blodbank) fordeles herefter ved hjælp af en udgiftsvægtning ud fra pointsystemer. Udgifterne til sengedage og besøg lægges sammen med ydelsesudgifter og de direkte patientrelaterede udgifter i form af implantatudgifter mv., således at der beregnes en samlet udgift for hele patientens kontakt med sygehuset. Det kan være enten en stationær kontakt eller et ambulante besøg. Herefter grupperes observationerne i omkostningsdatabase med hjælp af grupperingslogikken, og udgifterne for alle patienterne i hver gruppe lægges sammen og divideres med antallet af patienter i de pågældende grupper. Dette gennemsnit afspejler den gennemsnitlige patients ressourceforbrug inden for den givne ambulante eller stationære gruppe.

For de stationære patienter ligger dette ressourceforbrug til grund for fastlæggelsen af en DRG-vægt for den pågældende DRG-gruppe. Vægten beregnes som forholdet mellem den relative gennemsnitsudgift pr. sygehusudskrivning for den enkelte DRG-gruppe i forhold til det samlede gennemsnit over alle grupper.

### Boks 3.7. Beregning af DRG-vægt

Formlen for beregning af en given DRG-vægt i omkostningsdatabase er:

$$\text{DRG-vægt} = \frac{\text{Udgifter pr. sygehusudskrivning i DRG-gruppen}}{\text{Udgifter pr. sygehusudskrivning i alle grupper}}$$

En DRG-vægt på mere end 1 angiver, at denne DRG-gruppe er mere udgiftstung end den gennemsnitlige DRG-gruppe, mens en DRG-vægt på under 1 angiver, at DRG-gruppen er mindre udgiftstung end gennemsnittet.



Arbejdet med fastlæggelsen af DRG-vægtene sker i direkte tilknytning til beregningen af DRG-taksterne. Processen for fastlæggelsen af disse takster er beskrevet i boks 3.11.

### Kroneværdi

Som nævnt ovenfor indberetter regionerne og sygehusene de tilrettede driftsudgifter sideløbende med fordelingsregnskaberne. Det sker, fordi indberetningerne af fordelingsregnskaberne ikke foretages af alle de offentlige sygehuse, og fordi at indholdet i de nuværende regnskaber ikke muliggør en præcis afgrænsning af driftsudgifterne ved patientbehandlingen.

For at sikre, at DRG-taksten for DRG-gruppen med DRG-vægten 1 tildeles den faktiske gennemsnitsudgift – og ikke den udgift, der alene er fastsat på baggrund af oplysninger i omkostningsdatabasen, beregnes der en såkaldt kroneværdi til at oversætte den beregnede DRG-vægt til et udgiftsmål. Det sker ved, at de samlede driftsudgifter ved stationær sygehusbehandling på landsplan (kroneværdigrundlag) divideres med antallet af sygehusudskrivninger på landsplan, *jf. boks 3.8*. De samlede driftsudgifter til det stationære område bestemmes med udgangspunkt i de tilrettede driftsudgifter.

#### Boks 3.8. Beregning af kroneværdien

Formlen for beregning af kroneværdien:

**Kroneværdien = kroneværdigrundlag/ antal stationære sygehusudskrivninger**

Kroneværdien angiver dermed den landsgennemsnitlige udgift ved en stationær sygehusudskrivning. I 2009 udgør kroneværdien 28.037 kr.<sup>13</sup>. Kroneværdien normerer DRG-taksternes niveau for de stationære patienter, idet kroneværdien indgår i beregningen af taksterne.

### Proces for beregning af kroneværdi

Processen for beregningen af den årlige kroneværdi fremgår af boks 3.9.

#### Boks 3.9. Proces for beregning af kroneværdi

Ansvarlig	Indhold	Frist
Sundhedsstyrelsen	Udsendelse af endelig vejledning til sikring af ensartede tilrettede driftsudgifter.	1. marts
Regionerne/sygehusene	Deadline for indberetning af regnskabstal.	Ultimo april
Sundhedsstyrelsen	Kroneværdien beregnes til første takstberegning. Indberetningerne gennemgås af revisionsfirma. Værdien kan ændres som følge af nye oplysninger ved revisionsgennemgangen frem mod den endelige takstfastsættelse.	Medio juni

### 3.7. Takstberegning

Beregningen af DRG- og DAGS-taksterne tager udgangspunkt i de ovennævnte udgifter til patientbehandling, som indberettes af sygehusene.

<sup>13</sup> Sundhedsstyrelsen, *Takstsystem 2009 – Vejledning* (januar 2009)

Inden for hver gruppe vil der være patienter, der er billige at behandle. Andre vil være dyrere. DRG- og DAGS-taksterne skal afspejle sygehusenes gennemsnitlige driftsudgifter til behandling af patienter i de forskellige DRG- og DAGS-grupper.

DRG- og DAGS-taksterne er således udtryk for gennemsnitsbetragtninger for behandlingen af somatiske patienter i hele landet. For de enkelte sygehuse kan omkostningerne ved behandlingen af nogle patienter i gennemsnit være henholdsvis højere eller lavere end taksten. Det kan skyldes dels, at der er forskel i produktiviteten mellem sygehusene, dels at der på trods af grupperingen forsat kan være forskel på *case-mix* (patient-tyngde) og behandlingsbehov i forhold til den enkelte patient inden for de enkelte DRG-grupper.

På landsniveau antages det dog, at forskellene mellem DRG-taksten og de faktiske udgifter forbundet med de enkelte patientbehandlinger udjævnes af "store tals lov", således at regionerne i gennemsnit får dækket deres udgifter til behandling af patienterne i de enkelte grupper. De store tals lov gælder dog i mindre omfang for specialhospitaler og mindre enheder, og disse er derfor i højere grad følsomme for svingninger i takstniveauet. Dermed er det regionernes ansvar at sikre, at sygehusene har et tilstrækkeligt økonomisk grundlag til at opretholde de aktiviteter, som skønnes nødvendige.

For hver DRG-gruppe er der fastsat et øvre trimpunkt, der afgrænser de patientforløb, som har en normal varighed, fra de såkaldte "langliggerere", som er patienter, der er indlagt i væsentlig længere tid end gennemsnittet. Der afregnes en særlig takst for disse patienter. Der er ikke fastsat noget nedre trimpunkt.

#### **DRG-takster**

DRG-taksterne for stationære patienter beregnes ved at multiplicere DRG-vægten med Kroneværdien, *jf. boks 3.10* nedenfor.

##### **Boks 3.10. Beregning af DRG-takst**

Formlen for beregning af en given DRG-takst er:

$$\text{DRG-takst} = \text{DRG-vægt} \times \text{Kroneværdien}$$

DRG-vægten udtrykker patientgruppens relative ressourcetræk og tyngde (*case-mix*), mens Kroneværdien angiver den landsgennemsnitlige udgift ved en stationær sygehusudskrivning, *jf. ovenfor*. Dermed er DRG-taksten udtryk for den gennemsnitlige udgift for en patient inden for den pågældende DRG-gruppe.

#### **DAGS-takster**

DAGS-taksterne for ambulante patienter beregnes som rene gennemsnit af de samlede omkostninger for alle patienter i den pågældende gruppe divideret med antallet af ambulante besøg i gruppen. De ambulante takster beregnes direkte som gennemsnittet af de omkostninger, der er angivet i omkostningsdatabasen. De regnes således "lige på" uden anvendelse af vægte mv. *jf. boks 3.11*.

##### **Boks 3.11. Beregning af DAGS-takst**

Formlen for beregning af en given DAGS-takst er:

$$\text{DAGS-takst} = \frac{\text{Samlede omkostninger i DAGS-gruppe}}{\text{Antal ambulante besøg i DAGS-gruppe}}$$

Det har i forskellige sammenhænge været diskuteret, om det eksisterende DRG-system afspejler det rette forhold mellem de omkostninger, der er forbundet med hhv. ambulante og stationære aktiviteter.

I den nuværende beregningsmetode fastsættes forholdet i første omgang ved, at de samlede udgifter til ambulante aktiviteter beregnes på baggrund af oplysningerne i Omkostningsdatabasen. Dernæst beregnes udgifterne til den stationære aktivitet som en residual ved at fratække de ambulante udgifter sammen med udgifterne til "langliggere" mv. fra de samlede driftsudgifter til det somatiske sygehusvæsen. Gennem denne beregning bliver den andel af de samlede udgifter, der anvendes til ambulante aktiviteter, på 37 pct. En tilsvarende beregning, hvor både udgifterne til ambulante og stationære aktiviteter beregnes direkte på baggrund af de oplysninger, der indgår i sygehusenes fordelingsregnskaber, giver en ambulante andel på 36 pct.

Det antages derfor, at det nuværende forhold mellem den ambulante og stationære aktivitet er retvisende og ikke medfører væsentlige skævheder i brugen af systemet. Udviklingen i forholdet mellem udgifter, der er forbundet med henholdsvis ambulante og stationære aktiviteter, vil løbende blive fulgt af DRG-udvalget.

### Gråzone-takster

For behandlinger, der kan foretages både ambulante eller stationært er der fastsat gråzone-takster, som har til formål at give sygehusene incitament til at reducere indlæggelsestiden, fx ved at overgå til ambulante behandling. Den anvendte model til beregning af gråzone-takster bestemmer en takst for gråzone DRG-grupperne, som tager højde for fordelingen mellem behandlinger foretaget under indlæggelse eller ved et ambulante besøg. Vægtningen mellem henholdsvis taksten for de ambulante besøg og taksten for de indlagte patienter tager således udgangspunkt i den faktiske fordeling af gråzone-besøg. Taksten fastsættes derfor lavere end prisen for en egentlig indlæggelse, men højere end prisen for et ambulante besøg. Gråzone DRG-grupperne er karakteriserede ved, at taksten er ens, uanset om behandlingen foregår ambulante og/eller under indlæggelse.

Gråzone-taksten beregnes som et vægtet gennemsnit af taksterne for behandlinger foretaget ved et ambulante besøg og indlæggelse, *jf. boks 3.12*. Da der afregnes den samme takst for stationære og ambulante behandling, giver gråzone-taksten incitament til at omlægge fra stationære behandling til ambulante behandling. Det skyldes, at ambulante kontakter er forbundet med færre omkostninger for sygehusene end indlæggelser. Dermed vil sygehusene alt andet lige få en bedre afregning i forhold til de omkostninger, der er forbundet med produktionen ved at omlægge til ambulante behandling.

#### Boks 3.12. Beregning af gråzone-takst

Formlen for beregning af en given gråzone-takst er:

$$\text{Gråzone-takst} = \frac{(\text{Antal}_{\text{DRG}} \times \text{DRG-takst}) + (\text{Antal}_{\text{DAGS}} \times \text{DAGS-takst})}{\text{Antal}_{\text{DRG}} + \text{Antal}_{\text{DAGS}}}$$

Beregningsmetoden for gråzone-taksten indebærer, at taksten reduceres, når antallet af ambulante behandlinger øges, idet taksten for ambulante besøg (DAGS-taksten) vil få en stigende vægtning i formlen. Det vil således give yderligere incitament til at omlægge til ambulante behandling. Dermed vil gråzone-taksten på sigt nærme sig den ambulante takst. Når der ikke længere er stationære aktiviteter i en gråzone-gruppe, vil gråzone-taksten blive erstattet af en ambulante takst. Der findes dog endnu ikke eksempler på, at dette er sket.

### Proces for takstberegning

På samme måde som for grupperingens vedkommende fastlægges taksterne for et kalenderår ad gangen. De genberegnes hvert år med henblik på at afspejle ændringerne i omkostningerne ved de enkelte behandlinger mellem årene gennem udviklingen i den medicinske teknologi, *jf. boks 3.13*.

**Boks 3.13. Proces for takstberegning**

<b>Ansvarlig</b>	<b>Indhold</b>	<b>Frist</b>
Takstfølgegruppen <sup>1</sup>	Fremlæggelse af plan for takstberegningen, herunder diskussion af takster som ikke forventes at blive bestemt ud fra omkostningsdatabasen.	Primo marts
Sundhedsstyrelsen	Dialog med sygehusene om fordelingsregnskaber og deres anvendelse til dannelse af omkostningsdatabasen.	Ultimo maj
Sundhedsstyrelsen	Grundlag for takstberegning gennemgås maskinelt og manuelt. Særligt høje og lave behandlingsomkostninger fjernes fra skønsmæssige vurderinger af Sundhedsstyrelsen. I visse tilfælde understøttes vurderingerne af statistiske spredningsmål mv. Herefter dannes første takstudkast. Takstudkastet samt dokumentation og konsekvensberegninger sendes i høring i regionerne, i Takstfølgegruppen og i de kliniske selskaber. Regionerne får adgang til de fordelingsregnskaber, en række omkostningsanalyser og omkostningsdatabasen, der har dannet grundlag for taksterne på eSundhed.	Primo juli
Regionerne/ sygehusene	Deadline for taksthøringen.	Medio september
Takstfølgegruppen <sup>1</sup>	Diskussion af hvilke høringssvar, der skal imødekommes, samt diskussion af, hvorledes eventuelle forslag fra regionerne og sygehusene til takster, der ikke kan beregnes ved brug af omkostningsdatabasen, skal indarbejdes. DRG-udvalget orienteres og inddrages i beslutningsprocessen.	Ultimo september
Sundhedsstyrelsen	Takstudkast bearbejdes i henhold til de indkomne høringssvar og diskussionen i Takstfølgegruppen.	Oktober
Sundhedsstyrelsen	Endelige takster offentliggøres og sendes til KL, regionerne, Takstfølgegruppen og de kliniske selskaber sammen med dokumentationen, konsekvensberegningen og tilbagemeldingen på høringssvarene.	Ultimo oktober

<sup>1</sup> Takstfølgegruppen består af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, regionerne og sygehusene.

Som det fremgår af boks 3.13 er takstberegningerne baseret på aktivitets- og økonomioplysninger fra regionerne og sygehusene. Sundhedsstyrelsens opgave er i denne forbindelse at forestå det praktiske arbejde med indsamlingen, bearbejdningen og formidlingen af taksterne og det bagvedliggende datagrundlag. I forbindelse med bearbejdningen af data foretages der en manuel gennemgang og justering af beregningsgrundlaget, herunder fx sletning af meget lave og høje behandlingsomkostninger mv., som skyldes fejl el.lign. i dataindberetningen.

I de tilfælde, hvor det ikke er muligt at fastlægge en takst på grundlag af oplysningerne i omkostningsdatabasen, fastlægges taksterne gennem målrettede ABC-analyser eller omkostningsstudier eller i dialog mellem Sundhedsstyrelsen, regionerne, sygehusene og/eller de klinisk videnskabelige selskaber.

### Boks 3.14. ABC-metoden

ABC-metoden består overordnet af fem begreber:

- Ressourcer: "Det vi bruger" (omkostningerne i regnskabet)
- Aktiviteter: "Det vi gør" (f.eks. 'visitation, patientbehandling, forskning eller uddannelse')
- Kostobjekter: "Det vi producerer" (f.eks. 'Behandling af hoftefraktur eller indsættelse af protese')
- Ressourcetreivere: Fordelingen af ressourcer på aktiviteter
- Aktivitetsdrivere: Fordeling af aktiviteter på kostobjekter



En ABC-analyse resulterer i en opgørelse af de fulde gennemsnitlige omkostninger, der er medgået til at udføre de enkelte ydelser (kostobjekter).

I modsætning til ad hoc opgørelser af omkostningerne ved enkelte ydelseskoder fx baseret på tidsstudier og gennemsnitlige timelønninger, er der i en ABC-analyse sikkerhed for, at alle afdelingens omkostninger bliver fordelt til de enkelte ydelsestyper.

Ved at inddrage 'aktiviteterne' i analysemodellen fås endvidere i forhold til andre former for *full-cost* fordelinger dels en langt mere præcis og retvisende fordeling, dels et meget handlingsorienteret beslutningsgrundlag, idet korrigerende handlinger kan iværksættes direkte i forhold til de identificerede aktiviteter.

I praksis er der gennemført ABC- studier inden for radiologien, laboratorieydelse, intensiv behandling, stråleterapi, forebyggelse mv.

Den endelige beslutning om, hvilke stationære og ambulante takster der udmeldes, træffes af Sundhedsstyrelsen efter behandling i Takstfølgegruppen (jf. boks 3.13).

### 3.8. Formidling af data på DRG-området

Data på DRG-området formidles gennem Sundhedsstyrelsens system eSundhed, der er opbygget til formidling af afregnings- og betalingsstrømme og den bagved liggende aktivitet. I sin nuværende form sker formidlingen i et lukket system via Sundhedsdatanettet, hvor adgang forudsætter digital signatur. Ansvar for, hvem der har adgang på systemets forskellige detaljeringsniveauer, er decentraliseret. Det er således i princippet den enkelte regions sundheds- og kommunaldirektør, der beslutter, hvilke medarbejdere der har adgang til systemet.

En af de centrale dele af eSundhed er håndteringen og formidlingen af det fælles datagrundlag for afregningen på sundhedsområdet. Ved implementeringen af finansieringsreformen på sundhedsområdet den 1. januar 2007 indgik Amtsrådsforeningen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet en aftale om, at Sundhedsstyrelsen havde ansvar for udvikling, vedligeholdelse og drift af dette fælles datagrundlag. En af opgaverne var i denne forbindelse at sikre, at alle relevante parter i stat, regioner og kommuner havde samtidig adgang til data.

For at imødekomme disse krav er eSundhed opbygget på en sådan måde, at oplysningerne stilles til rådighed en gang om ugen gennem opdatering af sygehusenes aktivitet (DOS) og en gang om måneden i forbindelse med beregningen af afregnings- og betalingsstrømmene mellem kommunerne og regionerne.

Oplysningerne indeholder værdi- og aktivitetsbeskrivelse fra de månedlige målinger til brug for de statslige aktivitetspuljer, mellemregional afregning, sygesikringsdata og data om den kommunale (med)finansiering. På disse områder stilles grunddata til rådighed for regionerne med henblik på, at regionerne kan foretage kontrolberegninger, revision og indarbejde oplysningerne i egne informationssystemer.

I relation til den kommunale (med)finansiering blev systemet med aggregerede data bygget op for at kunne imødekomme kommunernes behov for overblik over grundlaget for afregning af den kommunale medfinansiering mv. For at understøtte kommunernes mulighed for at varetage deres opgaver på sundhedsområdet i forhold til regionerne udbygges disse aggregerede data med oplysninger fra de kommunale omsorgs- og arbejdsmarkedssystemer løbende gennem 2009.

Sideløbende med formidlingen af data i tilknytning til det fælles datagrundlag for afregning vil der ske en øget formidling af aggregerede oplysninger fra Omkostningsdatabasen gennem eSundhed. Gennem disse oplysninger vil det være muligt for regionerne at se de indberettede fordelingsregnskaber, og fordelingen af udgifterne på sengedags- og besøg og tværgående serviceydelser i form af radiologi mv. for hver DRG- og DAGS-gruppe. Dermed vil det være muligt at sammenligne enhedsomkostningerne for DRG- og DAGS-grupper mellem sygehusene o. lign.

I 2009 vil adgangen til data blive yderligere udbygget. De data, der anvendes til opgørelse af sygehusenes produktivitet, vil således blive tilgængelige til eventuelt lokalt brug, og det er eksempelvis aftalt, at LPR skal stilles til rådighed for regionerne i sin grundform gennem eSundhed.

# 4. Serviceeftersyn af DRG-systemet

## 4.1. Sammenfatning

I kapitel 3 blev der givet en beskrivelse af DRG-systemet, herunder aktivitets- og omkostningssiden samt de arbejdsgange, der knytter sig hertil. Formålet med kapitel 3 var bl.a. at danne afsæt for et "serviceeftersyn" af DRG-systemet.

I dette kapitel foretages et serviceeftersyn af DRG-systemet, hvor formålet er at identificere problemstillinger eller uhensigtsmæssigheder i forhold til DRG-systemet, herunder også i forhold til baggrundsdata, metode, formidling og anvendelse. Kapitlet har således til formål at belyse, om der inden for de nuværende rammer for DRG-systemet er forhold og arbejdsgange mv., som kan fungere mere hensigtsmæssigt. Med udgangspunkt i serviceeftersynet opstilles arbejdsgruppens anbefalinger til håndtering af de forskellige problemstillinger ud fra overordnede hensyn til at sikre et stabilt driftsgrundlag samt de konkrete styringsbehov i regionerne og på sygehusene.

Kapitel 4 er struktureret på samme måde som kapitel 3, således at der først gennemgås problemstillinger, der vedrører aktivitetssiden. Dernæst adresseres problemstillinger, der vedrører grupperingen, omkostningssiden og takstberegningerne, (jf. også figur 3.1.).

Der opstilles en række anbefalinger på baggrund af serviceeftersynet af DRG-systemet. Den konkrete udmøntning af og opfølgning på disse anbefalinger vil kunne ske i DRG-udvalget mv.

I boks 4.1-4.4 er der foretaget en overordnet sammenfatning af arbejdsgruppens anbefalinger vedr. serviceeftersynet af DRG-systemet. Der henvises til de enkelte afsnit for arbejdsgruppens anbefalinger i deres helhed.

### Boks 4.1. Anbefalinger vedr. serviceeftersyn

Arbejdsgruppen finder generelt, at der skal fokus på en præcis registrering og dokumentation af omkostninger og aktivitet som et væsentligt element i styringen af sygehusvæsenet.

Arbejdsgruppen anbefaler, at

- Data om afregning suppleres med aktivitetsdata mv. fra bl.a. Landspatientregisteret og stilles til rådighed for regionerne i en systematisk form, jf. afsnit 4.2.
- Sundhedsstyrelsen fra 2009 tager initiativ til at sikre en mere entydig registrering af sygehusenes aktivitet, bl.a. gennem udbredelse af specialespecifik registrering samt en tilpasning af definitionen af ambulante og stationære besøg, jf. henholdsvis afsnit 4.4.3 og afsnit 4.4.4.
- Sundhedsstyrelsen fortsat arbejder på at sikre stabilitet i leverancen af aktivitetsoplysninger i løbet af 2009, jf. afsnit 4.4.5.
- Arbejdet med sygehusenes fordelingsregnskaber opprioriteres, og at der arbejdes mod at ensrette sygehusenes fordelingsregnskaber med henblik på at skabe et bedre grundlag for takstberegning-

gen og en øget sammenlignelighed på tværs af sygehusene, jf. afsnit 4.5.1.

- Der udarbejdes en plan for at foretage en mere præcis fordeling af udgifterne til akutberedskab samt til de udgifter, der fordeles på patienten eller tværgående serviceydelser mv., jf. henholdsvis afsnit 4.5.2 og jf. afsnit 4.5.3.
- Der sker en øget anvendelse af ABC-analyser med henblik på at vedligeholde de eksisterende pointsystemer og udvikle nye pointsystemer i de tilfælde, hvor behandlingsudgifterne ikke kan udledes af omkostningsdatabasen. Der skal til brug herfor udarbejdes en standardmodel for ABC-analyser, jf. afsnit 4.5.4.
- Alle sygehuse indberetter deres fordelingsregnskab til brug for dannelsen af omkostningsdatabasen inden for én fastsat tidsfrist fra 2010, samt at Sundhedsstyrelsen fra 2010 stiller omkostningsdatabasen til rådighed for regionerne, jf. afsnit 4.5.5.
- Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at sikre, at der sker en statistisk formidling af baggrundsdata for de årlige ændringer i taksterne, jf. afsnit 4.5.6.
- Sundhedsstyrelsen fastlægger en obligatorisk standardprocedure ved fremsættelse af forslag til ændringer i DRG-systemets gruppering, som kan træde i kraft fra 1. september 2009, jf. afsnit 4.6.1.
- Der fra 2010 ikke afregnes for patientkontakter, der er kodet forkert eller mangelfuldt, jf. afsnit 4.6.2.
- Sundhedsstyrelsen fremover oplyser om, hvilke kriterier der lægges til grund for beslutninger om ændringer i DRG-systemets gruppering, jf. afsnit 4.6.3.
- Processen for grupperingslogikken tilpasses, således at DRG-udvalget orienteres på samme tidspunkt, som grupperingslogikken sendes i høring på udvalgte sygehuse, jf. afsnit 4.6.4.
- Muligheden for at foretage tilpasninger i de beregningsrutiner, der knytter sig til takstberegningerne med henblik på en eventuel justering af de årlige takstændringer, undersøges nærmere af Sundhedsstyrelsen. Modellerne for en eventuel tilpasning af beregningsrutinerne skal forelægges DRG-udvalget til drøftelse i efteråret 2009, jf. afsnit 4.7.1.
- DRG-udvalget undersøger muligheden for at fremrykke forarbejdet for takstberegningerne i regionerne og Sundhedsstyrelsen med henblik på, at der foretages en udmelding af taksterne inden sommerferien hvert år fra og med 2011, jf. afsnit 4.7.2.

#### **4.2. Generelle forudsætninger for anvendelse af DRG-systemet**

DRG-systemet indgår som grundlag for statens afregning af regionerne og i den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet. Desuden indgår DRG-systemet som led i regionernes løbende drift og økonomiske styring af sygehusene.

DRG-systemet og de bagvedliggende informationer anvendes således på forskellige niveauer på sundhedsområdet. På et administrativt niveau anvendes det både centralt af staten til afregningsformål og lokalt af regionerne, sygehusledelsen og afdelingsledelsen til at understøtte driften og den økonomiske styring af sygehusene. Alle regionerne har således opbygget takststyringsmodeller, ledelsesinformationssystemer el. lign, der bl.a. baserer sig på DRG-systemet. Samtidig anvendes det på et fagligt niveau af det kliniske personale på sygehusene, dvs. læger, sygeplejersker mv. Den tætte brug af systemet forudsætter, at de systemer, der giver regionerne og sygehusene adgang til data fra DRG-systemet mv., har en høj kvalitet, og at de er stabile, rettidige og pålidelige, jf. boks 4.2.



#### Boks 4.2. Generelle forudsætninger for DRG-systemets anvendelse

- Kvalitet
- Stabilitet
- Rettidighed
- Tilgængelighed og formidling

De seneste års udvikling i anvendelsen af DRG-systemet trækker i retning af et stigende krav til kvaliteten og præcisionen i de data, der ligger til grund for taksterne. Det gælder både i forhold til den lokale anvendelse på sygehusene og med henblik på at sikre et fair samspil mellem de offentlige og private sygehuse. Det er således en vigtig forudsætning for anvendelsen af DRG-systemet, at kvaliteten af de data, der danner grundlag for systemet, er tilstrækkelig høj. Det indebærer, at både indberetning, bearbejdning og formidling af DRG-systemet skal være af en høj kvalitet. Målet er at sikre en tilstrækkelig høj kvalitet i såvel data som metode til at sikre, at DRG-systemet fortsat accepteres som grundlag for afregning og benchmarking mv. på sygehusområdet.

Der bør være stabilitet i de formidlingssystemer, der anvendes til videregivelse af aktivitets- og omkostningsdata. Denne stabilitet skal gælde både indhold i data og hyppighed i formidlingen. Den lokale anvendelse af DRG-systemet er påvirket af de løbende ændringer i systemet. Med henblik på at sikre et stabilt driftsgrundlag bør der desuden tilstræbes stabilitet i selve takstsystemet. Målet er at sikre en stabil drift i systemerne til formidlingen af data.

Rettidighed i formidlingen af oplysninger fra DRG-systemet er centralt, når DRG-systemet anvendes som grundlag for den lokale styring og planlægning i de forskellige ledelsesniveauer på sygehusområdet. Det bør således tilstræbes, at systemets brugere i videst muligt omfang løbende er sikret tidstro oplysninger om aktivitet og økonomi. Målet er, at brugerne skal have de senest tilgængelige og ajourførte oplysninger til rådighed, når de foretager et opslag eller et træk fra systemet.

Relevante data skal være tilgængelige og formidles til systemets brugere. Regioner og sygehuse bør således have adgang til aktivitets- og udgiftsdata, som ligger til grund for DRG-systemet, herunder de landsdækkende registre. Data skal være dokumenteret, og formidlingen skal sikre gennemsigtighed i indholdet for brugerne. Målet er, at de mest væsentlige ledelsesinformationer skal være tilgængelige, således at informationerne fra DRG-systemet kan indgå på linje med øvrige oplysninger i det samlede beslutningsgrundlag for allokeringer af ressourcer og styring og planlægning af den lokale aktivitet på sygehusområdet.

#### Anbefaling vedr. supplering af afregningsdata med data fra Landspatientregisteret

Arbejdsgruppen anbefaler, at data om afregning suppleres med aktivitetsdata mv. fra bl.a. Landspatientregisteret og stilles til rådighed for regionerne i en systematisk form.

#### 4.3. Identifikation af problemstillinger i forhold til DRG-systemets anvendelse

Det danske DRG-system er overordnet set velfungerende og understøtter de anvendelsesområder, der er beskrevet i kapitel 3. Det forhold, at Danmark som noget relativt unikt har sit eget DRG-system, giver i højere grad mulighed for at tilpasse systemet til danske forhold. Dette bidrager til at skabe en nærhed til de forskellige niveauer, der benytter DRG-systemet og giver dermed klinikere, sygehusledelser og sygehusadministrato-

rer god mulighed for at påvirke systemets opbygning. Samtidig er der god mulighed for løbende at håndtere problemstillinger af forskellig art. Disse mindre tilpasninger bør ske løbende og som udgangspunkt på baggrund af beslutninger i DRG-udvalget. Indimellem er der behov for, at der foretages en mere grundig gennemgang af DRG-systemet, hvilket dette serviceeftersyn er et udtryk for.

I de følgende afsnit diskuteres en række af de problemstillinger, der har været fremført af både regionale administratorer, sygehuse og ansvarlige for sygehusafdelinger med udgangspunkt i de generelle forudsætninger for DRG-systemets anvendelse, som er nævnt ovenfor. Overordnet set bør der være fokus på efterlevelse af forudsætningerne om kvalitet, stabilitet, rettidighed, tilgængelighed og formidling af DRG-systemets oplysninger til systemets brugere.

#### 4.4. Aktivitetssiden

I forhold til aktivitetssiden er der en række spørgsmål, der er centrale at adressere, *jf. boks 4.3*.

##### Boks 4.3. Spørgsmål vedr. aktivitetssiden

- Hvordan sikres det, at sygehusene har mulighed for at kvalitetssikre sine indberetninger af aktivitetsdata?
- Hvordan forbedres kvaliteten af de lokale aktivitetsoplysninger, som indberettes til de centrale registre?
- Hvilke aktiviteter skal medgå i takstberegningsgrundlaget?
- Hvordan kan sygehusenes registreringer af aktivitet forbedres?
- Hvordan sikres der stabilitet i leverancen af aktivitetsoplysninger?
- Hvordan sikres der rettidighed i formidlingen af afregningsoplysninger?
- Hvordan sikres det, at takstberegningsgrundlaget formidles til regionerne?

##### 4.4.1. Sygehusenes indberetninger af aktivitetsdata

De oplysninger, der indgår i de etablerede centrale registre, bliver fejlsøgt på forskellige niveauer. Regionerne og sygehusene bruger fx Sundhedsstyrelsens system LPR-fejl til at finde eventuelle fejl i sygehusenes indberetninger af aktivitetsdata og derefter foretage de nødvendige rettelser i indberetningerne. Der er dog i visse tilfælde blevet konstateret mangler i LPR-fejl systemet.

LPR-fejl er et system, som er med til at sikre kvaliteten af aktivitetsdata. Det er derfor vigtigt, at et støttesystem som LPR-fejl bliver prioriteret fra centralt hold. Herudover er det vigtigt, at systemet er tilgængeligt og funktionelt, så regionerne og sygehusene nemt har mulighed for at opdage og få rettet eventuelle fejl i indberetningerne fra de patientadministrative systemer. Sundhedsstyrelsen vil derfor udbedre manglerne gennem mere systematiske forretningsgange for LPR-fejl systemet, således at risikoen for fejl i systemet minimeres.

##### Anbefaling vedr. sygehusenes indberetninger af aktivitetsdata

Arbejdsgruppen konstaterer, at Sundhedsstyrelsen vil indføre mere systematiske forretningsgange i forbindelse med LPR-fejl systemet.

##### 4.4.2. Kvalitet af lokale aktivitetsdata

Der foretages i dag ikke en fejlsøgning af de data, der indsamles specifikt til brug for Sundhedsstyrelsens omkostnings- og takstberegninger efter bilaterale aftaler med regionerne og sygehusene ud over den kontrol, der kan være indbygget i de lokale systemer, hvor udtrækkene sker fra. Det gælder bl.a. for data fra de tværgående

de serviceafdelinger og de omkostningstunge patientydelser i form af implantater og medicin mv., som bruges til at beskrive de ydelser, der er givet til patienterne under kontakterne til sygehusene.

Den forventede øgede anvendelse af oplysningerne lokalt og centralt betyder, at det kan være hensigtsmæssigt i højere grad at kvalitetssikre informationerne.

#### Anbefaling vedr. kvalitet i lokale aktivitetsdata

Arbejdsgruppen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at etablere fejlsøgningsrutiner, der synliggør og kvalitetssikrer de oplysninger, der indsamles som supplement til Landspatientregisteret, og at resultatet formidles gennem eSundhed. Disse rutiner bør bygge på kendte og fælles accepterede retningslinjer for hvert dataområde. Initiativerne gennemføres inden udgangen af 2009.

#### 4.4.3. Specialespecifikke vejledninger om aktivitetsregistrering

De vejledninger og regler for sygehusenes registrering af aktivitet, som er beskrevet i *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter*, er ikke i alle tilfælde tilstrækkeligt entydige til at sikre en ensrettet registreringspraksis på tværs af landets sygehuse.

Desuden findes der ikke i alle tilfælde fælles vejledninger for, hvordan konkrete sygdomsforløb bør registreres. Det betyder, at to patienter med samme sygdom, som modtager samme behandling, kan være registreret forskelligt. De data, der indberettes af sygehusene til Sundhedsstyrelsen kan således være behæftet med en usikkerhed, der svækker sammenligneligheden af data på tværs af sygehusene. Forskelle i registreringspraksis vil endvidere kunne indebære forskelle i aktivitetsregistreringen og dermed også, afhængigt af den regionale afregningsmodel, påvirke sygehusenes/afdelingernes økonomi.

Erfaringer har vist, at entydige specialespecifikke registreringsvejledninger samt et øget fokus på korrekt registrering i regionerne og på sygehusene kan give en bedre validitet i data og forbedre indberetningerne til Landspatientregisteret<sup>14</sup>.

#### Anbefaling vedr. specialespecifikke vejledninger om aktivitetsregistrering

Arbejdsgruppen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen fra 2009 tager initiativ til en øget indsats for vejledning i aktivitetsregistrering, herunder udbredelse af specialespecifik registrering med henblik på en mere entydig registrering af sygehusenes aktivitet, samt at regionerne bidrager aktivt i arbejdet med at sikre korrekt registrering.

#### 4.4.4. Definition og registrering af ambulante og stationære besøg

Et ambulante besøg er ikke klart nok defineret i den eksisterende vejledning. Det medfører at der kan være tvivl om, hvordan det ambulante besøg skal registreres og dermed hvilken takst, der skal afregnes for besøget.

I henhold til *Fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter* kan et ambulante besøg indberettes i forbindelse med en patientkontakt, hvor stamafdelingen er involveret, og hvor en sundhedsfaglig uddannet person er til stede. Denne relativt brede definition indebærer, at selv meget korte kontakter med en sundhedsfaglig uddannet person som fx en blodtryksmåling, der foretages af en sygeplejerske efter en samtale med en læge, kan registreres som et separat ambulante besøg og dermed udløse en takst.

<sup>14</sup> Ugeskrift for læger 171/6, 2. februar 2009:404-408

Ligeledes er der en vis usikkerhed forbundet med definitionen af en indlagt patient, idet fællesindholdet blot definerer en indlagt patient som en "patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads"<sup>15</sup>.

#### Anbefaling vedr. definition og registrering af ambulante og stationære besøg

Arbejdsgruppen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at tilpasse definitionen af ambulante og stationære besøg med henblik på en mere entydig registrering af sygehusenes aktivitet fra 1. januar 2010.

#### 4.4.5. Stabilitet i formidling af aktivitetsoplysninger

Der har i løbet af 2008 været forsinkelser af den daglige opdatering af sygehusenes aktivitet (DOSA), således at formidlingen af aktivitetsoplysninger ikke er sket regelmæssigt.

På denne baggrund blev den daglige opdatering afløst af en fast ugentlig opdatering af sygehusenes aktivitet med virkning fra januar 2009. Dette har givet stabilitet i leverancerne af oplysninger om sygehusenes aktivitet.

Sundhedsstyrelsen har desuden fremlagt en *service level agreement* i DRG-udvalget, der nærmere beskriver tidsterminer og forretningsgange for, hvornår data for sygehusenes aktivitet gøres tilgængelige via eSundhed.

Der bør fortsat fastholdes fokus på rettidig og stabil drift af opdateringen af sygehusenes aktivitet. Der er med den nævnte *service level agreement* taget et væsentligt skridt i retning af at sikre stabil drift i leverancen af aktivitetsoplysninger.

#### Anbefaling vedr. stabilitet i leverancen af aktivitetsoplysninger

- Arbejdsgruppen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen fortsat arbejder på at konsolidere den opnåede stabilitet i forhold til leverancen af aktivitetsoplysninger, og at der skabes gennemsigtighed i processerne for eksterne brugere i løbet af 2009.
- Arbejdsgruppen konstaterer, at eventuelle fremtidige driftsmæssige problemstillinger vedr. leverancen af aktivitetsoplysninger kan tages op i regi af DRG-udvalget.

#### 4.4.6. Rettidig formidling af afregningsoplysninger

Hovedparten af de aktivitetsdata mv., der formidles via Sundhedsstyrelsens informationssystem eSundhed, og som danner grundlag for mellemregional afregning og kommunal medfinansiering, formidles rettidigt. I 2007 og 2008 har der dog været forsinkelser i de data, som danner grundlag for den mellemregionale afregning. Forsinkelserne i data for mellemregional afregning har medført en vis usikkerhed i den lokale økonomistyring.

Sundhedsstyrelsen har efter drøftelse med KL og Danske Regioner beskrevet mere præcise retningslinjer i en *service level agreement* for den kommunale medfinansiering. Aftalen beskriver, hvornår opgørelserne af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet vil være tilgængelige på eSundhed.

Desuden har Sundhedsstyrelsen efter drøftelse med Danske Regioner udarbejdet en *service level agreement* for den mellemregionale afregning i 2009. I aftalen er det beskrevet, hvornår Sundhedsstyrelsen fremsender data til brug for den mellemregionale afregning til regionernes driftsoperatør. Leverancerne til regionerne til brug for den mellemregionale afregning vil i løbet af 2009 blive lagt i en fast rutine, således at data fremsen-

<sup>15</sup> Sundhedsstyrelsen (2008): Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2009, s. 37

des én gang om måneden. I praksis gennemføres den mellemregionale afregning via CSC ScandiHealth, der modtager afregningsoplysningerne fra Sundhedsstyrelsen.

#### Anbefaling vedr. rettidig formidling af afregningsoplysninger

- Arbejdsgruppen konstaterer, at Sundhedsstyrelsen nu forpligtes af en *service level agreement* for både den kommunale medfinansiering og den mellemregionale afregning med henblik på at sikre en øget rettidighed i formidlingen af afregningsoplysninger. Aftalerne er drøftet med henholdsvis kommunerne og regionerne.

#### 4.5. Omkostningssiden

I forhold til omkostningssiden er der en række spørgsmål, der er centrale at adressere, *jf. boks 4.4*.

#### Boks 4.4 Spørgsmål vedr. omkostningssiden

- Hvordan kan kvaliteten af sygehusenes fordelingsregnskaber forbedres, således at opgørelser udarbejdes på en konsistent, dækkende og rettidig form?
- Hvordan sikres det, at udgifterne til akutberedskab fordeles mere præcist på tværs af DRG-grupperne?
- Hvordan kan de patientrelaterede udgifter i højere grad indarbejdes i taksterne?
- Hvordan kan formidlingen og anvendelsen af omkostningsdatabasens oplysninger forbedres?
- Hvordan kan årsagerne til ændringer i taksterne formidles mere systematisk til systemets brugere?

##### 4.5.1. Kvalitet i sygehusenes fordelingsregnskaber

Sygehusenes fordelingsregnskaber har en væsentlig betydning for kvaliteten af taksterne. I fordelingsregnskaberne kobles oplysninger om sygehusenes aktivitet med oplysninger om sygehusenes økonomi. Kvaliteten af fordelingsregnskaberne er imidlertid varierende på tværs af sygehusene.

En bedre kvalitet og en øget sammenlignelighed i sygehusenes fordelingsregnskaber vil kunne opnås gennem en række forskellige initiativer. For det første bør koblingen af oplysninger om aktivitet og økonomi ske på en ensartet måde. Det ville eksempelvis kunne ske ved, at Sundhedsstyrelsen og sygehusene udarbejder detaljerede manualer for hvert enkelt sygehus, der beskriver hvordan fordelingsregnskabet dannes med en synliggørelse af, hvordan kvaliteten kan sikres ved at anvende de eksisterende registreringer i størst muligt omfang, som støtte til de manuelle processer.

For det andet bør regionerne sikre en retvisende kobling af data. Sundhedsstyrelsen bistår regionerne med denne opgave og vil opprioritere denne indsats i samspillet med regionerne og sygehusene.

Danske Regioner har i samarbejde med regionerne og sygehusene i regi af Arbejdsgruppen vedrørende Forbedring og Ensretning af Registreringerne til Sundhedsstyrelsens Omkostningsdatabase med udgangspunkt i sygehusenes Fordelingsregnskaber (AFERSOF) udarbejdet en fælles metodik til ensretning af sygehusenes fordelingsregnskaber. Arbejdsgruppen blev etableret i 2007, fordi regionerne har et ønske om at øge sammenligneligheden, og en forventning om, at denne vil blive forbedret ved at ensrette de indberetninger til omkostningsdatabasen, der tager udgangspunkt i sygehusenes fordelingsregnskaber.

Arbejdsgruppens retningslinjer offentliggøres medio 2009 og vil kunne anvendes i det videre arbejde med at forbedre data.

## Anbefaling vedr. kvalitet i sygehusenes fordelingsregnskaber

Arbejdsgruppen finder, at der skal være fokus på en præcis registrering og dokumentation af omkostningerne som et væsentligt element i styringen af sygehusvæsenet. Nedenstående anbefalinger skal understøtte en mere præcis, dækkende og rettidig registrering.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der sker en opprioritering af arbejdet med sygehusenes fordelingsregnskaber, bl.a. ved at der udpeges en ansvarlig i regionerne til at forestå den lokale koordinering af arbejdet i samarbejde med en fast kontaktperson i Sundhedsstyrelsen.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der fortsat arbejdes mod at ensrette sygehusenes fordelingsregnskaber i matriceform med henblik på at skabe et bedre grundlag for takstberegningen og en øget sammenlignelighed på tværs af sygehusene. En konkret plan for dette arbejde forelægges DRG-udvalget i efteråret 2009.
- Arbejdsgruppen konstaterer, at Danske Regioner i samarbejde med regionerne og sygehusene har iværksat et arbejde med at ensrette sygehusenes fordelingsregnskaber. Anbefalingerne fra dette arbejde vil kunne inddrages i planen for det videre arbejde med at forbedre kvaliteten af sygehusenes fordelingsregnskaber.

### 4.5.2. Håndtering af udgifter til vagtberedskab og akut behandling

Det er blevet fremhævet som et problem, at akutudgifterne ikke er fordelt præcist nok på tværs af DRG-grupper. Både inden for og mellem DRG-grupper er der betydelig variation i omfanget af den akutte aktivitet. Ligeledes er der betydelig variation inden for og mellem specialer.

Dermed kan der opstå en skævhed mellem sygehusene og DRG-grupperne, fordi det er væsentligt dyrere at have et bemannet akutberedskab 24 timer i døgnet i forhold til en situation, hvor man et stykke tid i forvejen kan planlægge aktiviteten og dermed udnytte kapaciteten fuldt ud. Desuden er de planlagte patienter som udgangspunkt mindre komplicerede end de akutte patienter og dermed også mindre ressourcekrævende (jf. figur 4.1). I det offentlige sygehusvæsen håndteres problemet ved, at der opereres med en grundbevilling, der tager højde for akutforpligtelsen samt lavere takster for planlagt aktivitet.

Spørgsmålet er således, hvorvidt udgifterne for de akutte vagtberedskaber er knyttet til de rigtige patienter og dermed til de rigtige DRG-grupper. Hvis disse udgifter ikke henføres til de akutte patienter, vil det resultere i DRG-takster, hvor taksterne alt andet lige bliver undervurderet i forhold til særligt akuttunge DRG-grupper og overvurderet i forhold til de DRG-grupper, hvor patienterne i mindre grad indlægges akut.

I dag fordeles omkostninger forbundet med opretholdelse af akutberedskab i vid udstrækning på alle DRG-grupper. Med henblik på at få et bedre billede af udgifterne i de forskellige DRG-grupper er det relevant at få analyseret nærmere, hvorvidt udgifterne til akutberedskab kan fordeles mere præcist på de enkelte DRG-grupper og hvordan dette i givet fald kan gøres mest hensigtsmæssigt.

## Anbefaling vedr. håndtering af udgifter til vagtberedskab og akutte patienter

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i regi af DRG-udvalget gennemføres en analyse af mulighederne for at foretage en mere præcis fordeling af udgifter til akutberedskab på tværs af og inden for DRG-grupperne i sygehusenes fordelingsregnskaber.

### 4.5.3. Opgørelse af patientrelaterede udgifter

I dag knyttes omkostningstunge ydelser, herunder medicin- og implantatudgifter, ofte ikke direkte til de patienter, der modtager de givne ydelser. Det betyder, at de udgifter, der er forbundet med medicin, implantater og operationer mv., i stedet fordeles på samtlige patienter, der har været til behandling på de pågældende afdelinger. Dermed kommer udgifterne til at være båret af sengedage. Dette medfører, at DRG-taksterne bliver mindre retvisende.

Det skyldes, at indberetninger af ydelsesdata ikke er fuldt dækkende, og at der ikke anvendes de samme definitioner og metoder ved dannelsen af fordelingsregnskaberne på tværs af sygehusene. Det betyder bl.a., at fordelingsregnskaberne typisk ikke indgår i sygehusenes interne økonomistyring.

For alle sygehusene under ét var 29 pct. af de samlede udgifter fordelt på de enkelte patienter i 2007, mens de resterende 71 pct. af udgifterne var fordelt på sengedagene eller de ambulante besøg. Det betyder, at DRG-taksterne i overvejende grad er baserede på udgifter, der ikke kan henføres til selve behandlingen af patienter. Dermed er det vanskeligt at værdisætte de forskellige behandlinger.

Når fastsættelsen af DRG-taksterne i overvejende grad sker på baggrund af antallet af sengedage, vil tyngden i den enkelte DRG-gruppe primært afspejle liggetiden. Dette indebærer en risiko for at DRG-systemet reelt blot bliver et specialespecifikt sengedagstakstsystem, der ikke afspejler den reelle tyngdeforskel mellem patienterne på tværs af DRG-grupper.

For at sikre det bedst mulige takstsystem er det afgørende, at så mange omkostninger som muligt fordeles på den enkelte patient. I sagens natur vil udgifterne til pleje- og serviceydelser mv. – svarende til "hotelomkostningerne" – dog blive fordelt på baggrund af sengedage. I det omfang en given patientgruppe lægger særligt beslag på ressourcer i form af lønudgifter (som følge af en længere liggetid), implantater, medicin etc., er det imidlertid nødvendigt, at udgifterne som udgangspunkt fordeles på de relevante omkostningscentre for at få en så retvisende fordeling og takstfastsættelse som muligt (jf. bilag 5.1).

Med henblik på at sikre en større præcision i taksterne bør der arbejdes på at forbedre grundlaget for omkostningsdatabasen gennem en bedre fordeling af udgifterne i sygehusenes fordelingsregnskaber. Der er allerede taget initiativ til at udbygge beskrivelsen af patientbehandlinger på de enkelte sygehuse gennem en øget anvendelse af de eksisterende lokale registreringer af de ydelser, som patienterne har modtaget i forbindelse med diagnosticeringen og behandlingen. Oplysningerne fra de lokale systemer samles i centrale ydelsesregistre i Sundhedsstyrelsen. Der arbejdes bl.a. på at indarbejde sygehusenes eksisterende registreringer om implantater, medicin og operationer i disse ydelsesbeskrivelser. Dette arbejde er foregået i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, regionerne og sygehusene.

## Anbefaling vedr. opgørelse af patientrelaterede udgifter

Arbejdsgruppen anbefaler, at

- Sundhedsstyrelsen udarbejder en plan for, at flere udgifter fordeles på patienterne eller tværgående serviceydelser mv. og synliggør via benchmarks sygehusenes fordeling af udgifterne.
- Sundhedsstyrelsen udarbejder sammen med regionerne en prioritet plan for indsamling af oplysninger og særligt omkostningstunge patientrelaterede omkostninger, herunder udgifter til implantater, medicin og operationer til de enkelte patienter mv. Planen skal sikre, at indsamlingen af særligt omkostningstunge patientrelaterede omkostninger bliver landsdækkende fra starten af 2010.

### 4.5.4. Anvendelse af ABC-studier

Regionerne gennemfører i et begrænset omfang ABC-studier til brug for egen økonomistyring<sup>16</sup>. Disse bliver dog sjældent gennemført i en form, der gør, at de kan medgå til en generel forbedring af pointsystemerne, der bliver anvendt i forbindelse med fastlæggelse af omkostningerne i omkostningsdatabasen.

Når der er tale om ydelser, der ikke har en egentlig pris, beregnes omkostningerne for ydelserne gennem pointsystemer, der indeholder en opgørelse over det relative omkostningsforhold mellem de forskellige ydelser. Disse pointsystemer giver eksempelvis mulighed for at beregne omkostninger ved en almindelig røntgenydelse og sætte det i forhold til en MR-scanning. På nuværende tidspunkt findes der pointsystemer inden for en række områder, fx operationer, klinisk biokemi, diagnostisk radiologi, strålebehandling, genoptræning (fysiotherapi) mv.

De anvendte pointsystemer skal være tilstrækkelig pålidelige i "oversættelsen" af de kliniske ydelser til ressourcekrav. Pointsystemernes gyldighed er baseret på størrelse af den stikprøve, der har ligget til grund for deres udarbejdelse, og hvor tidstro de er. Hvis stikprøven ikke er tilstrækkelig stor, kan der være en vis risiko for, at beregningerne ikke baserer sig på et repræsentativt grundlag, og er de ikke rimeligt tidstro, vil de næppe afspejle det korrekte relative ressourceforbrug som følge af ændringerne i teknologiske muligheder.

I de tilfælde, hvor det ikke er muligt at få et dækkende billede af de omkostninger, der er forbundet med behandlingerne gennem de indsamlede oplysninger til omkostningsdatabasen, skal der aftales et forløb med systematiske og målrettede ABC-analyser, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen. Disse skal udarbejdes på en sådan måde, at de kan genbruges efter en aftalt periode.

Pointsystemerne bliver vedligeholdt via løbende ABC-studier, som gennemføres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med de deltagende sygehuse. Ved ABC-studier fokuseres især på analyser af de indirekte omkostninger, som har en variation i forhold til den mængde 'slutydelser', der produceres af organisationen/virksomheden.

Der pågår et arbejde i regi af Sundhedsstyrelsen med henblik på at sikre, at eksisterende ABC-studier kan genbruges. Formålet med dette arbejde er at nedbringe omkostningerne ved at foretage ABC-undersøgelser og dermed bidrage til, at der gennemføres flere studier og herigennem fås mere retvisende pointsystemer.

---

<sup>16</sup> Activity Based Costing (ABC) er en metode til analyse af omkostningsdannelsen i en organisation eller en virksomhed.



## Anbefaling vedr. anvendelse af ABC-studier

Arbejdsgruppen anbefaler, at

- Der arbejdes på at anvende systematiske og målrettede ABC-analyser til beregningen af omkostninger mv. for behandlinger, der ikke i tilstrækkelig grad er dækket af informationerne i omkostningsdatabasen. Processen herfor vil blive forelagt DRG-udvalget i efteråret 2009.
- Der udarbejdes en standardmodel for ABC-analyser, således at enhver analyse kan levere oplysninger til den enhed, hvor analysen bliver gennemført og samtidig kan indgå i kvalificeringen af de pointsystemer, der anvendes i omkostningsdatabasen.

### 4.5.5. Formidling af omkostningsdatabasens oplysninger

Der er fra regional side været efterspørgsel efter at få adgang til de data, som anvendes af Sundhedsstyrelsen i forbindelse med omkostnings- og takstberegninger. Det drejer sig om de grunddata, der indgår i beskrivelsen af de ydelser, der bliver givet til patienterne ved kontakterne til sygehusene, og som har været forbundet med et ressourcetræk. Disse oplysninger kan anvendes til belysning af klinisk adfærd og til synliggørelse af de omkostninger, der er forbundet med behandlingerne på den enkelte afdeling.

Disse data indsamles allerede af regionerne til brug for dannelsen af omkostningsdatabasen. Det er aftalt, at omkostningsdatabasen efterfølgende stilles til rådighed for regionerne som grundlag for lokal styring og planlægning. Denne formidling sker endnu ikke automatisk, men forudsætter en konkret anmodning fra medarbejdere i regionerne eller sygehusene. Den manglende automatiske adgang vurderes at have begrænset anvendelsen af data fra omkostningsdatabasen.

Når grunddata og de beregnede omkostninger er samlet i Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase, bør oplysningerne efterfølgende stilles til rådighed for regionerne og sygehusene gennem eSundhed. En sådan formidling bør indeholde pointsystemerne, fordelingsregnskaberne og selve omkostningsdatabasen, således at regionerne har mulighed for kontrol af de informationer, der ligger til grund for takstberegningerne og genberegning af de landsgennemsnitlige takster mv. Omkostningsdatabasen vil ligeledes kunne anvendes som led i en diskretionær tilpasning af disse takster til lokale omkostningsstrukturer, idet alle sygehusenes omkostningsstrukturer er synliggjort i forhold til landsgennemsnittet. Herudover indeholder systemet aggregerede oplysninger om omkostningerne ved behandlingen mellem sygehusene og DRG-grupper mv. Dette forudsætter selvfølgelig at sygehusene overholder fristen for indsendelse af fordelingsregnskaberne. Det skal i denne forbindelse fremhæves, at det af hensyn til et stabilt grundlag for udarbejdelsen af omkostningsdatabasen er vigtigt, at sygehusenes fordelingsregnskaber kun indsendes inden for én frist (jf. afsnit 3.6).

Der er imidlertid også et potentiale for at nyttiggøre oplysningerne fra omkostningsdatabasen yderligere. I samarbejde med Region Midtjylland er der igangsat et arbejde med at sikre, at der dannes en årlig regional omkostningsdatabase samtidig med, at den landsdækkende database bygges op. Erfaringerne fra dette arbejde vil blive nyttiggjort i udviklingen af den landsdækkende omkostningsdatabase. Foreløbigt har samarbejdet bl.a. resulteret i en udbygget forklaring på, hvilke elementer der påvirker ændringer i taksterne.

Sigtet er at øge gennemsigtigheden i omkostningsdatabasen og tilpasse den i højere udstrækning til de lokale behov. Det vil ske i dialog med regionerne og sygehusene efter en prioriteret liste, som udarbejdes i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og regionerne, og som drøftes i DRG-udvalget.

## Anbefaling vedr. formidling af omkostningsdatabasens oplysninger

Arbejdsgruppen anbefaler, at

- Alle sygehuse indberetter deres fordelingsregnskab til brug for dannelsen af omkostningsdatabasen inden for én fastsat tidsfrist fra 2010.
- Sundhedsstyrelsen fra 2010 stiller omkostningsdatabasen (ydelsesregistre m.v.), til rådighed for regionerne i forbindelse med takstberegningen efter en aftalt kadence, der er tilpasset de enkelte dataområder
- Erfaringerne fra det igangværende projekt med Region Midtjylland om omkostningsdatabasen nyttiggøres, og at de øvrige regioner orienteres, når projektet er afsluttet.

### 4.5.6. Formidling af årsager til ændringer i taksterne

Sundhedsstyrelsen udarbejder hvert år et nyt takstsystem. Erfaringsmæssigt ændrer takstsystemet sig fra år til år (jf. afsnit 4.7.1). Regionerne har ved forskellige lejligheder efterspurgt en forklaring på, hvilke faktorer der forårsager disse ændringer samt en synliggørelse af, hvilke faktorer der har størst betydning for ændringerne i de enkelte takster.

Der er forskellige årsager til, at taksterne ændrer sig. For det første baserer takstsystemet for ét år sig ikke på samme aktivitet og omkostningsoplysninger som takstsystemet for det følgende år (jf. figur 3.2). En ændret aktivitet og ændrede omkostninger ved de forskellige behandlinger på sygehusene vil således påvirke takstniveauet. Desuden kan den medicinske og den lægefaglige udvikling påvirke takstniveauet og det relative forhold mellem taksterne. Der er således en indbygget dynamik i DRG-systemet, der indebærer, at udviklingen i sygehusenes aktiviteter og omkostninger vil afspejle sig i taksterne.

For det andet er dannelsen af omkostningsdatabasen en kompliceret proces, som indebærer en kobling af oplysninger fra sygehusenes fordelingsregnskaber med en række aktivitetsoplysninger fra forskellige systemer. Derfor er en lokal forståelse på sygehusene af betydningen af omkostningsdata for takstberegningsprocessen vigtig i forhold til at sikre kvalitet og dermed stabilitet i omkostningsdatabasen. Det er således på det lokale niveau, dvs. sygehusene, at der er den største mulighed for at sikre stabilitet i taksterne.

For det tredje vil ændringer i grupperingslogikken føre til, at de konkrete patientforløb takseres forskelligt fra det ene år til det andet, hvis de henføres til en DRG-gruppe, der får en anderledes sammensætning og dermed en ændret takst (gennemsnitspris). Det vurderes dog, at grupperingsændringer har en relativt mindre effekt på takstniveauerne end de øvrige faktorer, herunder udviklingen i aktivitet og tyngde samt fordelingsregnskaber.

Generelt bør ændringer i de gennemsnitlige omkostninger i behandlingen af patienterne fra ét år til det følgende år i højere grad synliggøres, idet det vil give regioner og sygehuse et bedre grundlag for at vurdere, om takstændringer skyldes produktionsmæssige forandringer som følge af ny medicinsk teknologi mv., eller de skyldes fordelingsregnskaberne, ændret gruppering el. lign.

Statistisk formidling af årsagerne til takstændringer vil eksempelvis kunne ske ved, at der sker en statistisk formidling af årsagerne til ændringer i de gennemsnitlige omkostninger ved behandlingen af patienterne i enkelte DRG- og DAGS-grupper fordelt på sygehuse.

## Anbefaling vedr. formidling af årsager til ændringer i taksterne

Arbejdsgruppen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at sikre, at der sker en statistisk formidling af baggrundsdata for de årlige ændringer i taksterne.

### 4.6. Gruppering

I forhold til grupperingen er der en række spørgsmål, der er centrale at adressere, jf. boks 4.5.

#### Boks 4.5.5 Spørgsmål vedr. gruppering

- Ud fra hvilke kriterier skal ændringerne i grupperingen foretages?
- Hvordan kan fejlagtig og mangelfuld gruppering begrænses?
- Hvilke krav skal der stilles til forslag om ændringer i grupperingen?
- Hvordan kan formidlingen af ændringer i grupperingen forbedres?
- Hvordan kan de økonomiske konsekvenser af de årlige ændringer i gruppering gøres mere synlige for systemets brugere?

#### 4.6.1. Krav til ændringsforslag til DRG-systemets gruppering

I dag modtager Sundhedsstyrelsen løbende henvendelser vedr. forslag til ændringer i grupperingsnøglerne for de stationære og ambulante grupper. Henvendelserne modtages fra såvel regioner, sygehusledelser, klinikledelser, medicinske selskaber, enkeltpersoner, fx læger eller sekretærer, eller fra Sundhedsstyrelsens egen DRG-enhed. Henvendelserne er meget forskellige i forhold til, hvor gennearbejdede de er. Sundhedsstyrelsen henstiller som udgangspunkt til, at forslagsstillerne anvender den eksisterende standardformular til ændringer af grupperingsnøglen. I dag behandles forslagene dog også, selv om standardformularen ikke er udfyldt.

Der er behov for en mere formaliseret procedure for fremsendelsen af ændringsforslag til takstsystemet. Denne procedure vil kunne bestå i, at oprettelse af, nedlæggelse af eller ændring i stationær eller ambulante gruppe fremover forudsætter, at en standardformular til ændringsforslag er udfyldt. Denne standardformular er allerede tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, men det har hidtil ikke været obligatorisk at anvende den med fremsættelse af forslag til ændringer i DRG-systemets gruppering.

#### Anbefaling vedr. krav til ændringsforslag til DRG-systemets gruppering

Arbejdsgruppen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen fastlægger en obligatorisk standardprocedure ved fremsættelse af forslag til ændringer i DRG-systemets gruppering, som kan træde i kraft fra 1. september 2009.

#### 4.6.2. Afgrænsning af afregning for fejlagtig og mangelfuld gruppering

I dag afregnes der for aktivitet, der er grupperet i de såkaldte "skraldespandsgrupper" i DRG-systemet. Én af disse grupper indeholder fx patienter, hvor det er angivet, at de har modtaget en større operation, men hvor operationen er kodet uden sammenhæng med hoveddiagnosen. En anden gruppe indeholder patienter, som det ikke har været muligt at gruppere til andre grupper som følge af manglende oplysninger i kodningen. I den nuværende afgrænsning af DRG-systemets afregning værdisættes disse patienter og medregnes i sygehuses produktionsværdi for både offentlige og private sygehuse, selv om registreringerne er fejlagtige.

Det bør derfor overvejes at udelade patienter, der indgår i de ovennævnte og lignende restgrupper fra grupperingen som følge af mangelfuld og/eller fejlagtig kodning af patienterne. Det vil også indebære, at der ikke længere vil skulle afregnes for aktivitet i disse grupper. Det skal samtidig sikres, at systemet LPR-fejl er pålideligt, således at der er sikkerhed for, at der er tale om en fejlagtig eller mangelfuld kodning af oplysninger (jf. afsnit 4.4.1). Sundhedsstyrelsen sikrer at regionerne løbende får kendskab til de kodninger, der falder i restgrupperne med henblik på at give regionerne mulighed for at tilrette den mangelfulde kodning.

#### Anbefaling vedr. afgrænsning af afregning for fejlagtig og mangelfuld gruppering

Arbejdsgruppen anbefaler, at der fra 2010 ikke afregnes for patientkontakter, der er kodet forkert eller mangelfuldt. Den konkrete afgrænsning af, hvilke grupper der ikke længere skal afregnes, kan ske efter drøftelse i DRG-udvalget.

#### 4.6.3. Kriterier for ændringer i DRG-systemets gruppering

Det kan være vanskeligt at opstille entydige kriterier for ændringer i DRG-systemets gruppering, idet der vil være et skøn i vurderingen af, om grupperingen skal ændres. Umiddelbart bør ændringer i grupperingen dog foretages ud fra en vurdering af, om der er et tilstrækkeligt patientgrundlag for grupper indeholdende basisbehandling, og om omkostningerne for en ny gruppe afviger væsentligt fra den gruppe, de pågældende patienter udskilles fra. For grupper indeholdende behandlinger på højt specialiseret niveau vil der imidlertid ikke umiddelbart kunne stilles krav om størrelsen af patientgrundlaget. Dog bør omkostningerne for en ny gruppe afvige væsentligt fra den gruppe, de pågældende patienter udskilles fra.

Grupperingen på det ambulante område er under løbende udvikling og udbygning, hvorfor kriterierne for nye ambulante grupper kan være mere fleksible.

#### Anbefaling vedr. kriterier for ændringer i DRG-systemets gruppering

- Arbejdsgruppen konstaterer, at Sundhedsstyrelsen som central myndighed afgør, hvilke forslag til ændringer af grupperingen der implementeres i takstsystemet.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen fremover oplyser om, hvilke kriterier der lægges til grund for beslutninger om ændringer i DRG-systemets gruppering.

#### 4.6.4. Formidlingen af ændringer i grupperingen

Formidlingen af ændringer i grupperingen sker via Sundhedsstyrelsens hjemmeside gennem to værktøjer: Visual DkDRG og Interaktiv DkDRG. Visual DkDRG for 2009 blev gjort tilgængelig i en foreløbig version i september 2008, men det er ikke lykkedes at få den endelige version produktionsklar før 2009. Den interaktive DkDRG var færdig i en testversion ved årets indgang, men den endelige version er først færdig i løbet af 1. kvartal 2009. Begge værktøjer involverer imidlertid en række manuelle processer, hvilket giver forsinkelser i formidlingen, når grupperingen ændres.

Formidling og illustration af ændringer i grupperingslogikken bør derfor i højere grad ske gennem en automatiseret kobling til Visual DkDRG og Interaktiv DkDRG. Det vil gøre det muligt at formidle ændringerne i grupperingen til regioner umiddelbart efter fastlæggelse af grupperingslogikken for det kommende år.

Sundhedsstyrelsen er i gang med at udarbejde en ny version af Visual DkDRG, som forventes at være tilgængelig for regionerne i en testversion i forbindelse med høringsen af grupperingslogikken forud for takstbe-

regningen i april 2009. Den endelige version af den nye Visual DkDRG vil være tilgængelig til brug for høringen af taksterne for 2010, som finder sted i perioden 7. juli til 15. september 2009.

#### Anbefaling vedr. formidlingen af ændringer i grupperingen

- Arbejdsgruppen anbefaler, at processen for grupperingslogikken tilpasses således, at DRG-udvalget, hvor regionerne deltager, orienteres på samme tidspunkt, som grupperingslogikken sendes i høring på udvalgte sygehuse.
- Arbejdsgruppen konstaterer, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en ny version af Visual DkDRG og Interaktiv DRG, som vil være tilgængelige i løbet af 2009.

#### 4.6.5. Synliggørelse af de økonomiske konsekvenser af grupperingsændringer

Den endelige grupperingslogik offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside hvert år. Herudover illustreres grupperingen gennem værktøjerne Visual DkDRG og Interaktiv DkDRG, som stilles til rådighed for systemets brugere via Sundhedsstyrelsens hjemmeside. I dag beregnes de økonomiske konsekvenser af grupperingsændringerne samtidig med taksterne og synliggøres i de konsekvensberegninger, som Sundhedsstyrelsen udarbejder i forbindelse med høringsfasen for taksterne. Dette er en proces, der er aftalt mellem Sundhedsstyrelsen og regionerne (jf. boks 3.13).

Der er imidlertid behov for også at gøre de partielle og samlede økonomiske konsekvenser af grupperingsændringer mere synlige for DRG-systemets brugere. Sundhedsstyrelsen vil derfor udarbejde et redskab til synliggørelse af partielle og samlede økonomiske konsekvenser af forslag til grupperingsændringer. Dette redskab skal bl.a. give et samlet overblik over de økonomiske, fordelingsmæssige virkninger for regioner, sygehuse og kommuner, der følger af ændringerne i grupperingslogikken, men skal også kunne anvendes til synliggørelse af de økonomiske virkninger af nye enkeltstående forslag til tilpasningerne i logikken.

#### Anbefaling vedr. synliggørelse af de økonomiske konsekvenser af grupperingsændringer

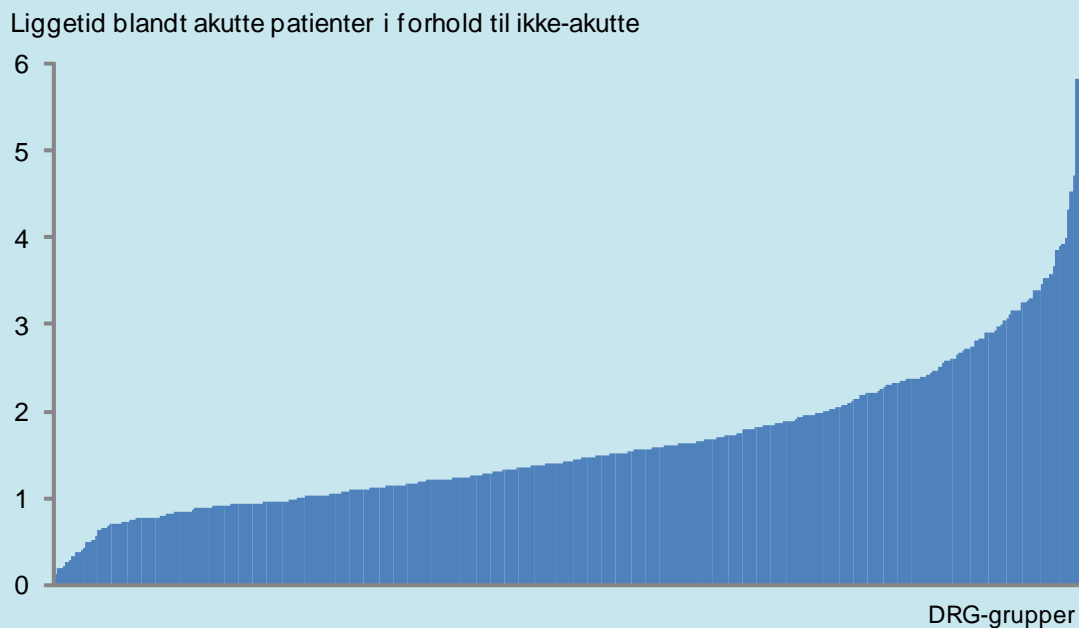
Arbejdsgruppen konstaterer, at Sundhedsstyrelsen vil tage initiativ til at udarbejde et redskab til belysning af de partielle og samlede økonomiske, fordelingsmæssige konsekvenser af de årlige grupperingsændringer.

#### 4.6.6. Håndtering af gruppering af akutte og elektive patienter

Der har været fremført, at det bør overvejes, hvorvidt DRG-systemets gruppering i tilstrækkelig grad tager hensyn til indlæggelsesformen, dvs. om patienten blev indlagt akut eller planlagt.

Denne problemstilling består i, om kravene om ressourcehomogenitet i DRG-grupperne er opfyldt, når der er forskel på ressourcetrækket for akutte og planlagte patienter. Problemstillingen er illustreret i *figur 4.2*, hvoraf det fremgår, at der er en lang række DRG-grupper, hvor der er en systematisk forskel på liggetiden mellem akutte og indlagte patienter. I 76 pct. af de 351 udvalgte DRG-grupper har de akutte patienter således en længere liggetid end de ikke-akutte. For de DRG grupper, hvor der er størst forskel i liggetiden mellem de akutte og ikke-akutte patienter, er den akutte patient indlagt tre gange så lang tid på sygehuset som den ikke-akutte patient. På den baggrund må det forudsættes, at udgifterne forbundet med behandling af disse patienter i gennemsnit er højere end for de ikke-akutte patienter, idet en relativt stor del af behandlingsudgifterne er knyttet til antallet af sengedage, dvs. det antal dage patienten er indlagt.

**Figur 4.2. Forholdet mellem indlæggelsestiden for akutte og ikke-akutte patienter**



Anm.: Kun DRG-grupper med 50 eller flere henholdsvis akutte og ikke-akutte indlæggelser er medtaget

Dette forhold er således både en udfordring i forhold til fastsættelsen af de landsgennemsnitlige DRG-takster, men også i forhold til den konkrete økonomistyring af sygehusene, særligt i forhold til de sygehuse eller afdelinger, som har en større andel af akutte patienter end gennemsnittet.

Det vurderes, at der kan være en risiko for, at det ville kunne give en økonomisk tilskyndelse til at foretage akutte indlæggelser, hvis taksten for akutte indlæggelser overstiger taksten ved en planlagt indlæggelse. Oprettelsen af nye DRG-grupper bør derfor ses ud fra en samlet vurdering af patientgrundlag og ressourcehogenitet, samt at der tilstræbes en balance mellem overskuelighed og detaljeringsgrad i DRG-systemet, jf. kapitel 5.4.

#### **Anbefaling vedr. håndtering af gruppering af akutte og elektive patienter**

Arbejdsgruppen bemærker, at ændringer i grupperingen bør ses ud fra en samlet vurdering af, om der er et tilstrækkeligt patientgrundlag for grupper indeholdende basisbehandling, og om omkostningerne for en ny gruppe afviger væsentligt fra den gruppe, de pågældende patienter udskilles fra, jf. afsnit 4.6.3.

#### **4.7. Takstberegning**

I forhold til takstberegningen er der en række spørgsmål, der er centrale at adressere, jf. boks 4.6.

#### **Boks 4.6. Spørgsmål vedr. takstberegning**

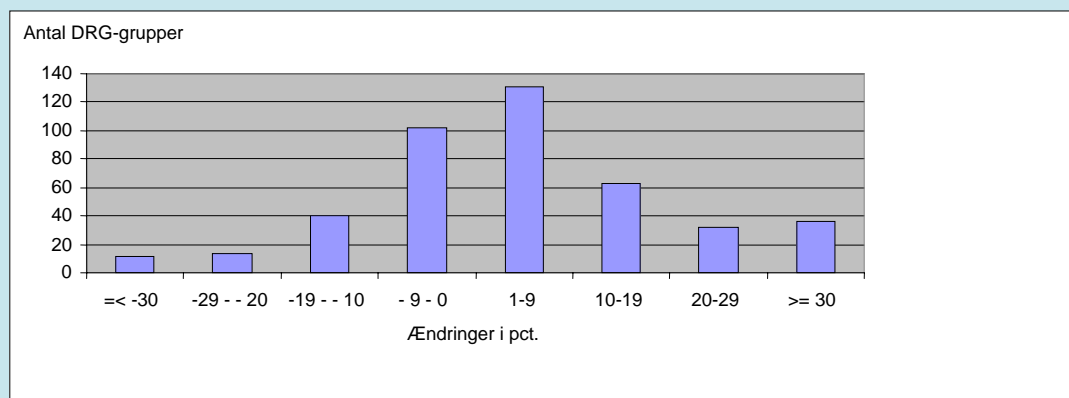
- Hvordan kan udsvinget i taksterne fra år til år begrænses?
- Hvornår bør der ske en udmelding af takstsystemet?

#### 4.7.1. Stabilitet i taksterne

Der har fra regional side været fremført et ønske om mindre udsving i taksterne med henblik på et mere stabilt styringsgrundlag. DRG-taksterne genberegnes hvert år. Grundlaget for takstberegningerne er de seneste to kalenderårs oplysninger om sygehusenes aktivitet og de udgifter, der er forbundet hermed, jf. afsnit 3.4.3. Beslutningen om at inddrage to kalenderår i beregningerne blev taget i den daværende DRG-styregruppe i forbindelse med beregningen af taksterne for 2007 med henblik på at skabe en øget stabilitet i taksterne.

Figur 4.3 viser de procentvise ændringer i taksterne fra 2008 til 2009 for de takster, der er beregnet direkte på grundlag af Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Ca. 70 pct. af de stationære takster beregnes på denne måde.

Figur 4.3. Procentvise ændringer i taksterne fra 2008 til 2009

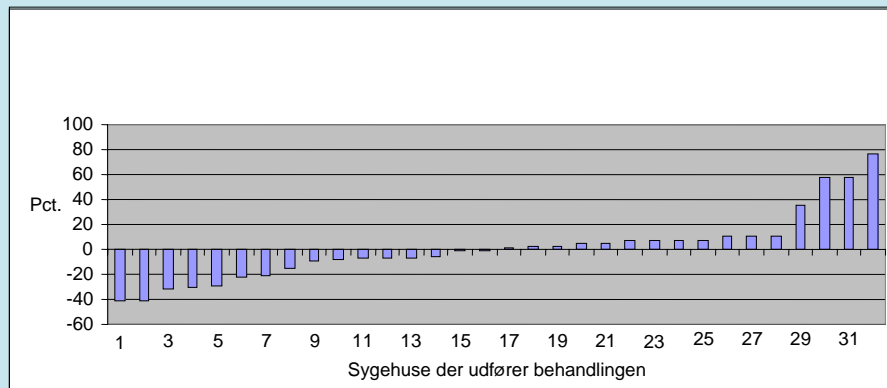


Kilde: Sundhedsstyrelsen omkostningsdatabase til brug for takstberegningen for 2009.

Som det fremgår af figur 4.3, er hovedparten af ændringerne i størrelsesordenen mellem -9 og +9 pct. Dog har 47 grupper en procentvis ændring på mere end 30 pct. I vurderingen af tallene skal det bemærkes, at der er tale om procentvise og dermed relative afvigelser. Det betyder, at en ændring af en takst fra 4.000 kr. til 5.400 kr. – svarende til en ændring på 35 pct. – indgår i samme gruppe, som den takst der er ændret fra 400.000 kr. til 540.000 kr. Der vil derfor være relative beskedne absolutte ændringer bag nogle af de store procentvise udsving.

Ændringerne i den landsgennemsnitlige takst følger af de forskellige bidrag fra sygehusene, som Sundhedsstyrelsen modtager, og som indgår i grundlaget for beregningerne af taksterne. Af figur 4.4 fremgår det fx, at den samlede ændring i de landsgennemsnitlige omkostninger fra 2008 til 2009 for behandlingen af inflammatoriske tarmsygdomme er 5,1 pct. Ét af sygehusene bidrager alene til denne ændring med et fald i omkostningerne på mere end 40 pct., mens fire sygehuse har stigninger i omkostningerne på mere end 20 pct. Der er således store forskelle i, hvor meget de enkelte sygehuse bidrager til den landsgennemsnitlige ændring af taksterne.

**Figur 4.4. Procentvise ændringer i de gennemsnitlige omkostninger ved behandling af inflammatoriske tarmsygdomme fra 2008 til 2009**



Kilde: Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase til brug for takstberegningen for 2009

På baggrund af erfarede svingninger i et antal takster har der inden for de senere år været diskussion om, hvorvidt der bør ske en dæmpning af takstudsvingene fra år til år. Overordnet set kan hensynet til en stabil drift i regionerne isoleret set tale for, at taksterne er så stabile som muligt, og de årlige ændringer er begrænsede. De planlagte initiativer til ensretning af udarbejdelsen af fordelingsregnskaberne mv. forventes at bidrage til en øget stabilitet i taksterne, idet metoderne bliver ensartede mellem sygehusene og mellem de enkelte regnskabsår (jf. afsnit 4.5.1). Dermed vil behovet for at dæmpe takstændringer mindskes.

#### **Anbefaling vedr. stabilitet i taksterne**

Arbejdsgruppen anbefaler, at muligheden for at foretage tilpasninger i de beregningsrutiner, der knytter sig til takstberegningerne med henblik på en eventuel justering af de årlige takstændringer undersøges nærmere af Sundhedsstyrelsen. Modellerne for en eventuel tilpasning af beregningsrutinerne under hensyntagen til, at de faktisk konstaterede omkostningsændringer også skal afspejles i taksterne, skal forelægges DRG-udvalget til drøftelse i efteråret 2009.

#### **4.7.2. Fremrykning af udmelding af det foreløbige takstsystem**

Rettidighed i leverancerne fra DRG-systemet er afgørende, hvis metoden og de bagvedliggende grundoplysninger skal kunne finde anvendelse i den centrale og lokale styring og planlægning på de forskellige ledelsesniveauer på sygehusområdet. Det skal således tilstræbes, at systemets brugere i videst muligt omfang er sikret tidstro oplysninger.

Det fremgår bl.a. af økonomiaftalen for 2009 mellem regeringen og Danske Regioner, at Sundhedsstyrelsens takstsystem udmeldes foreløbigt pr. 15. maj og endeligt pr. 15. september. I tilknytning til disse udmeldinger vil sygehusenes produktionsværdi med det nye takstsystem mv. være tilgængeligt. Formålet med dette forløb er at sikre, at parterne har det bedst mulige og mest aktuelle bidrag til forhandlingsgrundlaget for indgåelse af det kommende års økonomiaftale på grundlag af den foreløbige udmelding den 15. maj. Samtidig vil de nævnte tidsfrister gøre det muligt at sikre det bedst mulige grundlag for de lokale politiske drøftelser og budgetarbejdet i regionerne og kommunerne. Endelig vil materialet til støtte for indgåelse af aftaler med private sygehuse være tilgængelig på dette tidspunkt gennem referencetakster mv.



Det kan ske ved at Sundhedsstyrelsen, regionerne og sygehusene for så vidt muligt gennemfører de aktiviteter, der ligger til grund for takstberegningen, herunder dannelsen af grundlaget for sygehusenes fordelingsregnskaber, i efteråret. Dette arbejde pågår på nuværende tidspunkt i væsentlig udstrækning i foråret. En fremrykning i takstberegningen vil skulle ske ud fra hensynet til, at taksterne fortsat er retvisende.

#### **Anbefaling vedr. fremrykning af udmelding af det foreløbige takstsystem**

Arbejdsgruppen anbefaler, at DRG-udvalget undersøger muligheden for at fremrykke forarbejdet for takstberegningerne i regionerne og Sundhedsstyrelsen med henblik på, at der foretages en udmelding af taksterne inden sommerferien hvert år fra og med 2011.

# 5. Udvikling af DRG-systemet og takststrukturen

## 5.1. Sammenfatning

Serviceeftersynet i kapitel 4 bestod af en gennemgang af en række problemstillinger vedr. funktionaliteten af det nuværende DRG-system. Dette kapitel adresserer en række mere principielle overvejelser vedr. DRG-systemet. I kapitlet søges det således at opstille en række pejlemærker for DRG-systemets udvikling.

Målsætningerne for DRG-systemet bør generelt fastsættes i forhold til systemets konkrete anvendelse. Det centrale er således, hvorledes systemet bedst kan indrettes i forhold til de konkrete anvendelsesområder og -muligheder.

DRG-systemet anvendes på en række forskellige områder. Og i forhold til de forskellige anvendelsesområder kan der være forskellige ønsker til, hvilke opgaver eller hensyn, systemet skal kunne bidrage til at løfte. I forhold til at understøtte konkrete prioriteringer vil der være en balance mellem på den ene side sikring af overskuelighed i systemet og på den anden side en høj grad af præcision og detaljering af hensyn til at skabe et så klart grundlag for konkrete prioriteringer som muligt.

DRG-systemet anvendes i forbindelse med finansieringen af regionerne, herunder blandt andet i opgørelsen af grundlaget for udmøntning af de statslige aktivitetsmidler og i udmålingen af den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering. DRG-systemet anvendes ligeledes i forhold til den mellemregionale afregning af patienter og således som et takstafregningssystem, *jf. boks 5.1.*

### Boks 5.1. DRG-systemets anvendelsesområder

- Finansieringssystem (Statslige aktivitetsmidler, bloktilskud og kommunal medfinansiering)
- Takstafregningssystem (mellemregional afregning)
- Referencetakster (udvidet frit valg – fra 1. januar 2010)
- Benchmarking (produktivitet)

Herudover indgår DRG-systemet på linje med andre redskaber i:

- Økonomistyring
- Takststyring

Endvidere anvendes DRG-systemet i relation til forhandlingerne mellem Danske Regioner og de private sygehuse om afregningstakster og fra 2010 skal det yderligere danne grundlag for udmelding af referencetakster, der vil være udgangspunkt for forhandlingerne med de private sygehuse.

DRG-systemet gør det desuden muligt at benchmarke sygehuse i forhold til de gennemsnitlige omkostninger (DRG-taksten), og der har siden 2006 været udført løbende opgørelser af produktiviteten på de danske sygehuse, og der sker en fortsat videreudvikling af målingerne med udgangspunkt i DRG-systemet.

DRG-systemet anvendes herudover som grundlag for regionernes og sygehusenes konkrete økonomi- og takststyring af sygehusene. Det er til enhver tid et regionalt ansvar at tilbyde patienterne behandling, der lever op til god klinisk praksis, uanset indretningen af DRG-systemet. DRG-systemet må således ikke i det konkrete tilfælde være en begrundelse for, at patienten ikke tilbydes den rette behandling. DRG-systemet skal dog løbende tilpasses, så det understøtter god klinisk praksis samt en god og hensigtsmæssig prioritering og allokering af ressourcerne.

DRG-systemet baserer sig på landsgennemsnitlige takster og bør derfor ikke normere afregningen til det enkelte sygehus. For at tage højde for lokale forhold og prioriteringer, kan der anvendes diskretionært fastsatte takster, som tager afsæt i de omkostninger, der danner grundlaget for DRG-taksterne. Heri ligger en konstatering af, at regionerne har mulighed for at sikre sig den bedste viden om omkostningsstrukturene og de særlige forhold, der gør sig gældende på de enkelte sygehuse og vil derfor kunne afdække, om der er behov for at fastlægge en lokalt tilpasset styringsmodel. DRG-systemet skal således ikke anvendes ukritisk i den konkrete styring. Principperne for regionernes anvendelse af DRG-systemet i relation til den overordnede styring af sygehusene er sammenfattet i boks 5.2.

#### **Boks 5.2. Principper for regionernes anvendelse af DRG-systemet**

- DRG-systemet anvendes som grundlag for økonomi- og takststyring af sygehusene. Niveauet for de landsgennemsnitlige DRG-takster bør dog ikke normere afregningen til det enkelte sygehus. Regionerne har ansvaret for at tilpasse afregning til lokale forhold og prioritering på sygehusene med henblik på at opnå mest mulig sundhed for pengene.
- DRG-systemet dækker som udgangspunkt alene aktiviteter, der foregår i regi af sygehusvæsenet, men DRG-systemet må ikke være begrænsende for at opgaver løses på et lavere specialiseringsniveau.
- Det er til enhver tid et regionalt ansvar at tilbyde patienterne behandling, der lever op til god klinisk praksis, herunder understøtte sygehusene i at foretage flere undersøgelser og behandlinger samme dag med kortere ventetid for patienterne. Indretningen af DRG-systemet må således ikke være en begrundelse for, at patienten ikke tilbydes den rette behandling.
- DRG-systemet skal løbende tilpasses, så det understøtter god klinisk praksis samt en god og hensigtsmæssig prioritering og allokering af ressourcerne.

Det forhold, at den konkrete styring af sygehusvæsenet generelt tager sit afsæt i DRG-systemet betyder imidlertid, at det er væsentligt at overveje, hvordan systemet kan forbedres yderligere i forhold til denne anvendelse.

På den baggrund ses der i dette kapitel nærmere på en række mulige tiltag, der evt. kan medvirke hertil. Udgangspunktet for overvejelserne er, at DRG-systemet har sin primære anvendelse i forhold til finansieringen af regionerne, den mellemregionale afregning og produktivetsmålinger, jf. ovenfor. Det vil således være en første forudsætning for konkrete tiltag, at de ikke modvirker DRG-systemets primære anvendelse som finansieringssystem.

I afsnittene 5.2-5.5 nedenfor diskuteres en række forskellige problemstillinger vedr. DRG-systemet, jf. boksen nedenfor.

### Problemstillinger vedr. DRG-systemet

- Skal DRG-systemet dække hele sundhedsvæsenet eller sygehusvæsenet? (jf. afsnit 5.2)
- Skal der afregnes for sygehusydelse, der foregår uden for sygehusematriklen? (jf. afsnit 5.3)
- Hvad skal der gælde i forhold til DRG-systemets præcision og detaljeringsgrad? (jf. afsnit 5.4)
- Skal DRG-taksterne opgøres på basis af kontakter eller forløb? (jf. afsnit 5.5)

På baggrund af diskussionerne i afsnittene 5.2-5.5 er der opstillet en række anbefalinger vedr. udvikling af DRG-systemet og takststrukturen. Disse er gengivet i boks 5.3. nedenfor.

### Boks 5.3. Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. udvikling af DRG-systemet og takststrukturen

Arbejdsgruppen bemærker, at det er et ledelsesmæssigt ansvar at udbrede effektive patientforløb og at DRG-systemet skal understøtte dette. DRG-systemet dækker som udgangspunkt alene aktiviteter, der foregår i regi af sygehusvæsenet, og som udgangspunkt indenfor sygehusets fysiske rammer, jf. afsnit 5.2.

Arbejdsgruppen bemærker desuden, at DRG-systemet ikke må være en barriere for at opgaver løses på et lavere specialiseringsniveau, jf. afsnit 5.3.

Arbejdsgruppen anbefaler, at

- Sundhedsstyrelsen undersøger, hvorvidt der er behov for at udarbejde og anvende ambulante substitutionstakster på de områder, hvor det er muligt at gennemføre en behandling lige så godt eller bedre uden for sygehusets fysiske rammer som gennem en behandling, der foregår på sygehuset, jf. LEON-princippet, jf. afsnit 5.3.
- Arbejdsgruppen finder, at der inden for rammerne af DRG-systemet er mulighed for løbende at tilpasse antallet af DRG-grupper, således at de afspejler de lokale kliniske og styringsmæssige behov, jf. afsnit 5.4.
- Der forsat tilstræbes en balance mellem overskuelighed og detaljeringsgrad i DRG-systemet, jf. afsnit 5.4.
- DRG-systemet fastholdes som udgangspunkt som et kontaktbaseret (afregnings)system, jf. afsnit 5.5.

### 5.2. DRG-systemets dækningsområde – skal det dække sundhedsvæsenet eller sygehusvæsenet?

DRG-systemet omfatter i dag al aktivitet, som foregår på de somatiske sygehuse. DRG-systemet er således indrettet med henblik på overordnede styrings- og afregningsformål i forhold til aktiviteter, der foregår i sygehusregi. DRG-systemet gør det dermed muligt at fastlægge omkostningerne for forskellige typer af behandlinger, der foregår (og bør) foregå i sygehusregi.

At DRG-systemet er afgrænset til at omfatte den aktivitet, der foregår i sygehusvæsenet indebærer, at systemet ikke i sig selv understøtter sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Afregning på baggrund af DRG-systemet kan eksempelvis give sygehuse incitament til at beholde velregulerede patienter i sygehusregi, fordi det giver sygehusambulatorierne mulighed for at få en afregning for disse patienter, frem for at lade dem overgå til kontrol i almen praksis. Et sådant incitament til en u hensigtsmæssig adfærd er dog kun til stede for så vidt, at afregningen til sygehuse overstiger sygehusets omkostninger ved at behandle patienterne. Den generelle finansieringsmodel på sundhedsområdet, herunder den kommunale medfinansieringsordning bidrager i vidt omfang allerede til at understøtte sammenhængende patientforløb.

Samtidig sker der hele tiden en opgaveflytning fra sygehuse til lavere specialiseringsniveau – hvor sygehuset vil "miste" DRG-taksten. At sikre denne opgaveflytning stiller først og fremmest krav til regionens styring med fokus på, at mulighederne for en sådan opgaveflytning realiseres (jf. LEON-princippet).

Det kan måske umiddelbart forekomme ideelt at tænke i et samlet DRG-system omfattende hele sundhedsvæsenet. Det vil dog for det første indebære en massiv udfordring i forhold til gruppering og data, som det inden for en nærmere årrække umiddelbart er vanskeligt at overskue rækkevidden af.

For det andet indebærer en samling af data i DRG-systemet ikke i sig selv nogen løsning på den problemstilling, som handler om etablering af en hensigtsmæssig incitamentsstruktur i overgangen mellem forskellige delsektorer.

Denne udfordring vil være der, uanset om ydelserne er en del af DRG-systemet eller ej. Der kan ganske vist argumenteres for, at det vil samle grundlaget for at fastlægge en samlet afregning for patientforløb, der går på tværs af sundhedssektoren. Men, det giver ikke noget svar på, hvordan afregningen i de enkelte sager skal deles mellem de forskellige ydere, f.eks. praktiserende læger og speciallæger hhv. sygehuse. Det svar følger alene af den konkrete afregning, der er fastlagt i forhold til de enkelte aktører, og den praktiske virkning opnås først i det tilfælde, hvor afregningsmekanismerne er fuldt samordnede.

Det kan dog bemærkes, at ca. 85 pct. af regionernes finansiering på sundhedsområdet er uafhængig af aktivitet. Regionerne har således et betydeligt prioriteringsrum i forhold til at kunne yde sundhedstilbud, der ikke direkte belønnes af DRG-systemet, *jf. kapitel 2*.

#### Anbefaling vedr. DRG-systemets dækningsområde

Arbejdsgruppen bemærker, at

- DRG-systemet som udgangspunkt alene dækker aktiviteter i regi af sygehusvæsenet og som udgangspunkt indenfor sygehusets fysiske rammer.
- Det er et ledelsesmæssigt ansvar at udbrede effektive patientforløb og at DRG-systemet så vidt muligt skal understøtte dette.

### 5.3. Skal der afregnes for sygehusydelser, der foregår uden for sygehusematriklen?

Det er blevet fremhævet, at DRG-systemet ikke understøtter sygehusene i at lade behandlinger foregå uden for sygehusets fysiske rammer. Baggrunden herfor er, at aktiviteter, der foregår uden for sygehusets fysiske rammer, generelt ikke værdisættes i DRG-systemet. På nuværende tidspunkt findes der kun takster for meget få eksterne aktiviteter, såsom palliative, geriatriske og fysio/ergoterapeutiske hjemmebesøg.

Den teknologiske udvikling tillader efterhånden en mere udbredt anvendelse af sygehusrelaterede aktiviteter, der kan tilbydes patienten uden for sygehusenes fysiske rammer. Der har eksempelvis været peget på mulighederne inden for telemedicin, men også inden for områder som antikoagulationsbehandling på hjerteområdet, hjemmehæmodialyse og insulinpumper mv. er der mulighed for at foretage behandling af patienter uden for sygehuset.

Som udgangspunkt bør aktiviteter uden for sygehuset ikke takstbelægges. Telemedicin er som udgangspunkt at opfatte som en måde at tilrettelægge arbejdet på og bør derfor ikke i sig selv udløse en selvstændig DAGS-takst. Muligheden for at anvende telemedicin knytter sig ikke til bestemte DRG- eller DAGS-grupper. Det er således regionernes ansvar at sikre den hensigtsmæssige honorering herfor og generelt understøtte brugen af telemedicin, hvor det fremmer effektive patientforløb (jf. boks 5.3)

For at give en tilskyndelse til at behandlingen foregår på det mest omkostningseffektive specialiseringsniveau (jf. LEON-princippet) kan det dog overvejes at fastsætte taksterne således at det afspejles, at behandlingen på visse områder kan foregå både inden for og uden for sygehusenes fysiske rammer, fx som substitution for behandling på et sygehus. De tilfælde, hvor det evt. kan overvejes, er situationer, hvor der er en direkte substitution mellem ydelser leveret på eller uden for sygehuset.

Taksterne vil eventuelt kunne fastsættes som et vejet gennemsnit af de omkostninger, der er forbundet med den behandling, der foregår henholdsvis inden for og uden for sygehusets fysiske rammer efter samme princip som ved fastsættelse af gråzone-takster (jf. afsnit 3.7, boks 3.12). Da aktiviteten uden for sygehuset som udgangspunkt må antages at være mindre ressourcekrævende end den aktivitet, der foregår på et sygehus, vil substitutionstaksterne være lavere end de gældende takster på de områder, hvor behandlingen lige så vel kan foregå uden for sygehuset. Mulighederne for at udarbejde substitutionstakster undersøges nærmere af Sundhedsstyrelsen.

#### Anbefaling vedr. afregning af aktivitet uden for sygehuset

- Arbejdsgruppen bemærker, at DRG-systemet ikke må være en barriere for at opgaver løses på et lavere specialiseringsniveau (jf. boks 5.2).
- Arbejdsgruppen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen undersøger, hvorvidt der er behov for at udarbejde og anvende ambulante substitutionstakster på de områder, hvor det er muligt at gennemføre en behandling lige så godt eller bedre uden for sygehusets fysiske rammer som gennem en behandling, der foregår på sygehuset, jf. LEON-princippet.

#### 5.4. DRG-systemets præcision og detaljeringsgrad

Hvis DRG-systemet skal virke i relation til de overordnede styringsmæssige formål, bør incitamenterne være klare og gennemskuelige for de aktører, som forudsættes at reagere på incitamenterne. Overskuelighed er også en forudsætning for, at DRG-systemet kan have praktisk værdi i forhold til regionernes indretning af styringen af sygehusene. Sygehusledelsen bør gives rum til at styre afdelingerne, så styrken af incitamenterne afpasses i forhold til de særlige forhold, der gælder på den enkelte afdeling, jf. aftalen mellem regeringen og Amdrårdsforeningen om amternes økonomi i 2004.

DRG-systemet afspejler en balance mellem overskuelighed og detaljeringsgrad. Øges detaljeringsgraden yderligere kan det have negative konsekvenser for overskueligheden og svække anvendeligheden som overordnet styringssystem. En øget præcision i taksterne vil medføre en øget kompleksitet i DRG-systemet. På sygehusniveau og afdelingsniveau forudsættes at DRG-taksten udmøntes diskretionært. Denne balance skal sikres i en løbende dialog mellem de centrale sundhedsmyndigheder, lokale klinikere og administratorer.

Samtidig bør der arbejdes på, at de data, som danner grundlag for takstberegningerne, registreres og indberettes bedre fra sygehusene, så taksterne i højere grad afspejler de faktiske udgifter til de givne behandlinger. Dette vil kunne bidrage til at dæmpe udsving i taksterne fra år til år. En bedre kvalitet af data vil samtidig give et bedre grundlag for at detaljere takstsystemet, hvor det måtte være ønskeligt.

#### Anbefaling vedr. DRG-systemets detaljeringsgrad

- Arbejdsgruppen finder, at der inden for rammerne af DRG-systemet er mulighed for løbende at tilpasse antallet af DRG-grupper, således at de afspejler de lokale kliniske og styringsmæssige behov.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der forsat tilstræbes en balance mellem overskuelighed og detaljeringsgrad

i DRG-systemet.

### **5.5. Skal DRG-taksterne opgøres på basis af kontakter eller forløb?**

Det har været fremhævet som et problem, at den nuværende opbygning af Landspatientregistret er kontaktbaseret, idet en afregning baseret på kontakter kan give en tilskyndelse til, at den enkelte patients behandlingsforløb brydes op i flere kontakter end nødvendigt for at opnå en højere afregning.

Denne problemstilling kunne i princippet imødegås ved i stedet at anvende forløbsbaserede takster. Et væsentligt forbehold er imidlertid, at det vil være administrativt kompliceret, fordi det vil kræve en anden og mere omfattende patientregistrering.

Hensigtsmæssigheden af at anvende forløbsbaserede takster vil imidlertid i høj grad afhænge af, hvor veldefinerede forløbene er, herunder at indholdet af et forløb på forhånd ligger rimelig fast. Er det ikke tilfældet, vil det potentielt kunne give en tilskyndelse til over tid at selektere lette patienter og/eller udtynde indholdet af forløbene. I så fald vil en overgang fra kontaktbaserede til forløbsbaserede takster blot føre til, at en type af risici erstattes af en anden type af risici.

Generelt bør anvendelsen af forløbstakster derfor primært overvejes i forhold til veldefinerede kliniske pakker på områder uden risiko for indikationsskred. Et godt eksempel herpå er kræftområdet, hvor der forefindes klinisk definerede pakker. Generelt bør takster ikke modvirke en hensigtsmæssig klinisk adfærd. Dette krav er i princippet allerede opfyldt i dag, idet regionerne har frihed til selv at indrette deres takststyringsmodeller til dette formål.

### **Anbefaling vedr. afregning af kontakter eller forløb**

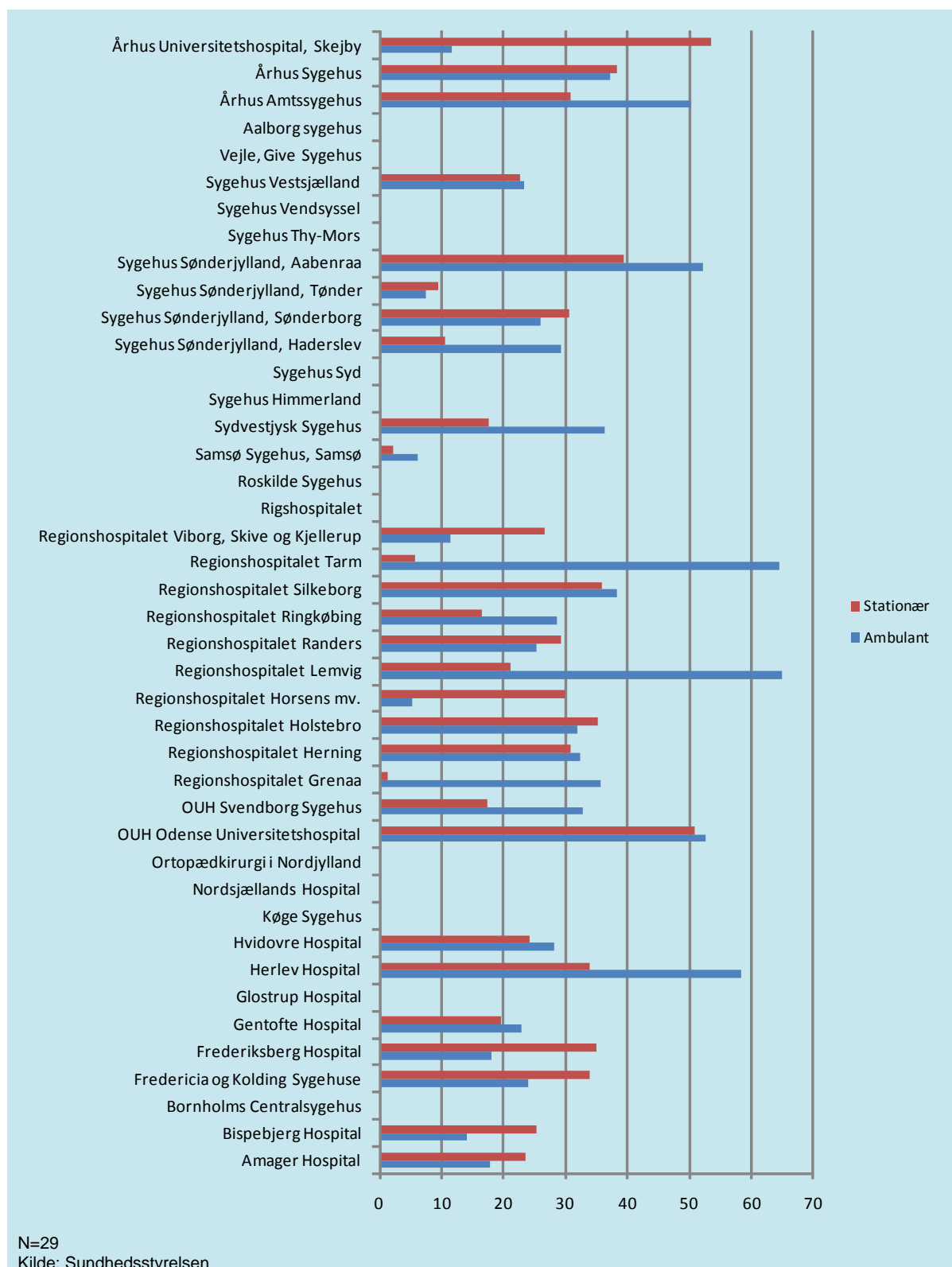
Arbejdsgruppen anbefaler, at DRG-systemet som udgangspunkt fastholdes som et kontaktbaseret (afregnings)system.

# Bilag 5.1. Fordeling af patientrelaterede udgifter

Figur 1 viser fordelingen af patientrelaterede udgifter og udgifter til tværgående serviceafdelinger på tværs af landets 42 sygehuse på det stationære og det ambulante område opgjort i 2007.

**Figur 1. Fordeling af patientrelaterede udgifter og udgifter til tværgående serviceafdelinger på tværs af sygehuse, stationære og ambulante patienter (2007)**





Det fremgår af figuren, at der er betydelig variation i, hvor stor en andel af udgifterne der fordeles på patienten og til de tværgående serviceafdelinger på tværs af landets sygehuse. 0-64 pct. af udgifterne er således fordelt på patienten. For alle sygehuse under ét var ca. 29 pct. af de samlede udgifter fordelt på de enkelte patienter og tværgående serviceafdelinger i 2007, mens de resterende 71 pct. af udgifterne var fordelt på sengedage eller ambulante besøg. Der er imidlertid forholdsvis stor forskel på fordelingen på de enkelte sygehuse. Det

bemærkes, at værdier på nul i figur 1 indikerer, at sygehusenes ikke har indberettet til omkostningsdatabasen i 2007 inden for den fastsatte deadline ultimo april (jf. afsnit 3.6).

Det er ikke nødvendigvis sådan, at en stor andel af fordelte udgifter på patienten eller de tværgående serviceafdelinger også er udtryk for, at udgifterne er fordelt korrekt. De betydelige forskelle i indberetningspraksis på tværs af sygehusene indikerer imidlertid et forbedringspotentiale i forhold til fordelingen af udgifter. Særligt kan det forhold, at der på 13 af de 42 sygehuse ikke er sket nogen fordeling af udgifterne, kan ses som et udtryk for et forbedringspotentiale i forhold til fordelingen af udgifter.

# 6. Økonomisk styring på sygehusområdet

## 6.1. Sammenfatning

I dette kapitel beskrives mulighederne for at styrke grundlaget for den økonomiske styring i regionerne og på sygehusene, jf. at arbejdsgruppen skal komme med konkrete forslag til en prioritering af arbejdet med formidling og opgørelse samt fordeling af omkostninger forbundet med de enkelte behandlinger med fokus på at sikre sammenlignelighed og gennemsigtighed.

Udgangspunktet er, at regionerne og sygehusene skal sikre borgerne mest mulig sundhed for de penge, der prioriteres til sundhedsvæsenet, og at den konkrete styring af sygehusene med fokus på output, omkostninger og målopfyldelse er regionernes ansvar.

I dette kapitel gives der en række eksempler på, hvordan de oplysninger, som er indsamlet i Landspatientregisteret og omkostningsdatabasen, kan nyttiggøres i forhold til den konkrete økonomiske styring i regionerne og på sygehusene.

Formålet med økonomistyring i regionerne er at sikre overblik og kontrol over udgifterne på sygehusene, med fokus på en så effektiv anvendelse af de økonomiske ressourcer som muligt. Det vil også bidrage til at skabe grundlaget for et prioriteringsråd, herunder med henblik på løbende at fokusere og justere i forhold til at realisere de politiske målsætninger, der bl.a. følger af økonomiaftalerne.

Regionerne har i dag udviklet ledelsesinformationssystemer, som har medvirket til at understøtte økonomistyringen. Det, der kendetegner de mest anvendelige ledelsesinformationssystemer, er, at de tilvejebringer standardiserede data på løbende basis, som er sammenlignelige og genkendelige for både administratorer og det sundhedsfaglige personale.

For at understøtte den fremtidige styring af hospitalerne er der fortsat behov for at udvikle de aktivitetsbaserede styringsmodeller som supplement til den traditionelle budgetstyring. Økonomistyringen kan således supplere rammestyring med en mere fremadrettet aktivitetsbaseret økonomistyring, hvor fokus kan være på den løbende tilpasning af omkostninger på tværs af sygehuse og afdelinger.

Ved at gøre de oplysninger, som er indeholdt i omkostningsdatabasen, tilgængelige på sygehus- og regionsniveau vil der kunne skabes et øget kendskab til enhedsomkostningerne ved behandlinger på forskellige sygehuse, som vil kunne danne grundlag for sammenligning mellem sygehuse og dermed en øget udbredelse af omkostningseffektive behandlinger. I forhold til at få mest mulig sygdomsbehandling ud af de økonomiske rammer er det således centralt, at kendskabet til omkostninger og aktiviteten også på tværs af sygehusene øges.

Præcis registrering og dokumentation af omkostningerne og aktivitet er et helt centralt element i styringen af sygehusvæsenet. Oplysninger indberettet til omkostningsdatabasen skal således være af en kvalitet, så de giver mening i den lokale økonomistyring på sygehusene samtidig med, at det skaber bedre grundlag for at sammenligne anvendelsen af omkostninger på tværs af sygehusene. Hertil kommer, at data løbende skal være til rådighed for at danne grundlag for tilpasninger, der fx følger af ændringer i efterspørgslen, politiske målsætninger etc. Der kan på den baggrund formuleres nogle fælles anbefalinger om økonomistyring som følge af en forbedret anvendelse af omkostningsdatabasen.

#### Arbejdsgruppens anbefaling vedr. økonomisk styring på sygehusområdet

- Arbejdsgruppen peger på, at der i regionerne og på sygehusene fortsat skal være en økonomistyring med løbende fokus på output, omkostninger og målopfyldelse. Formålet er at skabe et bedre grundlag for prioritering og allokering af ressourcer samt bidrage til en mere aktuel og løbende tilpasning af omkostninger på tværs af afdelinger og sygehuse. Til det brug skal arbejdet med omkostningsdatabasen og de bagvedliggende fordelingsregnskaber opprioriteres både lokalt og centralt.
- Omkostningsdatabasen kan bidrage til et mere systematisk kendskab til regionens, sygehusets og afdelingens omkostningsstruktur (og indgå som et centralt værktøj i den regionale og lokale økonomistyring), herunder danne grundlag for at sammenligne omkostningerne forbundet med de enkelte behandlinger med andre offentlige og private sygehuse.
- Formidlingen af oplysningerne i omkostningsdatabasen skal ske på en sådan måde, at det understøtter den lokale styring, herunder det lokale arbejde med beregning af enhedsomkostninger m.v..
- Fordelingsregnskaberne, der udgør grundlaget for omkostningsbasen, skal stilles systematisk til rådighed for regioner og sygehuse, således at de i højere grad kan anvendes som en integreret del af den lokale økonomistyring og regnskabsopfølgning.
- Parallelt skal der være et detaljeret og kritisk fokus på aktivitetsregistreringen via DRG-systemet, bl.a. med inddragelse af en række relevante parametre fra systemet herunder med sigte på sammenligning med andre sygehuse og afdelinger.

## 6.2. Effektiv økonomistyring på sygehusområdet

Økonomistyringen i regionerne har til formål at sikre overblik over og kontrol med udgifterne på sygehusene, med fokus på en så effektiv anvendelse af de økonomiske ressourcer som muligt. Økonomistyringen skal desuden understøtte fokus på indsatsen i forhold til opstillede politiske målsætninger, der bl.a. følger af økonomiaftalerne, *jf. kapitel 2*.

Den effektive økonomistyring er således karakteriseret ved en løbende og systematisk opfølgning på fordelingen og anvendelsen af ressourcer. Væsentlige afvigelser fra det forudsatte bør give anledning til tiltag, der kan rette op herpå og sikre opfyldelse af de fastsatte mål, *jf. boks 6.1*.

### Boks 6.1. Elementer i en effektiv økonomistyring på sygehusområdet

- Der ses løbende kritisk på alle budgetter og fordelinger mellem sygehuse og afdelinger, herunder hvad der skal leveres, og på hvilke vilkår (til hvilken pris) det forudsættes leveret.
- Der sker en systematisk og løbende opfølgning på både regions- og sygehusniveau, som muliggør løbende omprioritering af ressourcer. Afdelingers budgetter tilpasses, når der er grundlag for større justeringer – fx fordi man må forudsætte, at noget kan gøres bedre/billigere, eller fordi man prioriterer en aktivitetsforøgelse på et område.
- Der gøres ikke i (takst)styringen ukritisk brug af DRG-taksterne, men der foretages i stedet en diskretionær tilpasning i forhold til de lokale og faktiske produktionsvilkår (jf. kapitel 5) med inddragelse af bl.a. sammenlignelige omkostningsdata og bedste praksis takster (jf. kapitel 7).

Regionerne har i dag udviklet lokale ledelsesinformationssystemer, som har medvirket til at understøtte økonomistyringen. Det, der kendetegner de mest anvendelige ledelsesinformationssystemer, er, at de tilvejebringer standardiserede data på løbende basis, som er sammenlignelige og genkendelige for både administratører og det sundhedsfaglige personale.

Fælles for disse ledelsesinformationssystemer er desuden, at de baserer sig på data, der er indsamlet lokalt, dvs. at den enkelte region alene har data til rådighed for sygehusene i den pågældende region. Det samme billede gør sig gældende på sygehusniveau, hvor den økonomiske styring som udgangspunkt alene baserer sig på data for det enkelte sygehus. Desuden er der forskel på, hvordan regionerne og sygehusene anvender de registrerede oplysninger i informationssystemerne.

I forhold til at få mest mulig sygdomsbehandling ud af de økonomiske rammer vurderes det imidlertid som hensigtsmæssigt, at kendskabet til omkostninger og aktiviteten også på tværs af sygehusene øges. Regioner og sygehuse skal i stigende grad forholde sig til, hvordan produktionen skal planlægges og prioriteres inden for de givne økonomiske rammer og de personalemæssige ressourcer mv., bl.a. i lyset af efterspørgslen efter sundhedsydelser og rekrutteringsudfordringen i sundhedsvæsenet. Det øgede kendskab til enhedsomkostninger kan med fordel kobles med den viden, som allerede er til stede og i høj grad anvendes i dag, om, hvilke aktiviteter der udføres.

Omkostningsdatabasens oplysninger vil således, ud over at være grundlaget for fastsættelse af centrale DRG-takster, kunne være udgangspunkt for identifikation af effektive behandlingsforløb og dermed kunne indgå i økonomistyringen lokalt og centralt, *jf. tabel 6.1.*

**Tabel 6.1. Omkostningsdatabasen som input til effektiv økonomistyring**

Mål	Effektiv økonomistyring	
Middel	Omkostningsgennemsigtighed	Omkostningseffektivitet
<b>Sygehuse og afdelinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kendskab til enhedsomkostninger på afdelinger</li> <li>• Input til afdelingsbudget</li> <li>• Sammenligning med andre sygehuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sammenligning af enhedsomkostninger på afdelinger/sygehuse</li> <li>• Budgetallokering</li> <li>• Forbedring af arbejdsgange</li> <li>• Udbredelse af omkostningseffektive behandlinger</li> </ul>
<b>Regioner</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input til budgettering</li> <li>• Økonomisk opfølgning</li> <li>• Opgørelse af produktivitet på sygehuse</li> <li>• Sammenligning af omkostninger på sygehuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budgetallokering</li> <li>• Prioritering og fordeling af opgaver, så effektive behandlingsforløb understøttes (jf. LEON-princippet)</li> <li>• Beslutninger om placering af aktivitet – konkurrence med private aktører</li> <li>• Benchmarking og afregning efter aftalte indikatorer for kvalitet og effektivitet</li> </ul>
<b>Stat og kommuner</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Synliggørelse af omkostningseffektive behandlinger</li> <li>• Opgørelse af produktivitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offentliggørelse af behandlingsudgiften i de mest effektive enheder</li> <li>• Ressourceallokering i forbindelse med økonomiaftale</li> <li>• Benchmarking</li> </ul>

Omkostningsdatabasens oplysninger har dermed potentiale som et værktøj til benchmarking mellem sygehuse på behandlingsniveau. Disse oplysninger skal ses som supplement til de styringsværktøjer, der allerede anvendes i regionerne og på sygehusene, således at der foruden fokus på budgetoverholdelse kommer øget opmærksomhed på, hvilke aktiviteter der udføres, og hvad det koster at udføre dem på andre offentlige og private sygehuse.

Behovet for et øget fokus på enhedsomkostninger og aktiviteter skyldes ikke mindst, at tilpasningen af sygehusstrukturen samt inddragelse af de private sygehuse skærper kravene til et retvisende og sammenligneligt omkostningsgrundlag som input til at placere behandlingskapaciteten, hvor det er mest hensigtsmæssigt.

### 6.3. Omkostningsdatabasens bidrag til økonomistyring på sygehusområdet

Omkostningsdatabasen indeholder i dag en række detaljerede opgørelser af enhedsomkostninger for behandlinger inden for de forskellige DRG- og DAGS-grupper, idet disse oplysninger indberettes til brug for beregningen af takster. Inden for de eksisterende rammer af DRG-systemet er det således muligt at sammenligne omkostningerne ved udførelsen af behandlinger i forskellige DRG-grupper på tværs af sygehuse.

I kapitel 4 var fokus på initiativer til at forbedre omkostningsdatabasen inden for disse rammer. I dette kapitel er fokus på, hvordan bl.a. en forbedret omkostningsdatabase kan bidrage til en mere effektiv økonomistyring i regionerne og på sygehusene.

Oplysningerne i omkostningsdatabasen giver bl.a. mulighed for at få et billede af omkostningsdannelsen ved en given indlæggelse eller ved et ambulant besøg samt de underliggende delkomponenter. Oplysningerne vil kunne anvendes til at forklare forskelle mellem forskellige enheder som følge af et øget kendskab til de underliggende delkomponenter, som behandlingen består af og dermed også danne grundlag for udbredelse af omkostningseffektive metoder, *jf. kapitel 7*.

### 6.3.1. Konkret anvendelse og formidling af omkostningsdatabasens oplysninger

I omkostningsdatabasen kobles oplysninger om aktivitet og udgifter til de enkelte dele af behandlingerne på DRG-niveau, hvilket giver mulighed for at sammenligne ikke bare det samlede behandlingsforløb, men også de enkelte delkomponenter der konstituerer forløbet. Ikke alene de overordnede forskelle i behandlingsudgifter mv., men også årsagerne hertil kan således belyses.

Ved at sammenligne sygehuse og afdelinger på DRG-niveau vil det eksempelvis fremgå, hvor mange senge-dage eller røntgenundersøgelser der medgår til en given behandling og disse behandlingsmønstre vil man kunne sammenligne på tværs af forskellige sygehuse. Et sammenligningsgrundlag, der indeholder såvel aktivitet og de tilknyttede omkostninger, giver adgang til at identificere, hvilke dele i et samlet patientforløb der gør nogle sygehuse, afdelinger eller andre enheder mere omkostningseffektive end andre. Forskellene kan skyldes variationer i enten enhedsomkostninger eller de aktiviteter, der indgår i behandlingen, fx antallet af senge-dage eller undersøgelser. Ved at foretage sammenligning på DRG-niveauet opfyldes de generelle krav til sammenligning, *jf. boks 6.2*

#### Boks 6.2. Generelle krav til sammenligning

I en situation, hvor der er fokus på en generel belysning af forskelle i produktivitet el. lign., er det relevant at gennemføre en forholdsvis bredt dækkende sammenligning. Dette er begrundet i, at det vil give de bedste muligheder for at indfange de faktorer, som kan være medvirkende til at forklare forskelle i produktivitet.

Et eksempel på hvordan forskelle i produktivitet kan forklares af faktorer, der umiddelbart ligger uden for den direkte sammenligning, er forskelle i arbejdsdelingen mellem forskellige sektorelementer. Erfaringsmæssigt kan der være store forskelle i det konkrete samarbejde mellem sygehus og praktiserende læge.

I visse tilfælde giver sygehuse praksissektoren planer for behandling og genoptræning før og efter operation, der betyder at patienten kan møde direkte til operation og derved undgå indlæggelse før selve dagen for operationen. Det samme gør sig gældende for genoptræning og tilsyn af patienten efter operation, hvor patienten fx kan udskrives samme dag, som operationen er udført, da praksissektoren er instrueret i den post-operative opfølgning.

En sammenligning af afdelinger med forskelle i arbejdsdelingen mellem sygehus og praksissektor som netop beskrevet vil give udslag i store forskelle i produktivitet – uden at produktivitetsforskellen er reel. For at imødegå denne problemstilling skal sammenligning af behandlinger ideelt set ikke kun foregå på de interne sektorelementer på sygehusene, men også på behandlingens flow mellem forskellige sektorer i sundhedsvæsenet.

Den konkrete formidling af oplysningerne fra omkostningsdatabasen, der skal bidrage til den økonomiske styring i regioner og på sygehuse, kan ske ved, at:

- 1) Patientforløbene på sygehusene opdeles på de kontakter og tilknyttede enkeltydelser, som forløbet består af. Et patientforløb kan for eksempel bestå af en forundersøgelse, en indlæggelse, et antal røntgenundersøgelser, forskellige prøver og til sidst en udskrivning.

- 2) Der knyttes omkostninger til de konkrete kontakter og de ydelser, der er givet i forbindelse med den enkelte kontakt.

*Ad. 1. Opdeling af patientforløb på kontakter (aktivitetsdata)*

Tabel 6.2 viser et konstrueret eksempel på sammensætningen af kontakter i ét patientforløb på tværs af to sygehuse (A og B). Tallene i tabellen angiver det gennemsnitlige antal kontakter opdelt på de forskellige led i patientforløbet. Det fremgår bl.a., at der gennemsnitligt anvendes 12 sengedage på sygehus A mod 8 sengedage på sygehus B.

**Tabel 6.2. Fiktivt eksempel på nedbrydning af sammenlignelige patientforløb (DRG-niveau)**

Sygehus	Ambulant	Sengedage	Røntgen	MR	Patologi	Fysiologi	...
Sygehus A	1	12	1,5	1	2	1	...
Sygehus B	1,8	8	2	0,5	3,5	1	...
Sygehus ...	...	...	...	...	...	...	...

Tallene i tabellen indikerer således, at der kan være forskelle i arbejdstilrettelæggelse og/eller behandlingskulturer. Sengeafdelingen på Sygehus B benytter færrest sengedage, mens der er brug for flere ambulante besøg på Sygehus B end på Sygehus A. Hvorvidt sygehus B's relativt større forbrug af ambulante besøg er en underliggende forklaring på, at der gennemsnitligt bruges færre sengedage, giver denne sammenligning ikke i sig selv et direkte svar på.

Oplysningerne i tabel 6.2 ovenfor udgør benchmarks for sygehusene, som kan give anledning til at foretage nærmere undersøgelser af de konstaterede forskelle. Der kan være gode forklaringer på variationerne mellem sygehusene. Der kan eksempelvis være strukturelle forskelle - fx patienttyngde - som ikke umiddelbart kan ændres, eller der kan være forskel i volumen af patienter. Der kan dog også lige så vel være forskel på arbejdsgangene eller på omkostningseffektiviteten. Ved at koble aktivitetsdata med de konkrete omkostninger vil disse forskelle kunne kvalificeres ud fra et samlet ressourcemæssigt perspektiv, jf. nedenfor. Synliggørelsen af disse forskelle vil samtidig kunne understøtte, at der udbredes viden om omkostningseffektive behandlingsformer mellem sygehuse.

*Ad. 2. Kobling af aktivitetsdata med omkostninger*

Med udgangspunkt i omkostningsdatabasen vil de i tabel 6.2 beskrevne aktivitetsdata kunne kobles med de forbundne omkostninger, fx vil den gennemsnitlige udgift, der fordeles på sengedag inden for en given DRG-gruppe, kunne opgøres. Dette vil være muligt for alle kontakter og for alle de sygehuse, der behandler patienter i den enkelte DRG-gruppe. Nedbrydningen af det i tabel 6.2 beskrevne patientforløb i udgifter er illustreret i tabel 6.3.

**Tabel 6.3. Fiktivt eksempel på nedbrydning af patientforløb på økonomi (DRG-niveau)**

Sygehus	Ambulant	Sengedage	Røntgen	MR	Patologi	Fysiologi	Total
Sygehus A	1.200	24.000	3.200	10.000	850	750	40.000
Sygehus B	2.400	15.000	4.500	9.000	1.150	700	32.750
Sygehus ...	...	...	...	...	...	...	...

Tabellen viser de udgifter, der er forbrugt til hver enkelt kontakt i patientforløbet, dvs. hvor mange ressourcer der er brugt på ambulante besøg, selve indlæggelsen, røntgenundersøgelserne osv. Samlet viser omkostningsberegningen, at patientforløbet på sygehus A er 7.250 kr. dyrere at gennemføre i forhold til Sygehus B.



Opdelingen på de enkelte kontakter viser imidlertid, at sygehus A faktisk har et lavere forbrug af ressourcer på visse dele af patientforløbet, fx røntgenundersøgelserne.

Eksemplerne illustrerer tillige, at hverken aktivitets- eller omkostningsdata kan stå alene i beskrivelsen af produktionen og produktiviteten mv. på sygehusene. En samlet forståelse af forholdene på sygehusene kan først sikres ved at supplere økonomiplysningerne med de bagvedliggende aktivitetsdata i bl.a. LPR og registrene for de tværgående serviceafdelinger mv..

Som det fremgår, kan disse data bidrage til en mere systematisk beskrivelse af den forskelligartede kliniske adfærd, der ligger bag behandlingen af i øvrigt sammenlignelige patienter på de forskellige sygehuse. Det drejer sig bl.a. om forskelle i anvendelsen af dagkirurgi, ambulant behandling og ventetid før operation mv.. Alle disse data kan nyttiggøres som forklarende faktorer til forskelle i de økonomiske forhold, der knytter sig til de enkelte behandlingsområder på sygehusene.

Konklusionen er, at produktivetsmål kan give en indikation på forskelle i omkostningseffektiviteten, men at det er nødvendigt – for at bruge det konkret i styringen af sygehusene – at supplere det aggregerede mål med de relevante underliggende indikatorer, der dels kan bidrage til at identificere, hvori de konkrete forskelle består, dels tage højde for evt. objektive forhold (fx patienttyngde) der kan påvirke omkostningsniveauet.

Med den beskrevne adgang til data vil det være muligt at foretage analyser af udvalgte variable og indikatorer for omkostningseffektive behandlinger mv..

Gennem en kombination af oplysninger fra omkostningsdatabasen, data for den kommunale (med)finansiering og aktivitetstal fra Landspatientregisteret mv. kan der således dannes indikatorer for sammenligning, fx for at vurdere potentialet for udbredelse af mere effektive behandlingsformer. Samtidig giver disse data mulighed for mere aggregerede sammenligninger på tværs af sygehusene.

En indikation på effektive behandlingsforløb er liggetid, da det alt andet lige vil være mere effektivt at gennemføre en behandling med et lavere forbrug af sengedage. Da der sammenlignes inden for samme DRG-gruppe og ikke på afdelingsniveau, vil det potentielt være muligt at holde en række faktorer konstante, herunder patienttyngde.

I tabel 6.4 er vist et eksempel på en opgørelse af liggetid inden for samme DRG-gruppe, dvs. mellem umiddelbart sammenlignelige behandlinger. Det fremgår af opgørelsen, at liggetiden for DRG-gruppen degenerativ sygdomme i nervesystemet varierer mellem 2,9 dage og 4,9 dage i gennemsnit, *jf. tabel 6.4*. Denne sammenligning viser således store forskelle i liggetiden på tværs af sygehuse, der kan indikere forskelle i behandlingspraksis, men også kan skyldes forskelle i patientsammensætning. Derfor bør en sådan indikator ikke stå alene, men suppleres med andre indikatorer for effektive behandlingsforløb, *jf. kapitel 7*.

**Tabel 6.4. Liggetid i udvalgte DRG-grupper, 2008.**

Sygehus	Degenerative sygdomme i nervesystemet	Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. o.1 år og u. 18	Svimmelhed	Sten i urinveje	Ukompliceret vaginal fødsel, normal graviditet og puerperium
<b>Hele landet</b>	<b>4,9</b>	<b>1,9</b>	<b>2,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,9</b>
Amager Hospital	4,6	-	1,7	-	-
Bispebjerg Hospital	4,9	-	3,3	1,0	-
Bornholms Hospital	-	-	-	-	2,8
Fredericia og Kolding Sygehuse	-	1,4	2,4	1,9	1,8
Frederiksberg Hospital	5,2	-	2,5	1,5	1,5
Gentofte Hospital	4,3	1,7	2,4	-	1,9
Glostrup Hospital	4,8	3,2	2,3	-	1,8
Herlev Hospital	4,6	-	1,8	2,1	2,0
Hospitalet i Nordsjælland	4,5	1,4	2,5	1,9	1,5
Hvidovre Hospital	4,5	1,4	2,8	1,3	1,7
OUH Odense Universitetshospital	5,2	1,8	2,5	1,9	2,0
OUH Svendborg Sygehus	3,9	-	2,1	-	2,2
Region Sjællands Sygehusvæsen	5,4	1,6	2,4	2,1	1,6
Regionshospitalet Herning	-	1,9	2,5	-	1,9
Regionshospitalet Holstebro	4,8	-	2,8	1,5	1,7
Regionshospitalet Horsens, Bræ	3,3	-	2,4	-	1,6
Regionshospitalet Randers	4,5	1,7	2,9	1,6	1,9
Regionshospitalet Silkeborg	4,8	-	3,7	-	2,0
Regionshospitalet Viborg, Skiv	5,8	2,8	2,7	1,3	2,0
Rigshospitalet	3,7	2,5	-	1,4	2,0
Sydvestjysk Sygehus	4,9	2,4	2,8	2,0	2,3
Sygehus Himmerland	6,3	-	3,3	-	-
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	-	-	-	-	2,2
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	6,5	1,6	2,4	1,8	2,7
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	-	-	-	1,1	-
Sygehus Thy – Mors	6,7	-	2,6	-	2,4
Sygehus Vendsyssel	5,1	-	3,3	-	1,9
Vejle Sygehus	6,1	-	2,8	-	-
Aalborg Sygehus	5,6	2,6	3,8	1,8	1,9
Århus Sygehus	2,9	-	2,1	-	-
Århus Universitetshospital, Skejby	-	2,2	-	1,4	2,1
<b>Antal indlæggelser i hele landet</b>	<b>4469</b>	<b>2007</b>	<b>3775</b>	<b>3239</b>	<b>16974</b>

Anm.: Opgørelsen er kun foretaget for sygehuse, der har haft mere end 50 indlæggelser i den pågældende DRG-gruppe

Et andet eksempel på en relevant og klinisk meningsfuld sammenligning er bl.a. den ambulante andel inden for operationer, som er særligt velegnet til ambulant dagkirurgi. På dette område er der også relativ stor forskel i sygehusenes anvendelse af mulighederne for omlægning af behandlinger fra stationær til ambulant. Eksempelvis varierer andelen af kikkertundersøgelser, der foretages ambulant fra 73,4 pct. til 100 pct. i gennemsnit. Desuden fremgår det, at andelen af dagkirurgisk aktivitet på brokområdet varierer mellem 43, 4 pct. og 100 pct., *jf. tabel 6.5*. Disse variationer kan skyldes forskellige faktorer, herunder fx forskel i patienttyngde og patientgrundlag, samt variation i forekomsten af speciallæger, der foretager lignende behandlinger. Sammenligningen af sygehuse bør således ikke stå alene. Den bør dog give anledning til at stille målrettede

spørgsmål og udgøre et afsæt for yderligere undersøgelser af årsagerne til de konstaterede variationer mellem sygehusene.

**Tabel 6.5. Antal operationer udført ambulant blandt tre udvalgte operationer, som er særligt velegnet til dagkirurgi, 2008**

Sygehus	Kikkertundersøgelse af led (artroskopi)	Fjernelse af indopererede skruer, skinner, stave mm.	Operation for brok (hernier)	Vægtet gennemsnit <sup>1</sup>
<b>Hele landet</b>	<b>92,8</b>	<b>84,4</b>	<b>79,8</b>	<b>85,5</b>
Rigshospitalet	-	51,0	67,7	-
Bispebjerg Hospital	84,6	83,9	60,2	76,1
Hvidovre Hospital	100,0	62,6	43,4	67,9
Amager Hospital	97,6	93,4	87,3	92,6
Frederiksberg Hospital	87,5	45,5	-	-
Gentofte Hospital	95,8	92,0	91,1	92,9
Glostrup Hospital	90,7	81,4	65,6	79,0
Herlev Hospital	94,3	74,4	97,1	88,3
Hospitalet i Nordsjælland	96,7	83,4	91,6	90,3
Region Sjællands Sygehusvæsen	88,9	81,8	77,3	82,5
Bornholms Hospital	99,0	94,1	83,2	91,9
OUH Odense Universitetshospital	95,3	85,4	65,7	81,9
OUH Svendborg Sygehus	88,9	82,8	84,0	85,1
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	73,4	-	56,0	-
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	100,0	-	100,0	-
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	81,7	83,1	55,4	73,3
Sydvestjysk Sygehus	90,5	87,1	83,4	86,9
Give Sygehus	98,9	-	-	-
Regionshospitalet Horsens, Brædstrup	96,1	90,5	82,9	89,7
Fredericia og Kolding Sygehuse	98,4	93,9	75,5	89,1
Vejle Sygehus	93,9	84,0	79,3	85,5
De Vestdanske Friklinikker, Give	98,7	-	-	-
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	100,0	-	100,0	-
Regionshospitalet Holstebro	92,6	93,8	59,1	81,7
Regionshospitalet Herning	86,4	90,4	81,2	86,0
Regionshospitalet Ringkøbing	100,0	100,0	-	-
Regionshospitalet Silkeborg	92,3	87,7	75,5	85,0
Århus Sygehus	93,0	90,9	-	-
Regionshospitalet Randers	96,2	88,4	95,0	93,1
Regionshospitalet Grenaa	100,0	-	100,0	-
Regionshospitalet Viborg, Skive	93,0	89,4	73,2	85,1
Sygehus Thy - Mors	91,7	93,7	83,1	89,5
Aalborg Sygehus	-	-	77,1	-
Sygehus Vendsyssel	-	-	87,2	-
Ortopædkirurgi Nordjylland	79,2	83,8	-	-
<b>Antal operationer i hele landet</b>	<b>8.177</b>	<b>9.073</b>	<b>8.790</b>	<b>26.040</b>
Vægt	0,314	0,348	0,338	

Anm.: Opgørelsen er kun foretaget for sygehuse, der har udført 50 eller flere af den pågældende operation.

1) De enkelte operationer er vægtet med deres andel af de tre operationer tilsammen på landsplan.

En anden nyttig egenskab ved den systematiske anvendelse af omkostningsdatabasen er, at variation i inputfaktorerne i produktionsfunktionen kan sammenlignes, *jf. tabel 6.6.*

**Tabel 6.6. Fiktivt eksempel på nedbrydning af patientforløb på inputfaktorer (DRG-niveau)**

<b>Sygehus</b>	<b>Løn</b>	<b>Implantater mv.</b>	<b>Overhead</b>	<b>Total</b>
Sygehus A	28.800	8.000	3.200	40.000
Sygehus B	21.250	7.000	4.500	32.750
Sygehus ...	...	...	...	...

# 7. Synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlinger

## 7.1. Sammenfatning

Af kommissoriet fremgår det, at arbejdsgruppen skal beskrive "en model, der kan understøtte synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlingsformer mv., herunder gennem offentliggørelse af behandlingsudgiften i de mest effektive enheder fra medio 2009."

I dette afsluttende kapitel vil fokus være på metoder og værktøjer til at forbedre den konkrete styring på sygehusene med henblik på at understøtte udbredelse af omkostningseffektive behandlingsformer mv. Det overordnede sigte er at identificere og beskrive relevante tiltag og metoder, der kan arbejdes med i styringen af sygehusene med henblik på at sikre udbredelsen af effektive patientforløb, herunder fremme kvaliteten af behandlingerne til gavn for patienterne og sætte fokus på at skabe mere sundhed for pengene. Arbejdet med at fremme effektiv styring og effektive patientforløb fordrer et stærkt ledelsesmæssigt fokus og frihedsgrader lokalt på sygehusene i forhold til at kunne motivere medarbejdere og give rum til at planlægge og tilrettelægge arbejdsgangene, så de understøtter disse målsætninger. Det stiller krav til den lokale ledelse i regionerne og på sygehusene.

Ved at supplere de økonomiske informationer med en bedre dokumentation af den indsats, der opnås på de enkelte sygehuse, bliver det muligt at bidrage til en belysning af, hvad der skaber mest sundhed for pengene. Det vil samtidig kunne bidrage til at flytte fokus fra inputfaktorer (hvor mange penge afsættes, hvor mange ansatte etc.) og proces (hvordan kommer vi fra A til B) til, hvad der rent faktisk leveres for de ressourcer, der stilles til rådighed. Udgangspunktet er, at den konkrete styring af sygehusene er regionernes ansvar. Det statslige fokus bør primært være, at de afsatte ressourcer anvendes effektivt, og at der opnås mest mulig sundhed, samt at en bedre og mere sammenlignelig dokumentation af indsatsen vil kunne give regionerne større frihed i opgaveløsningen.

Der anvendes følgende tilgang: Først identificeres "best practice", og dernæst arbejdes med metoder for udbredelse, der kan bestå dels i synliggørelse og benchmark af indikatorer for omkostningseffektiv behandling, dels som grundlag for en økonomisk styring der kan understøtte udbredelse af omkostningseffektive behandlingsformer.

I afsnit 7.2. skitseres, hvorledes "best practice" kan identificeres ved at sammenligne sygehusenes udgifter til at udføre behandlinger inden for de enkelte behandlingsområder.

I afsnit 7.3. beskrives dernæst en række indikatorer, der sammen med oversigten over forskelle i sygehusenes behandlingsudgifter kan medvirke til at understøtte regionernes og sygehusenes styring i forhold til at sikre mest mulig sundhed for pengene.

I afsnit 7.4 skitseres konkrete modeller for styring af sygehusene, der kan understøtte udbredelse af omkostningseffektive behandlingsforløb ved at give sygehusene økonomisk tilskyndelse til at tilpasse deres produktionsomkostninger til bedste praksis.

### Boks 7.1. Anbefalinger vedr. synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlinger

Arbejdsgruppen anbefaler, at

- Der sker offentliggørelse af "best practice-takster" med henblik på at sikre synliggørelse af forskelle i behandlingsudgifter inden for enkelte behandlinger/DRG-grupper og udbredelse af best practice, jf. afsnit 7.2.
- Der følges op på udbredelsen af omkostningseffektive behandlinger, fx via fastsættelse af mål for anvendelsen af ambulant behandling og accelererede patientforløb som supplement til de økonomiske informationer, jf. afsnit 7.3
- Regionerne udformer deres takststyringsmodeller i forhold til de enkelte sygehuse med udgangspunkt i lokale forhold og omkostningsstrukturer samt viden om best practice. Udbredelsen af omkostningseffektive behandlinger bør understøttes ved at pålægge sygehuse med mindre god omkostningseffektivitet et større produktivitetskrav end de omkostningseffektive sygehuse, jf. afsnit 7.4.

### 7.2. Omkostningseffektive behandlingsformer – best practice takster

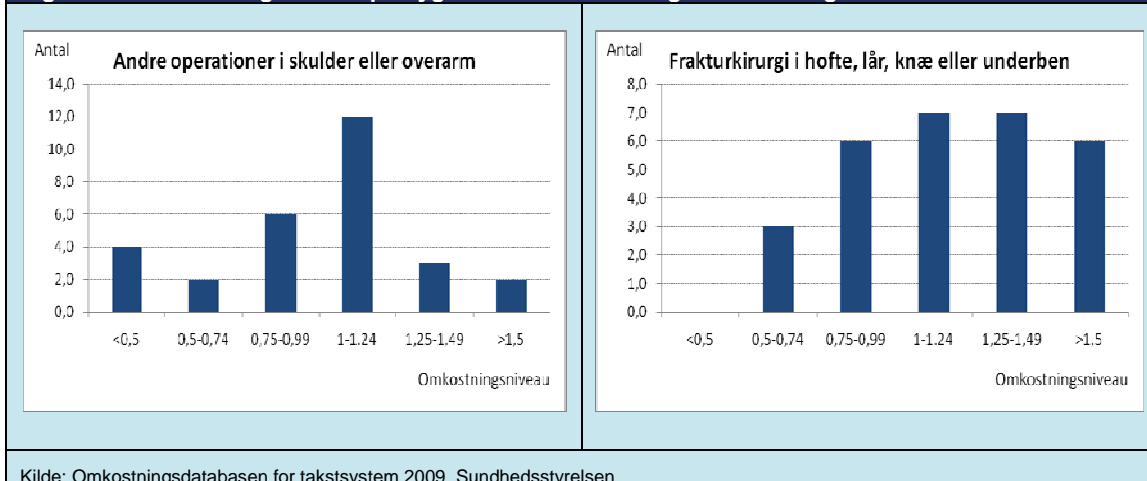
Af kommissoriet fremgår det, at udvalget skal *"beskrive en model, der kan understøtte synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlingsformer mv., herunder gennem offentliggørelse af behandlingsudgiften i de mest effektive enheder (best practice takster) fra medio 2009."*

I dette afsnit beskrives en metode for udvikling af best practice takster, der baserer sig på omkostningerne på de mest effektive offentlige sygehuse.

DRG-taksten, som i dag anvendes til de fleste former for afregning, styring mv. i det offentlige sygehusvæsen, udtrykker et gennemsnit for, hvad det vil koste at få udført aktiviteten på offentlige sygehuse. Taksten afspejler dermed de store omkostningsforskelle, der er mellem de offentlige sygehuse, begrundet i forskellige ramme- og produktionsvilkår mv. mellem de offentlige sygehuse. Da den offentlige DRG-takst er et udtryk for en gennemsnitsbetragtning, vil der være en række tilfælde, hvor de offentlige sygehuse leverer ydelser til en noget lavere omkostning end 100 pct. af DRG-taksten.

Dette kan illustreres med følgende eksempler på fordeling af gennemsnitsomkostningerne for to forskellige behandlinger på de enkelte sygehuse. Fastsættelsen af taksten for DRG-gruppen "Andre operationer i skulder eller overarm" bliver bestemt på baggrund af omkostningsoplysninger fra 29 offentlige sygehuse. Gennemsnitsomkostninger for det enkelte sygehus fordeler sig i et interval med fire sygehuse med et omkostningsniveau på 50 pct. under det landsgennemsnitlige niveau til to sygehuse på over 50 pct. over landsgennemsnittet. På seks af de offentlige sygehuse udgør omkostningsniveauet mere end 75 pct. af DRG-taksten. På mere end hvert femte sygehus udgør omkostninger ved denne type behandling mindre end 75 pct. af landsgennemsnittet, og det mest effektive sygehus skal findes blandt disse sygehuse, jf. figur 7.1.

**Figur 7.1. Omkostningsniveau på sygehusniveau – udvalgte behandlinger**



Kilde: Omkostningsdatabasen for takstsystem 2009, Sundhedsstyrelsen

For DRG-gruppen "Frakturkirurgi i hofte, lår, knæ eller underben" indgår der ligeledes 29 sygehuse i fastsættelsen af den landsgennemsnitlige DRG-takst. I forhold til behandling på skulder og overarm er omkostningsfordelingen mere ligelig. Tre sygehuse har et omkostningsniveau på mellem 50 og 75 pct. af landsgennemsnittet i alle de øvrige intervaller er der mellem seks og syv sygehuse.

Generelt kan det lægges til grund, at sygehusene alene anvender behandlingsmetoder, der sikrer en tilstrækkelig behandlingskvalitet for patienten. En stor variation i den gennemsnitlige udgift til behandling inden for den enkelte DRG-gruppe på tværs af sygehuse indikerer, at der er muligheder for udbredelse af omkostningseffektive behandlingsformer. For en given kvalitet i behandlingen vil forskellene i omkostninger på tværs af sygehusene inden for den enkelte DRG-gruppe således enten være udtryk for forskelle i patienttyngde/kompleksitet og/eller i sygehusets produktivitet.

Det er til enhver tid det overordnede sigte at få mest mulig sundhed for pengene og dermed at søge at maksimere omkostningseffektiviteten i sygehusvæsenet. En af vejene hertil er at identificere de enheder, der kan levere ydelser til de laveste omkostninger og dernæst søge at kortlægge, hvad der gør det muligt for disse sygehuse at producere til lavere omkostninger end øvrige sygehuse, jf. kapitel 6.

En synliggørelse af de sygehusspecifikke forskelle i behandlingsomkostningerne inden for de enkelte DRG-grupper vil således give regionerne og de enkelte sygehuse klare fingerpeg om, hvor der kan være de bedste muligheder for at indhøste gevinster ved at lære af de bedste sygehuse. Forskellene mellem sygehusene kan således give anledning til at gennemgå interne arbejdsprocesser og omkostningsstrukturer og søge efter forbedringsmuligheder ved at sammenholde disse med arbejdsprocesserne og omkostningsstrukturerne på de(t) sygehus(e), som har de laveste omkostninger inden for den enkelte DRG-gruppe.

Med denne metode vil sygehusene således blive målt mod omkostningsniveauer, der har vist sig mulige at realisere i praksis for andre sygehuse. Dette kan i princippet anses for en forsigtig metode, idet der formentlig også er muligheder for fortsatte forbedringer af produktiviteten blandt de sygehuse, som har den bedste praksis.

Anvendelsen af denne metode kan give regionerne og sygehusene bedre muligheder for at lære af de bedste og at udbrede og implementere denne viden med henblik på at sikre en bedre anvendelse af sygehusenes ressourcer. Fordelen ved på denne måde at tydeliggøre forskellene er, at en åbenhed omkring forskelle i omkostningsniveauerne kan være med til at fremme personalets forståelse af behovet for forandringer og dermed være med til at understøtte ledelsesmæssige beslutninger herom. Der vil givet altid bestå en vis forskel i om-

kostningsniveau mellem sygehusene på grund af fx patientsammensætning, politiske prioriteringer om at opretholde et akut behandlingstilbud i tyndt befolkede områder.

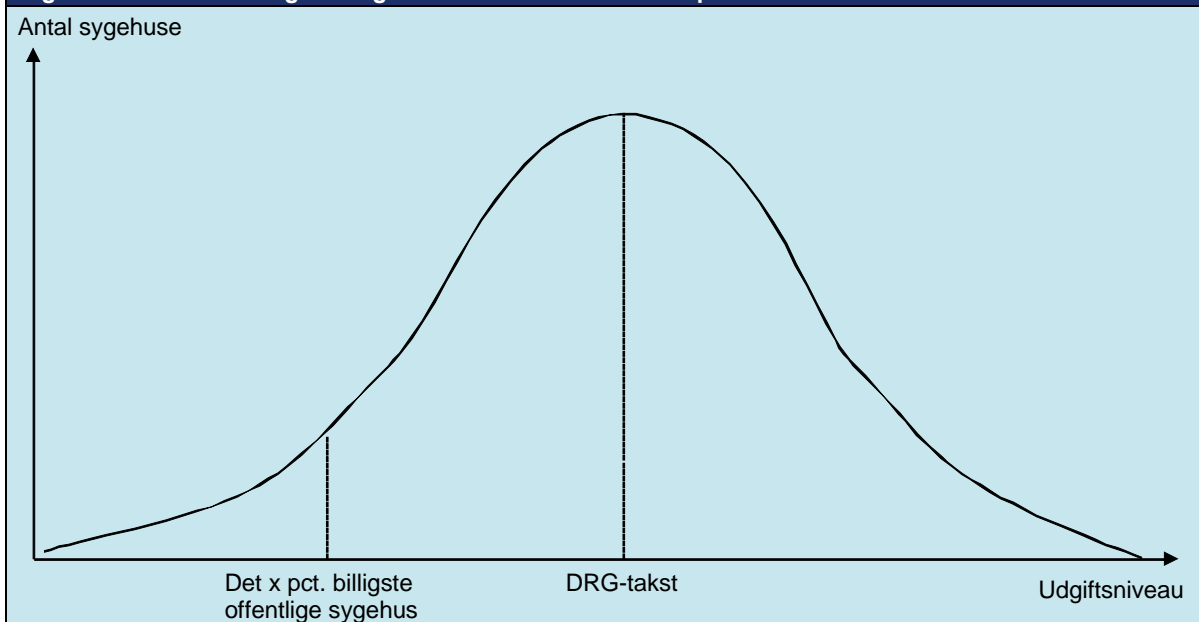
Modellen lægger således i tråd med de overordnede principper for styringen af sygehusvæsenet op til en proces, hvor regionerne i samarbejde med sygehusene selv har det aktive ansvar for at realisere de potentielle gevinster ved at udbrede bedste praksis til alle sygehuse.

"Best practice-takster" skal dels synliggøre, hvilke afdelinger der er de mest effektive, dels, jf. kapitel 6, kunne dekomponere omkostningerne på relevante variable, så der gives en mere nuanceret forklaring på de variationer, der er mellem afdelingerne.

For at sikre at "best practice-taksterne" er funderet på et relativt solidt grundlag, kan taksterne opgøres på grundlag af en vis andel af de billigste offentlige sygehuse. Baggrunden for at tage et udsnit af de billigste sygehuse og ikke bare det billigste af de offentlige sygehuse i hver DRG-gruppe er, at der kan være betydelige forskelle på, hvor stor en del af omsætningen i det offentlige sygehusvæsen det billigste sygehus i den enkelte gruppe dækker, samt at der kan være usikkerhed knyttet til omkostningsopgørelsen, hvis den alene baseres på én eller meget få observationer.

Det vurderes på denne baggrund, at "best practice-taksterne" bør dannes ud fra en model, hvor taksten fastsættes på baggrund af gennemsnitsudgiften for samtlige patienter behandlet på sygehuse, der er mest omkostningseffektive, og hvor det samtidig sikres, at tyngden er tilstrækkelig stor. Det kan være i form af gennemsnittet af enhedsudgifter, som svarer til eller er lavere end niveauet på det x pct. billigste sygehus, jf. figur 7.2.

**Figur 7.2 Illustration af grundlaget for fastsættelse af "best practice-taksten".**



Jo lavere "x" er, jo færre sygehuse og dermed færre patienter indgår i fastsættelsen af "best practice-takster" baseret på gennemsnit. Samtidig medgår sygehusene, der bidrager til fastsættelsen af "best practice-taksten", med forskellig vægt alt efter størrelsen af deres aktivitet. Jo større sygehusets aktivitet er, jo større vægt tillægges sygehuset i fastlæggelsen af "best practice-taksten".



Opgørelserne af "best practice-takster" for hver enkelt DRG-gruppe kan nedbrydes i forskellige omkostningskomponenter, herunder bl.a. løn og patientrelaterede udgifter for derved at gøre det enklere for regioner og sygehuse at kunne identificere, hvad der bidrager til forskelle mellem omkostningsniveauet på det enkelte sygehus og bedste praksis.

Den samme metodik kan anvendes for de enkelte behandlingsformer inden for hver DRG-gruppe, hvis der er behov for at bestemme en "best practice-takst" for en enkelt type kirurgisk indgreb el. lign. I DRG-systemet kan det enkelte indgreb ligge sammen med andre nært tilknyttede indgreb i en DRG-gruppe, men de foreliggende oplysninger i omkostningsdatabasen mv. muliggør i princippet, at der foretages en beregning af best practice takster på alle de forskellige former for beslægtede indgreb, der er samlet i en enkelt DRG-gruppe.

*"Best practice-taksterne" og regionernes styring af sygehusene.*

"Best practice-taksterne" kan udgøre et vigtigt input til regionernes takststyring af sygehusene, idet regionerne herved får en indikation på, hvad en ekstra ydelse bør koste, hvis den udføres til samme omkostningsniveau som de af de offentlige sygehuse, der har de laveste udgifter. Det kan fx være relevant i de tilfælde, hvor en udvidelse af aktiviteten forudsættes at kunne ske uden brug af ekstra arbejdstimer eller ved anvendelse af forholdsvis færre arbejdstimer pr. behandling som følge af en bedre arbejdstilrettelæggelse.

*Model for offentliggørelse af "best practice-takster"*

Taksterne vil kunne anvendes i styringen af de offentlige sygehuse ved at sætte fokus på de omkostningseffektive afdelinger og ved at indgå som grundlag for prioriteringer om at udføre opgaver som egenproduktion eller ved køb fra eksterne. Endelig kan "best practice-taksterne" anvendes i forhold til indretningen af de lokale takststyringsmodeller, jf. afsnit 7.4.

### **7.3. Indikatorer der kan understøtte udbredelsen af omkostningseffektive behandlinger og en effektiv anvendelse af ressourcerne i sygehusvæsenet**

Til at understøtte regioner og sygehuse i udbredelsen af omkostningseffektive behandlinger bør der ud over best practice takster også udarbejdes og offentliggøres en række indikatorer herfor. Og der vil på regionsniveau kunne opstilles konkrete mål for udviklingen i indikatorerne, der kan arbejdes med i den løbende styring. Det kan derfor overvejes at opstille indikatorer for udbredelsen af omkostningseffektive behandlinger og effektiv anvendelse af ressourcerne. Disse indikatorer skal kunne afgrænses, og der skal kunne styres herefter. Det forudsætter mulighed for måling og monitorering. Samtidig skal påvirkningen være relativ entydig – regionerne bør kunne påvirke indikatorerne gennem deres styring og indsats.

Til at understøtte regioner og sygehuse i udbredelsen af omkostningseffektive behandlinger bør der ud over bedste praksis takster også udarbejdes og offentliggøres en række indikatorer. Sådanne indikatorer kan fremme omkostningseffektive behandlinger og arbejdsprocesser inden for de enkelte behandlingsområder, jf. boks 7.2.

#### **Boks 7.2. Omkostningseffektivitet og effektivitet.**

Omkostningseffektivitet handler om at kunne producere en given mængde sygehusydelse til de lavest mulige omkostninger.

Ved effektivitet forstås evnen til at opnå størst mulig effekt (nyttevirkning) af indsatsen i forhold til de anvendte ressourcer.

Omkostningseffektivitet er således en del af den samlede effektivitet.

Disse typer af indikatorer kan både anvendes på et nationalt niveau og i den konkrete styringsindsats for de enkelte sygehuse eller regioner.

Synliggørelsen af forskelle i sygehusenes udgifter til behandling via "best practice-takster" kan medvirke til, at regionerne og sygehusene sætter fokus på mulighederne for at lære af de sygehuse, der leverer de mest omkostningseffektive behandlinger. Best practice taksterne bør samtidig suppleres med andre indikatorer for omkostningseffektive behandlinger, *jf. boks 7.3.*

### Boks 7.3. Indikatorer for omkostningseffektive behandlinger

- Offentliggørelse af "best practice-takster" sikrer synliggørelse af forskelle i behandlingsudgifter inden for enkelte behandlinger/DRG-grupper og udbredelse af best practice.
- Synliggørelse af sygehus-/afdelingsspecifikke forskelle i liggetider.
- Synliggørelse af sygehus-/afdelingsspecifikke andele af ambulante behandling inden for relevante DRG-grupper.
- Synliggørelse af anvendelse af accelererede patientforløb, hvor det erfaringsmæssigt er mest omkostningseffektivt. Der kan fx i første omgang udvælges x antal behandlinger/DRG-grupper.
- Synliggørelse af antal behandlinger (mål for mindsteproduktionsniveau/kritisk masse for at opnå effektiv drift)

Parallelt hermed kan der ske en synliggørelse af forskelle i liggetider for de enkelte behandlinger på tværs af sygehusafdelinger, og der kan eventuelt opstilles en målsætning for nedbringelse af liggetiden for bestemte typer af behandlinger, hvor de er sammenlignelige i forhold til patienttyngde, og hvor der vurderes at være potentiale herfor. Tilsvarende kan der ske synliggørelse af antal behandlinger som udtryk for en parameter, der kan påvirke såvel omkostning som behandlingskvalitet (kritisk masse).

De enkelte regioner og sygehuse kan lokalt også fastlægge mål for udviklingen i de relevante indikatorer.

Omkostningseffektive behandlinger vil også kunne fremmes ved at opstille generelle mål for anvendelse af ambulante behandling og/eller anvendelse af accelererede patientforløb på områder, hvor der vurderes at være et reelt potentiale for at fremme omkostningseffektiviteten.

Et mål for omkostningseffektivitet bør dog ikke stå alene, da der fx kan være en grund til, at en afdeling har længere liggetider eller flere genindlæggelser, men en række supplerende mål giver samlet set et bedre grundlag for sygehusledelse, klinikere m.fl. for at sammenligne sygehuse og afdelingers præstationer i forhold til hinanden. Nedenfor er der opstillet et fiktivt eksempel for indikatorer for omkostningseffektiv behandling, *jf. tabel 7.1.*

**Tabel 7.1. Indikatorer for omkostningseffektive behandlinger (fx by-pass operation)**

	Best practice-takst	Liggetid	Infektion efter operation	Dødelighed inden for 30 dage	Fejl ved medicinerings	Genindlæggelsesfrekvens
Sygehus A	85 pct.	5,1 dage	0,2 pct.	6,6 pct.	5,7 pct.	5,4 pct.
Sygehus B	92 pct.	5,3 dage	0,4 pct.	10,3 pct.	5,1 pct.	5,7 pct.

Generelt går kvalitet og omkostningseffektivitet ofte hånd i hånd – fx når det drejer sig om indførelse af accelererede patientforløb og omlægning til ambulante behandlinger.

#### 7.4. Konkrete modeller for styring af sygehusene

Der findes ikke nogen fast model for, hvordan styringen af sygehusene skal indrettes. Regionerne har således frihedsgrader til at tilrettelægge styringen af sygehusene. Dog har der siden 2007 været et krav om, at halvdel af bevillingerne til sygehusene skal være afhængige af den præsterede aktivitet, *jf. boks 7.4.*

#### Boks 7.4. Uddrag af aftale om regionernes økonomi for 2007

*"Regeringen og Danske Regioner er enige om, at de eksisterende økonomiaftaler frem til 2006 vedrørende takststyring udgør et godt grundlag, der bør lægges til grund ved udviklingen af regionernes takststyringsmodeller. Der er enighed om, at den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter bør opfylde målet om 50 pct. i 2007."*

Kilde: Finansministeriet: "Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2007", juni 2006, s. 39.

Det følger samtidig af aftalen om regionernes økonomi for 2007, at regionerne bør indrette deres modeller for takststyring i overensstemmelse med de principper, der blev fastlagt i økonomiaftalerne med sygehusejerne frem til 2006. Her tænkes særligt på principperne for takststyring, herunder anvendelse af diskretionære takster, knæktakster og afregningslofter med henblik på at understøtte den bedst mulige anvendelse af ressourcerne.

Det er et væsentligt hensyn, at regionerne i deres udformning af takststyringsmodellerne søger at tilrettelægge styringen på en måde, der sikrer mest mulig sundhed for pengene og understøtter en effektiv styring af udgifterne. Det er netop på denne baggrund, at der i takststyringsmodellerne generelt bør anvendes diskretionære takster og afregningslofter/knæktakster.

De fem regioner bruger takststyring forskelligt, da takststyringen bliver målrettet til at imødekomme forskellige regionale udfordringer. Regionerne tilretter løbende takststyringsmodellerne ud fra, dels lokale hensyn, dels efter politiske prioriteringer, dels i forhold til de omkringværende omstændigheder. Fx justerede flere af regionerne deres takststyringsmodeller i forbindelse med suspensionen af det udvidede frie valg og aktivitetspuljen som følge af strejken i foråret 2008.

I takststyringen kan med fordel indtænkes mulighederne for at udligne produktivitsforskelle gennem forhøjede produktivitskrav til de sygehuse, som ikke har en så god produktivitet som den bedste del af sygehusene. Dette kan være med til at udligne produktivitsforskellene mellem sygehusene og understøtte implementeringen af bedste praksis, *jf. ovenfor og boks 7.5.* Dette er f.eks. tilfældet i takststyringsmodellerne i Region Midtjylland og Region Syddanmark. I de øvrige regioners takststyringsmodeller indgår ligeledes produktivitskrav, men de er dog ikke differentieret på tværs af sygehuse.

**Boks 7.5. Om udligning af produktivetsforskelle i model med højere grundbevilling til mindre produktive sygehuse og afregning pr. behandling svarende til mest omkostningseffektive sygehus**

*"Den logiske konsekvens må derfor være, at de mindre produktive sygehuse i en periode stilles over for større krav til årlige produktivetsforbedringer end de mere produktive sygehuse. Derved kan der over tid sikres en gradvis indhentning af de mindre produktive sygehuses produktivitetsefterslæb og dermed en udligning af afregningsbetingelser. Det vil være afgørende for virkningen, at udligningen sker i en realistisk takt og gennemføres konsekvent."*

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Finansministeriet: "Takststyring på sygehusområdet", januar 2003, kapitel 8, s.180.

Forbedringer af produktiviteten kan også realiseres ved at afregne sygehusene med en lavere takst end de gennemsnitlige omkostninger. For så vidt at sygehusene med en mindre god produktivitet har et bedre potentiale for at udvide produktionen for en ganske lav omkostning alene ved at forbedre produktionstilrettelæggelsen, kan der også med ganske lave takster være en tilskyndelse til at øge aktiviteten. I de fem regioners takststyringsmodeller anvendes generelt afregningstakster på 50-70 pct. for meraktivitet. Flere af regionerne anvender i øvrigt afregningslofter og/eller knæktakster af hensyn til udgiftsstyringen, jf. tabel 7.2 nedenfor.

**Tabel 7.2. Regionernes takststyringsmodeller i 2009**

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
<b>Afregning af meraktivitet – pct. af DRG-taksten</b>	50 pct. (somatik)	70 pct. (somatik)	Elektiv aktivitet 50-55 pct. akut 0 pct. Mulighed for højere takst, hvis den ikke er dækkende. Medicinsk område: 55 pct. for ambulante og 0 pct. for indlagte	50 pct. for kirurgiske og ambulante medicinske patienter. 0 pct. for medicinske patienter	60-70 pct. (somatik)
<b>Afregningsloft/knæktakst</b>	Administrationen kan fastlægge loft	Aktivitet over "loft" honoreres med 10-55 pct.		Loft over aktiviteten. Manglende realisering af aftalt aktivitet indebærer tilbagebetaling	Intet loft, men aktivitet ud over kontrakt-niveau afregnes med 20 pct.
<b>Produktivtetskrav</b>	2 pct.	3 pct.	Differentierede krav afhængig af produktivitet. På det akutte område forudsættes 1 pct.	Differentierede krav afhængig af produktivitet. Gennemsnitligt krav er 2,5 pct. De mest produktive pålægges krav på 2,3 pct., mens de mindst produktive pålægges krav på 2,7 pct.	2 pct.

Kilde: Danske Regioner: "Styr på regionerne – regionernes økonomi i 2009", marts 2009.

En konkret model for udbredelse af omkostningseffektive behandlinger vil i øvrigt skulle koble regionernes takststyringsmodeller med en omkostningseffektiv generel økonomistyring, så den samlede bevillingsfastsættelse og prioritering sker ud fra konkrete vurderinger af omkostninger og aktivitet. Den dialog, der allerede i dag foregår mellem regionerne og sygehusene kan i væsentlig grad understøtte dette. Samtidig kan regioner og sygehuse fastlægge konkrete resultatmål, som en tilknyttet del af afregningen.

Anvendelse af indikatorer for omkostningseffektivitet mv. som parametre i den konkrete styring, fordrer for det første, at der kan opnås enighed om et samlet mål, som et retvisende og dækkende udtryk for kvaliteten af de leverede ydelser. For det andet vil det være en forudsætning, at de præsterede resultater følges op med styringsmæssige konsekvenser.

[www.sum.dk](http://www.sum.dk)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K.  
Tlf. 72 26 90 00  
Fax 72 26 90 01