

ANALYSE AF AKTIVITETEN I SYGGEHUSVÆSENET

- Juni 2010

Indhold

1. Indledning og sammenfatning	3
1.1 Baggrund for arbejdet og arbejdsgruppens kommissorium.....	3
1.2 Sammenfatning	4
2. Kortlægning af aktiviteten i sygehus-væsenet.....	7
2.1 Indledning.....	7
2.2 Overordnet beskrivelse af aktivitetsudviklingen	7
2.3 Den demografiske udvikling	11
2.4 Aktivitet på offentlige sygehuse, private sygehuse og klinikker.....	12
3. Analyse af aktivitetsudviklingen	13
3.1 Indledning.....	13
3.2 Aktivitetsudviklingen for akutte og planlagte kontakter	13
3.3 Aktivitetsudviklingen for ambulant behandling og indlæggelser	15
3.4 Aktivitetsudviklingen på det kirurgiske og det medicinske område.....	18
3.5 Aktivitetsudvikling for kræftbehandling.....	22
3.6 Aktivitetsudvikling for hjertebehandling	25
3.7 Aktivitetsudvikling for patienter med diabetes	27
3.8 Aktivitetsudviklingen for cancer, hjerte og diabetes patienter (komorbiditet)	28
3.9 Perspektivering om aktivitetsudviklingen i sygehusvæsenet	29
Bilag 1: Data og metode.....	31
Bilag 2: Dokumentation	35

1. Indledning og sammenfatning

1.1 Baggrund for arbejdet og arbejdsgruppens kommissorium

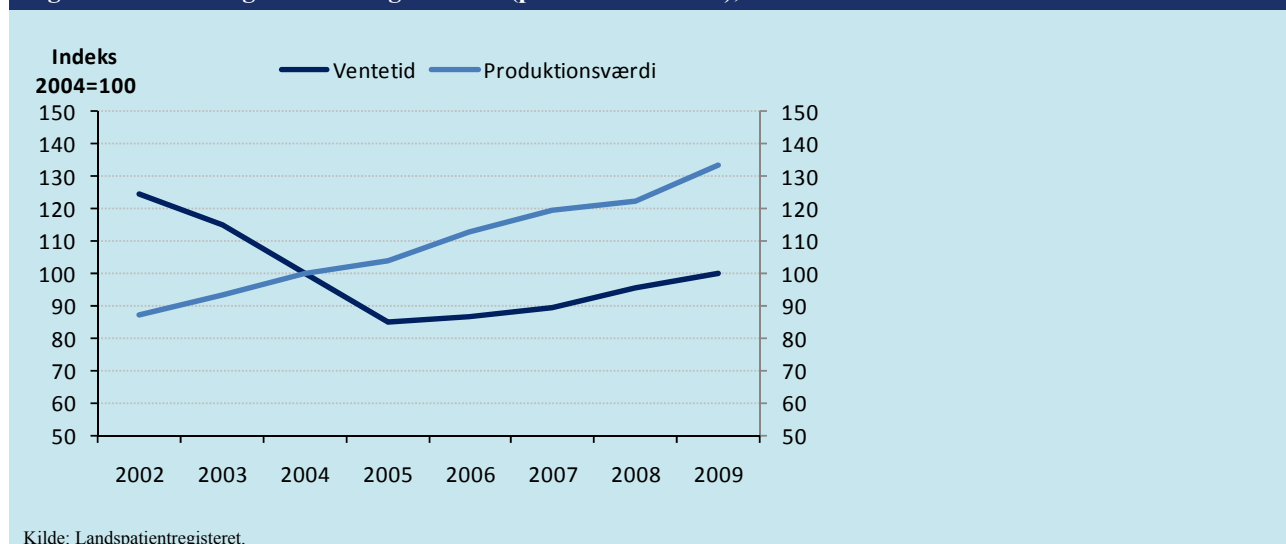
Der har siden 2001 været fokus på aktiviteten og ventetiderne i sygehusvæsenet. Der er således blevet taget en række initiativer, som skulle øge aktiviteten og sikre en bedre anvendelse af kapaciteten med henblik på at reducere ventetiderne til gavn for patienterne.

I 2001 blev der indført en aktivitetspulje med henblik på at belønne ekstra aktivitet i sygehusvæsenet. Samtidig blev det indført, at de daværende amters styring af sygehusene i højere grad skulle være takststyret, således at der skete en kobling mellem aktiviteten på sygehusene og størrelsen af de tildelte bevillinger. Formålet med disse initiativer var at forkorte ventetiderne ved at give regionerne en tilskyndelse til at øge behandlingsaktiviteten.

Det udvidede frie sygehusvalg blev indført i 2002 og gav patienterne en rettighed til at vælge behandling på et privat sygehus, når ventetiden på offentlige sygehuse oversteg to måneder. Fra den 1. oktober 2007 har rettigheden trådt i kraft efter én måned. Det udvidede frie sygehusvalg skulle sammen med de øvrige initiativer give patienterne en hurtigere adgang til behandling i sygehusvæsenet.

De tilførte midler og det udvidede frie sygehusvalg har frem til 2005 bidraget til at reducere ventetiderne. Ventetiderne på behandling er således blevet reduceret med en tredjedel fra 2001 til 2005. Siden 2005 har ventetiderne ligget på et niveau på ca. 60 dage, dog er ventetiden steget svagt i 2008 og 2009 som følge af konflikten på sundhedsområdet i foråret 2008.

Figur 1.1: Udvikling i ventetid og aktivitet (produktionsværdi), 2002-2009



Der er indikationer på, at der siden 2005 har været en aftagende sammenhæng mellem en øget behandlingsaktivitet og reduktionen af ventetiderne (jf. figur 1.1). Dette forhold giver anledning til se nærmere på aktivitetens sammensætning.

På bl.a. denne baggrund blev det som led i aftale mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2010 aftalt, at der skulle gennemføres en analyse af aktivitetsudviklingen i sygehusvæsenet, *jf. boks 1.1.*

Boks 1.1: Aftale om analyse af aktivitet i sygehusvæsenet

"Det kan konstateres, at en større del af aktivitetsstigningen på sygehusene sker via en højere produktionsværdi pr. patient, mens en mindre del kan tilskrives behandling af flere nye patienter.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at analysere denne udvikling nærmere. Fokus for analysen skal være på at kortlægge, hvor den faktiske aktivitetsvækst er sket, på afdækning af mulige forklaringsfaktorer, og om der på det grundlag er behov for tiltag mhp. en øget fokusering af indsatsen."

Kilde: Finansministeriet: *Aftale om regionernes økonomi for 2010* (juni 2009).

På baggrund af økonomiaftalen for 2010 har arbejdsgruppen fået til opgave at foretage:

- En kortlægning af den faktiske aktivitetsvækst med udgangspunkt i en fordeling på vækst via højere produktionsværdi pr. patient (via henholdsvis flere kontakter pr. patient og øget værdi pr. kontakt) og vækst via behandling af flere nye patienter
- En afdækning af mulige forklaringsfaktorer på aktivitetsudviklingen.

1.2 Sammenfatning

Kapitel 2: Kortlægning af aktiviteten i sygehusvæsenet

Analyserne i rapporten viser, at der er sket en ændring i aktivitetsudviklingens sammensætning. Udviklingen i aktiviteten på sygehusene kan dekomponeres i to elementer:

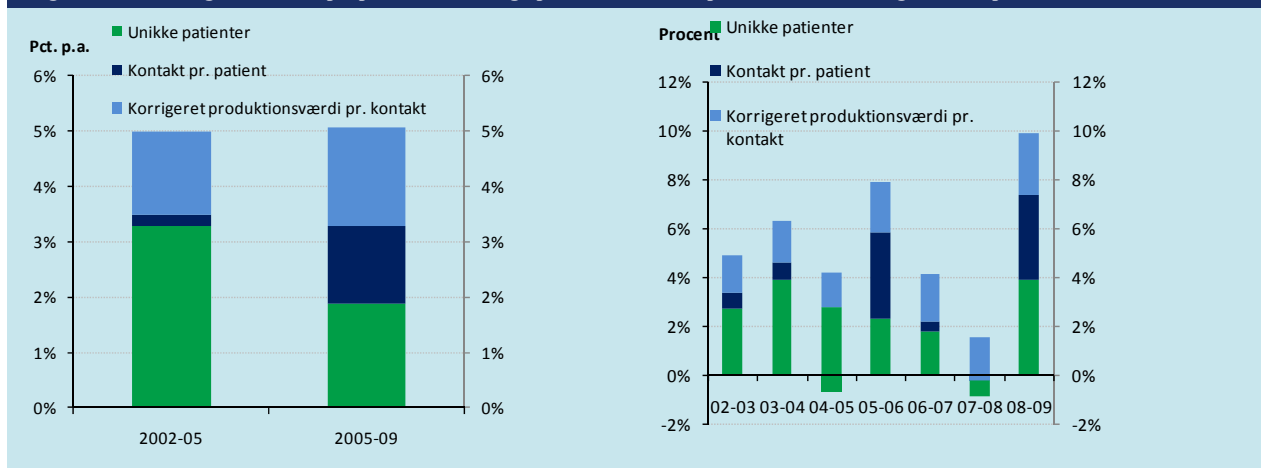
1. Der bliver behandlet flere patienter (mængdeeffekten)
2. Den enkelte patient bliver i gennemsnit dyrere (priseffekt). Fordyrelse af behandlingen pr. patient kan henføres til flg. to forhold:
 - a. den enkelte patient har flere kontakter med sygehuset og/eller
 - b. hver sygehuskontakt bliver dyrere.

Det er alene mængdeeffekten, der har en effekt på ventetidsudviklingen.

Aktivitetsanalysen viser bl.a. at:

- To tredjedele af aktivitetsudviklingen i perioden 2002 til 2005 kan henføres til behandling af flere patienter (dvs. mængdeeffekten)
- Efter 2005 kan en betydelig andel af væksten tilskrives fordyrelse af behandlingen pr. patient, hvor flere kontakter pr. patient er en væsentlig årsag til ændringen (dvs. mere end en fjerdedel af den samlede vækst) og samlet set kan knapt to tredjedele af aktivitetsudviklingen efter 2005 tilskrives priseffekten, *jf. figur 2.*

Figur 1.2: Udvikling i kontakter pr. patient, udvikling i produktionsværdi pr. kontakt, udvikling i unikke patienter, 2002-2009



Det bemærkes, at ændringerne er sket på trods af, at størrelsen af den samlede aktivitetsvækst har været uændret. Både i perioden 2002 til 2005 og i perioden 2005 til 2009 var den gennemsnitlige aktivitetsvækst således 5 pct. om året (efter korrektion for værdistigning pr. kontakt¹).

Den årlige stigning i behandlingsudgiften pr. patient på ca. 3,3 pct. pa. i perioden 2006 til 2009, hvilket svarer til mere end 1½ mia.kr. pr. år. Dette beløb er dermed blevet anvendt til en fordyrelse af behandlingen pr. patient – og uden at der bliver behandlet flere patienter og dermed mulighed for at reducere ventetiderne.

Det kan bemærkes, at analyserne også viser, at der mellem regionerne er forskel på, hvordan sygehusaktiviteten har udviklet sig fra 2002 til 2009. Der er desuden forskel på, hvordan vækstbidraget fra en øget behandling af flere patienter, flere kontakter pr. patient og en fordyrelse af behandlingen pr. kontakt fordeler sig på tværs af regionerne.

Kapitel 3: Analyse af aktivitetsudviklingen

I kapitel 3 undersøges den overordnede aktivitetsvækst fra 2002 til 2009, som er beskrevet i kapitel 2, nærmere. Der foretages først en opdeling af aktivitetsvæksten på forskellige behandlingsregimer med henblik på at undersøge, hvor aktivitetsvæksten er sket og forskellen heri. Dvs. hvordan aktivitetsudviklingen fordeler sig på det akutte og planlagte område, samt på det stationære og ambulante område. Desuden opgøres aktivitetsudviklingen for det medicinske og det kirurgiske område. Inden for de forskellige behandlingsregimer foretages der endvidere en opgørelse af aktivitetsudviklingen fordelt på de enkelte regioner.

Dernæst analyseres aktiviteten på en række centrale behandlingsområder, herunder hvordan aktivitetsvæksten fordeler sig på behandling af patienter med en kræftdiagnose, patienter med livstruende hjertesygdomme og patienter med diabetes. Derudover ses der på aktivitetsudviklingen af patienter, der har en diagnose inden for to eller flere af behandlingsområderne. Dette sker med henblik på at få en indikation af, om der er sket en udvikling i omfanget af patienter med flere samtidige sygdomme (komorbiditet).

Af analyserne ses bl.a., at den demografiske udvikling med flere ældre kun har givet et mindre bidrag til aktivitetsvæksten. Den demografiske effekt har især bidraget til en stigning i antallet af patienter, mens den kun i mindre grad har medført en fordyrelse i behandlingen pr. patient. I overensstemmelse med den politiske prioritering i perioden, har der været en kraftig aktivitetsvækst inden for indsatsområder som kræft og livs-

¹ Der er i dag er indlagt et loft over, hvor meget produktionsværdien pr. kontakt kan stige. Loftet udgør 1½ pct. om året, og den gennemsnitlige produktionsværdi pr. kontakt kan derfor maksimalt stige med 1½ pct. om året. Loftet blev indført for at forhindre en glidning – også kaldet 'creep' – i produktionsværdien for hver sygehuskontakt.

truende hjertesygdomme. Aktivitetsvæksten for patienter med disse diagnoser svarer samlet til ca. 40 pct. af aktivitetsudviklingen fra 2002 til 2009. Samtidig bidrager stigningen i antallet af diabetespatienter også til aktivitetsvæksten. Langt størstedelen af vækstbidraget herfra skyldes behandlingen af flere nye patienter siden 2002. Det øgede antal diabetespatienter antages bl.a. at skyldes en ændring af de kliniske kriterier for diagnosen i 2002 samt nye retningslinjer for screening i almen praksis, som medførte flere henvisninger til sygehusvæsenet

Ser man på de behandlingsområder, der ligger uden for de livstruende sygdomme, er der sket en markant stigning i produktionsværdien pr. patient. Den udvikling skyldes hovedsageligt en voksende produktionsværdi pr. kontakt i perioden 2002 til 2009, men flere kontakter pr. patient har ligeledes bidraget – om end i mindre grad.

Det har ikke på grundlag af de foreliggende analyser eller den lægefaglige udvikling været muligt at give entydige samlede forklaringer på stigningen i behandlingsudgifter pr. patient fra 2002 til 2009, herunder effekten af den teknologiske eller lægefaglige udvikling.

2. Kortlægning af aktiviteten i sygehusvæsenet

2.1 Indledning

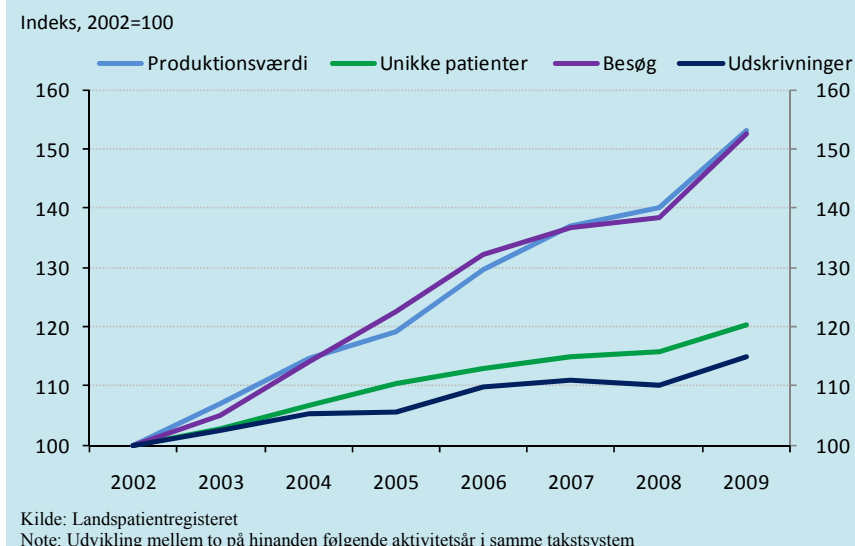
I kapitel 2 foretages en kortlægning af den overordnede aktivitetsudvikling i sygehusvæsenet i perioden 2002 til 2009. I kortlægningen beskrives aktivitetsudviklingen fordelt på bidraget fra en højere produktionsværdi pr. patient og fra behandlingen af flere nye patienter. Produktionsværdien pr. patient opdeles yderligere på kontakter pr. patient og produktionsværdi pr. kontakt med henblik på at få et mere detaljeret billede af, hvad der ligger bag udviklingen i behandlingsudgifterne til den enkelte patient.

2.2 Overordnet beskrivelse af aktivitetsudviklingen

Produktionsværdien, som angiver værdien af den udførte aktivitet i sygehusvæsenet, er steget med ca. 53 pct. fra 2002 til 2009, og udgjorde i 2009 ca. 57,2 mia. kr.

I perioden 2002 til 2009 er antallet af ambulante besøg steget med godt 50 pct., således at der i 2009 var ca. 10,7 mio. besøg om året. Udviklingen i antallet af unikke behandlede patienter og udviklingen i antallet af indlæggelser har været mere moderat med stigninger på hhv. ca. 20 og 15 pct., *jf. figur 2.1*.

Figur 2.1: Overordnet udvikling i sundhedsvæsenet, 2002-2009, indeks 2002=100.



Behandlingsudgifterne pr. patient er steget fra 2002 til 2009. Det skyldes dels at den enkelte patient har flere kontakter med sygehuset, dels en øget produktionsværdi pr. kontakt, *jf. figur 2.2a*.

Omkring 7 pct. point af den samlede stigning i produktionsværdi på 53 pct. fra 2002 til 2009 kan henføres til at den enkelte patient i gennemsnit har flere kontakter med sygehuset, mens ca. 25 pct. point kan henføres til

en øget produktionsværdi pr. sygehuskontakt². Det fremgår endvidere af figur 2.2a, at mere end en tredjedel af aktivitetsudviklingen fra 2002 til 2009 kan henføres til behandlingen af flere nye patienter.

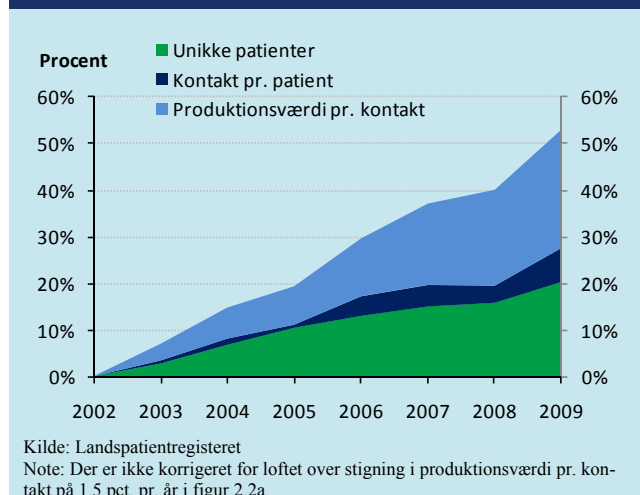
Det bemærkes, at der i dag i udmøntningen af den statslige aktivitetsafhængige pulje er indlagt et loft over, hvor meget produktionsværdien pr. kontakt kan stige. Loftet udgør 1½ pct. om året, og den gennemsnitlige produktionsværdi pr. kontakt kan derfor maksimalt stige med 1½ pct. årligt. Loftet blev indført for at forhindre en glidning – også kaldet 'creep' – i produktionsværdien for hver sygehuskontakt. Figur 2.2a viser den registrerede stigning i produktionsværdien uden korrektion for loftet over stigning i produktionsværdien pr. kontakt.

I figur 2.2b er der foretaget en korrektion for loftet over produktionsværdi pr. kontakt på 1½ pct. pr. år, hvilket er illustreret ved at det lyseblå felt med produktionsværdi pr. kontakt er reduceret med korrektionen. Dermed illustreres den samlede tilskudsberettigede aktivitet, som regionerne har modtaget afregning for via den statslige aktivitetspulje.

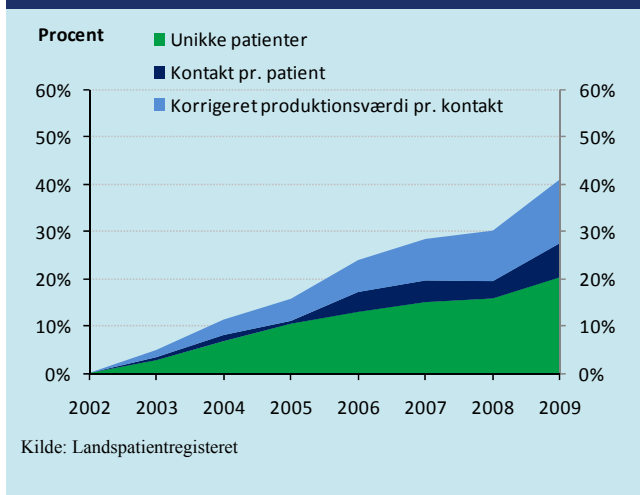
Korrektionen for værdistigningen pr. kontakt reducerer således den samlede akkumulerede udvikling i produktionsværdien fra 2002 til 2009 med ca. 12 pct. point. Dermed udgør den samlede aktivitetsudvikling i sygehusvæsenet – opgjort som stigningen i produktionsværdi – i alt ca. 41 pct. fra 2002 til 2009, når det eksisterende loft for værdistigning på 1½ pct. om året indregnes.

Efter en korrektion for værdistigningen pr. kontakt, kan halvdelen af aktivitetsudviklingen fra 2002 til 2009 henføres til, at der er blevet behandlet flere nye patienter, mens den anden halvdel skyldes øgede behandlingsudgifter pr. patient, herunder flere kontakter pr. patient og en større værdi pr. patient. Omkring en tredjedel af den samlede værdistigning pr. patient kan henføres til, at antallet af kontakter pr. patient er steget, mens den resterende del skyldes en øget produktionsværdi pr. kontakt.

Figur 2.2a: Udvikling i kontakter pr. patient, udvikling i produktionsværdi pr. kontakt, udvikling i unikke patienter (akkumuleret), 2002-2009



Figur 2.2b: Korrigeret udvikling i kontakter pr. patient, udvikling i produktionsværdi pr. kontakt, udvikling i unikke patienter (akkumuleret), 2002-2009



Ses der på den årlige udvikling i sygehusvæsenets produktionsværdi i perioden 2002 til 2009 opdelt på udviklingen i unikke patienter, udviklingen i kontakter pr. patient og udviklingen i produktionsværdi pr. kon-

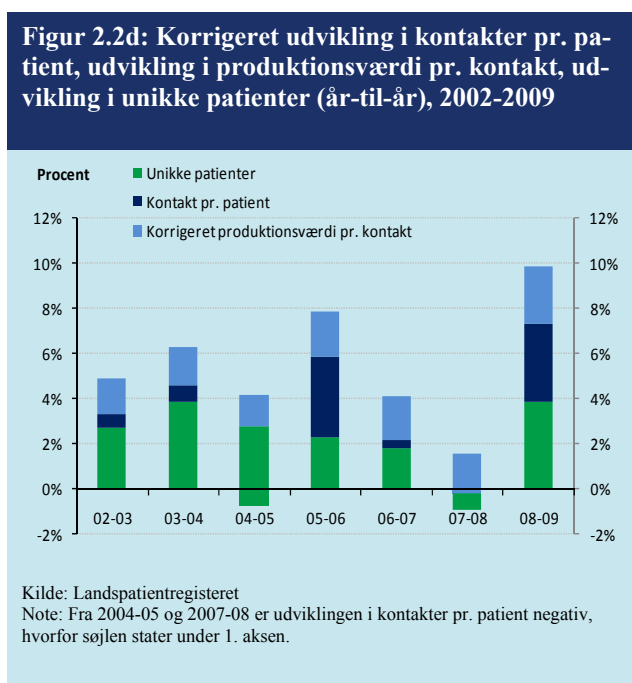
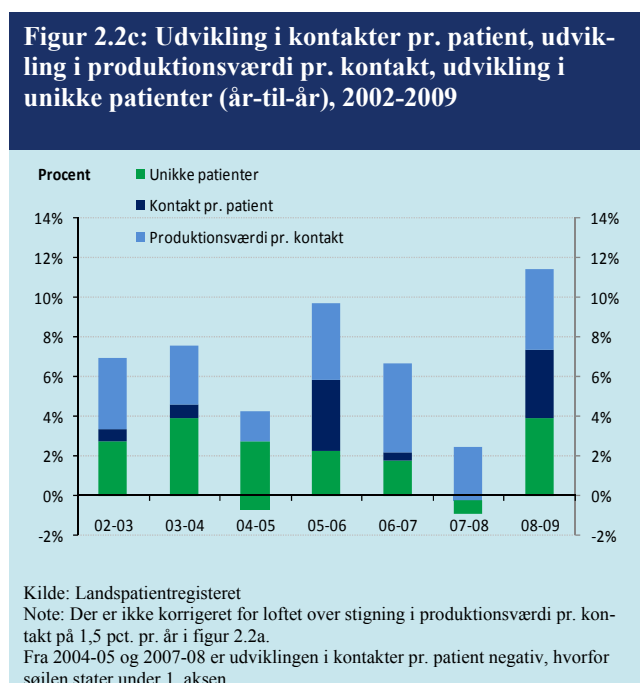
² Der er ikke korrigeret for loftet over stigning i produktionsværdi pr. kontakt på 1,5 pct. pr. år.

takt fremgår det, at størstedelen af aktivitetsvæksten i perioden 2002 til 2005 kan tilskrives behandlingen af flere unikke patienter.

Efter en korrektion for værdistigning pr. kontakt (figur 2.2d) udgør bidraget fra behandlingen af unikke patienter mellem halvdelen og to tredjedele af aktivitetsvæksten i de pågældende år. Den resterende del af aktivitetsvæksten skyldes hovedsageligt en stigning i produktionsværdien pr. kontakt, mens flere kontakter pr. patient kun bidrager i begrænset omfang til aktivitetsvæksten.

Efter 2005 er der sket en ændring i aktivitetsvækstens sammensætning, der indebærer at en større del af aktivitetsvæksten kan henføres til en højere produktionsværdi pr. patient, mens en mindre del kan tilskrives behandlingen af flere unikke patienter. Desuden kan det konstateres, at der er i perioden 2005 til 2009 i to år er et betydeligt bidrag fra flere kontakter pr. patient, hvilket ikke har været tilfældet i lige så høj grad tidligere.

Det bemærkes, at ændringerne er sket på trods af, at størrelsen af den samlede aktivitetsvækst har været uændret. Både i perioden 2002 til 2005 og i perioden 2005 til 2009 var den gennemsnitlige aktivitetsvækst således 5 pct. om året (efter korrektionen for værdistigning pr. kontakt).



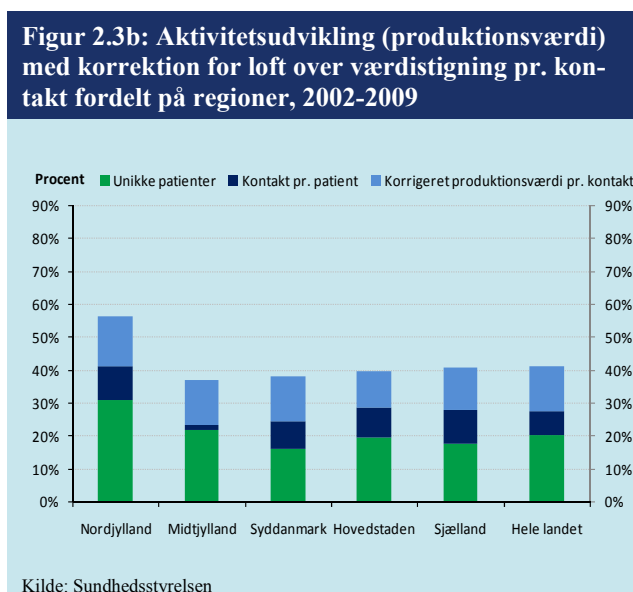
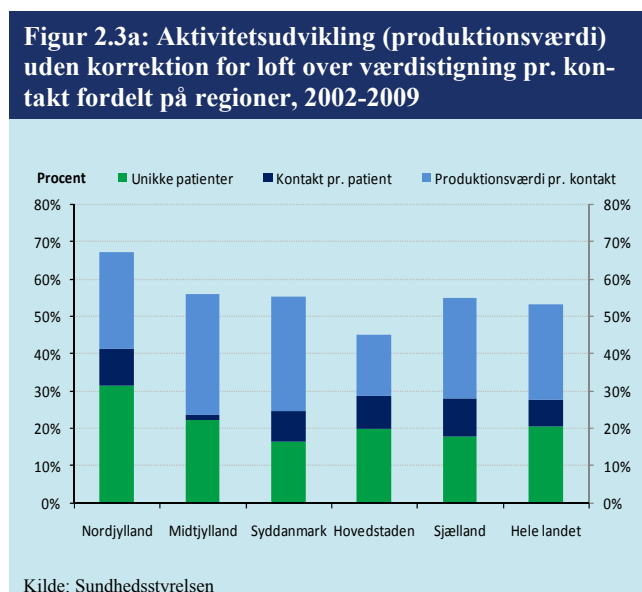
Aktivitetsvæksten i perioden 2002 til 2009³ er desuden opdelt på kontakter pr. patient, produktionsværdi pr. kontakt og unikke patienter for de enkelte regioner. Det skal generelt bemærkes, at tallene i figur 2.3a viser en relativ aktivitetsvækst fra 2002 til 2009, som ikke tager højde for regionernes aktivitetsniveau eller sammensætningen af aktiviteten i udgangspunktet, dvs. i år 2002.

Aktiviteten er steget mest i Region Nordjylland med ca. 67 pct. fra 2002 til 2009, jf. figur 2.3. Region Hovedstaden har haft den mindste stigning i produktionsværdien på ca. 45 pct. fra 2002 til 2009. Behandlingen af unikke patienter har givet det største bidrag til produktionsværdien i Region Nordjylland og Region Hovedstaden, hvor det udgør knapt halvdelen af væksten i den samlede produktionsværdi. I Region Syddanmark udgør bidraget fra unikke patienter en tredjedel.

³ Der er ikke korrigeret for loftet over stigning i produktionsværdi pr. kontakt på 1,5 pct. pr. år.

På tværs af regionerne er der variation i vækstbidraget fra antallet af kontakter pr. patient samt stigningen i antal kontakter pr. patient i forhold til den relative aktivitetsvækst i regionerne. Der er således forskel på, hvad der ligger til grund for aktivitetsvæksten tværs af regionerne, *Figur 2.3a*.

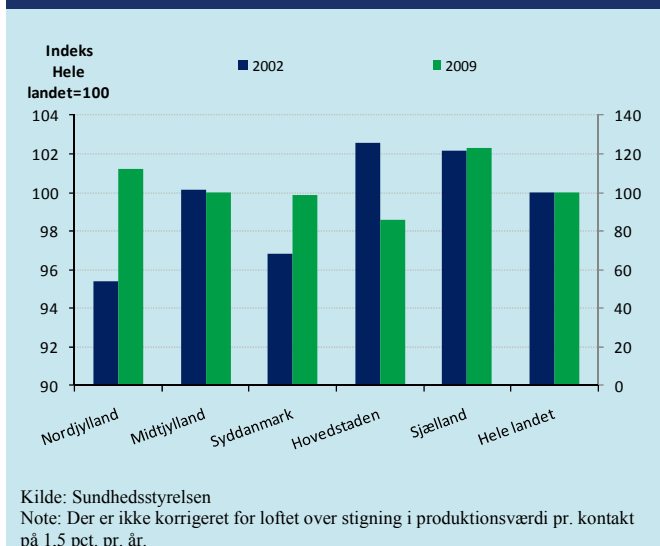
Af den samlede aktivitetsvækst fordelt på regionerne med korrektion for loftet over stigning i produktionsværdi pr. kontakt (creep-loftet) fra 2002 til 2009 fremgår det, at effekten af creep-korrektionen varierer på tværs af regionerne. Korrektionen har størst effekt på aktivitetsudviklingen i Region Midtjylland og Region Syddanmark. Dette skyldes, den største stigning i produktionsværdi pr. kontakt (uden korrektion) er sket i disse regioner, hvormed korrektionen for creep-loftet slår relativt mere igennem. Efter korrektionen varierer aktivitetsvæksten således mellem 57 pct. og 38 pct.



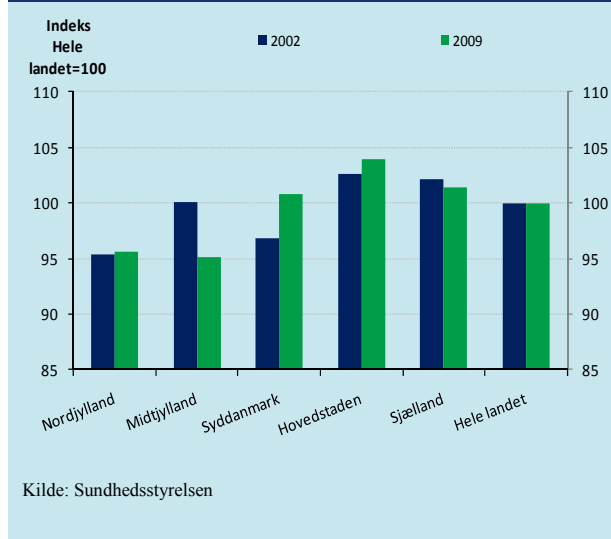
Figur 2.4 viser, at der i regionerne er sket en betydelig omlægning af produktionsværdien pr. patient perioden 2002 til 2009. I 2002 havde patienterne fra Region Hovedstaden det højeste niveau for produktionsværdien pr. patient med et indeks på over 102 i forhold til landsgennemsnittet. Udvikling i såvel kontakter pr. patient og værdi pr. kontakt har medført at det samlede billede er noget anderledes i 2009, hvor patienterne i Region Hovedstaden har det laveste niveau med et indeks på under 99 af landsgennemsnittet. Omvendt forholder det sig i Region Nordjylland, som i 2002 havde det laveste niveau for produktionsværdien pr. patient, og i 2009 det næsthøjeste niveau.

I forhold til den andel af regionernes befolkning, som er blevet behandlet på sygehuset, har niveauerne i 2002 og 2009 været mere stabile, *jf. figur 2.5*. I Region Hovedstaden, Sjælland og Syddanmark behandles i 2009 en større andel af befolkningen end på landsplan, mens andelen i Region Nordjylland og Midtjylland er ca. 5 pct. mindre end på landsplan. Der har været en mindre forskydning fra 2002 til 2009 således at Region Midtjylland i 2009 har 5 pct. mindre andel i forhold til landsgennemsnit i 2009, mens andelen i 2002 svarede til landsgennemsnittet. Omvendt gælder for Region Syddanmark som i forhold til landsgennemsnit behandler en større andel i 2009 end i 2002.

Figur 2.4: Produktionsværdien pr. patient fordelt på regioner, 2002 og 2009, indeks (hele landet = 100).



Figur 2.5: Befolkningsandel i kontakt med sygehuset fordelt på regioner, 2002-2009, indeks (hele landet = 100).

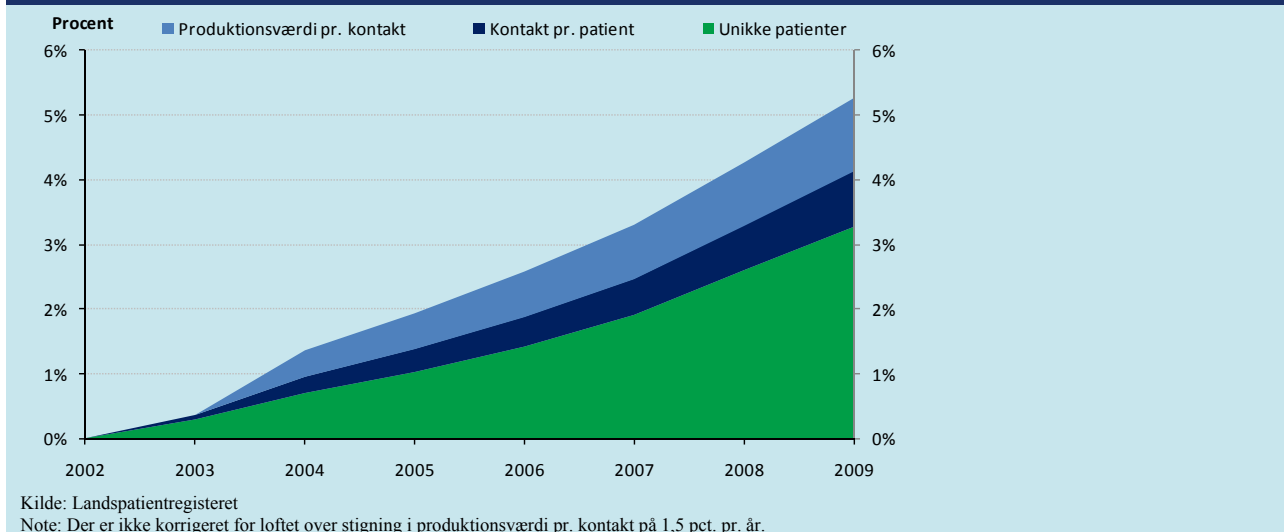


2.3 Den demografiske udvikling

Den demografiske effekt vedrører ændringer i befolkningens alderssammensætning og størrelse. Forskydninger i demografien og dermed befolkningssammensætningen i perioden 2002 og 2009 bidrager alt andet lige til et større træk på sygehusydelse med flere ældre samt en større befolkning generelt.

Den demografiske effekt i form af ændringer i aldersfordelingen og størrelse af den danske befolkning betyder først og fremmest, at et større antal patienter der kan efterspørge sygehusydelser, *jf. figur 2.6*. Demografien i sig selv har derimod kun betydet en begrænset stigning i behandlingsudgifterne pr. patient. Dette gælder både i forhold til kontakter pr. patient og produktionsværdi pr. kontakt. Samlet set forklarer den demografiske udvikling i sig selv kun en mindre del af aktivitetsudviklingen fra 2002 til 2009 (ca. 5,3 pct. point.)

Figur 2.6: Udvikling i kontakter pr. patient, udvikling i produktionsværdi pr. kontakt, udvikling i unikke patienter – bidraget fra demografien (akkumuleret), 2002-2009



2.4 Aktivitet på offentlige sygehuse, private sygehuse og klinikker

Det fremgår af tabel 2.1, at hovedparten af aktiviteten i sygehusvæsenet fra 2002 til 2009 er foregået på de offentlige sygehuse. I 2009 udgjorde aktiviteten på de offentlige sygehuse således 95 pct. af den samlede aktivitet i sygehusvæsenet. Desuden er det på de offentlige sygehuse, at størstedelen af aktivitetsudviklingen har været. Vækstbidraget fra aktiviteten på de offentlige sygehuse udgør med 47,3 pct. point størstedelen af den samlede aktivitetsvækst fra 2002 til 2009 på 53 pct.

En mindre del af aktivitetsvæksten er foregået på de private sygehuse. I perioden 2002 til 2009 bidrog aktivitetsvæksten på de private sygehuse således ca. 4,2 pct. point af den samlede aktivitet i sygehusvæsenet, jf. tabel 2.1.

Tabellen viser desuden, at vækstbidraget fra udenlandske sygehuse og hospice har været minimalt, mens der har været et mindre vækstbidrag fra aktiviteten i speciallægepraksisser og sygesikring⁴.

Tabel 2.1: Vækstbidrag fra sundhedssektorer, 2002-2009

	Andel 2002*	Andel 2009**	Vækstbidrag (pct.point) 2002-2009
Offentlige sygehus	97	95	47
Private sygehus	1	2	4
Udenlandske sygehus	0	0	0
Hospice	0	0	0
Speciallæger og sygesikring	3	3	2
Samlet	100	100	53

(0= mindre 0,5 af den anvendte enhed)

*Andelen i 2002 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) i 2002 i takstsystem 2003

**Andelen i 2009 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) for 2009 i takstsystem 2009

⁴ Aktivitet ved speciallægepraksis indgår i denne analyse som sygehusaktivitet for visse behandlinger som vurderes at være direkte substituerbare med sædvanlig fortolkning af sygehusaktivitet.

3. Analyse af aktivitetsudviklingen

3.1 Indledning

I kapitel 3 foretages der en opdeling af aktivitetsvæksten på forskellige behandlingsregimer med henblik på at undersøge, om der er forskel på, hvor aktivitetsvæksten er sket. Det undersøges således, hvordan aktivitetsudviklingen fordeler sig på områderne vedr.: akut/planlagt, stationær/ambulant og medicinsk/kirurgisk. Inden for de forskellige behandlingsregimer opgøres aktivitetsudviklingen for på de enkelte regioner.

Der foretages ligeledes en opdeling af aktiviteten på en række centrale behandlingsområder, herunder hvordan aktivitetsvæksten har fordelt sig på behandling af patienter med en kræftdiagnose, patienter med livstruende hjertesygdomme og patienter med diabetes. Endelig ses der på aktivitetsudviklingen af patienter med diagnoser inden for to eller flere af behandlingsområderne for derved at få en indikation af, om der er sket en udvikling i omfanget af patienter med flere samtidige sygdomme (komorbiditet).

3.2 Aktivitetsudviklingen for akutte og planlagte kontakter

Tabel 3.1 viser dels hvor stor en andel det akutte og det planlagte (elektive) område udgør af den samlede aktivitet i sygehusvæsenet, dels i hvilket omfang det akutte og det planlagte område hver har bidraget til den overordnede aktivitetsvækst på sygehusområdet. Ca. 38 pct. af den samlede aktivitet i 2009 kan henføres til det akutte område, mens 62 pct. kan henføres til det planlagte område. Dermed er der sket en forskydning i forhold til år 2002, hvor 44 pct. af aktiviteten kunne henføres til det akutte område, mens det planlagte område udgjorde 56 pct. Der har ligeledes været et vækstbidrag fra det akutte område på 9 pct. point fra 2002 til 2009, hvorimod vækstbidraget fra det planlagte område udgør ca. 44 pct. point.

Tabel 3.1: Vækstbidrag fra det akutte og det planlagte område, 2002-2009

	Andel 2002*	Andel 2009**	Vækstbidrag (pct.point) 2002-2009
Akut	44	38	9
Planlagt	56	62	44
Samlet	100	100	53

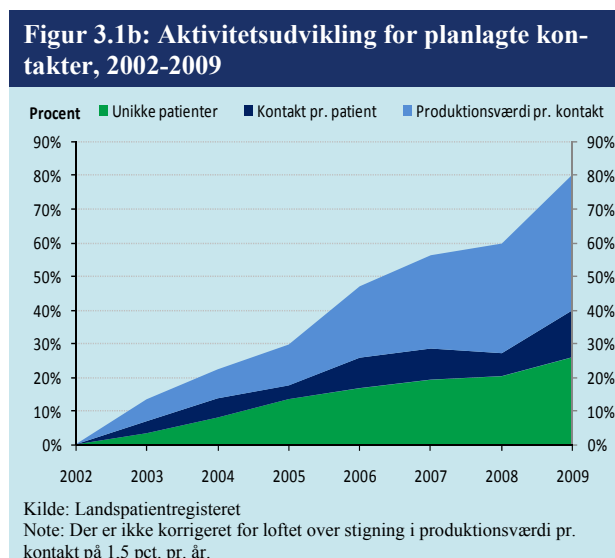
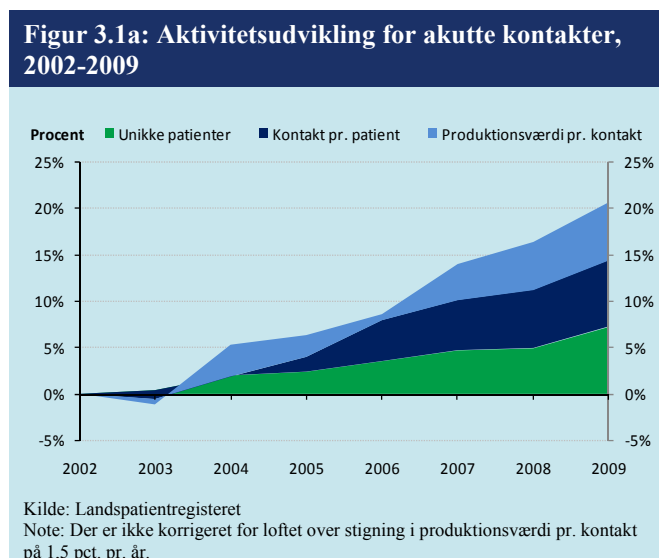
*Andelen i 2002 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) i 2002 i takstsystem 2003

**Andelen i 2009 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) for 2009 i takstsystem 2009

Det fremgår af figuren, at en øget værdi pr. kontakt forklarer ca. en tredjedel af aktivitetsudviklingen for akutte kontakter og, at der er sket en markant udvikling i antallet af kontakter pr. patient. Stigningen i kontakter forklarer således ca. en tredjedel af aktivitetsudviklingen for de akutte kontakter. Det fremgår endvidere, at flere unikke patienter modtager akut behandling på sygehusene. Bidraget til aktivitetsudviklingen fra behandlingen af flere unikke patienter udgør knap ca. en tredjedel.

Af aktivitetsudviklingen for de planlagte kontakter på sygehusene ses, at der er sket en stigning i behandlingsudgifterne pr. patient, og at ca. halvdelen kan henføres til en øget værdi pr. kontakt. Herudover er der sket en mindre udvikling i antallet af kontakter pr. patient. Stigningen i kontakter pr. patient forklarer således knap en femtedel af aktivitetsudviklingen for de planlagte kontakter. Figur 3.1b viser endvidere, at flere

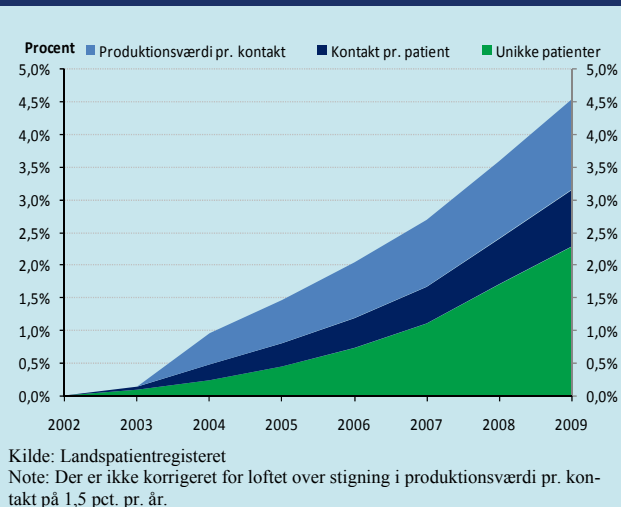
unikke patienter modtager planlagt behandling på sygehusene. Bidraget til aktivitetsudviklingen fra behandlingen af flere unikke patienter udgør knap en tredjedel.



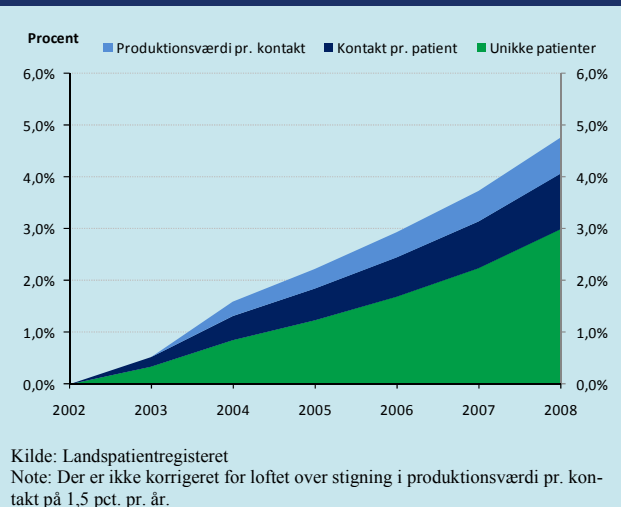
Samlet set fremgår det af 3.1a og 3.1b, at der har været en større aktivitetsudvikling på det planlagte område end på det akutte område. På det akutte område udgør bidraget fra flere kontakter pr. patient en større del af aktivitetsudviklingen end på det planlagte område. Omvendt har der været en større stigning i produktionsværdien pr. kontakt på det planlagte område. Der er til gengæld ikke væsentlig forskel på det relative vækstbidrag fra behandlingen af flere unikke patienter.

Figur 3.2a og b viser vækstbidraget fra den demografiske udvikling på aktivitetsudviklingen på det akutte og elective område. Figureerne viser, at den demografiske udvikling, dvs. ændringen i befolkningssammensætningen, primært giver sig udslag i behandlingen af flere nye patienter. På begge områder kan den demografiske udvikling kun forklare en meget begrænset del af den samlede aktivitetsstigning. På det akutte område tilsiger den demografiske udvikling også en stigning i produktionsværdien pr. kontakt, *jf. figur 3.2a*. På det planlagte område trækker den demografiske udvikling i retning af en mindre stigning i antallet af kontakter pr. patient, *jf. figur 3.2b*.

Figur 3.2a: Aktivitetsudvikling for akutte – bidrag fra den demografiske udvikling, 2002-2009



Figur 3.2b: Aktivitetsudvikling for planlagte kontakter – bidrag fra den demografiske udvikling, 2002-2009



3.3 Aktivitetsudviklingen for ambulante behandling og indlæggelser

Vækstbidraget fra den ambulante aktivitet opgjort i produktionsværdi udgør 32 pct. point ud af den samlede aktivitetsvækst på ca. 53 pct. fra 2002 til 2009, *jf. tabel 3.2*. Til sammenligning udgør vækstbidraget fra den stationære aktivitet 21 pct. point i samme periode. Den relativt store stigning i ambulante behandling har betydet, at den ambulante aktivitet i 2009 udgør 41 pct. af den samlede produktionsværdi mod 30 pct. i 2002.

Tabel 3.2: Vækstbidrag fra det ambulante og stationære område, 2002-2009

	Andel 2002*	Andel 2009**	Vækstbidrag (pct.point) 2002-2009
Ambulant	30	41	32
Stationært	70	59	21
Samlet	100	100	53

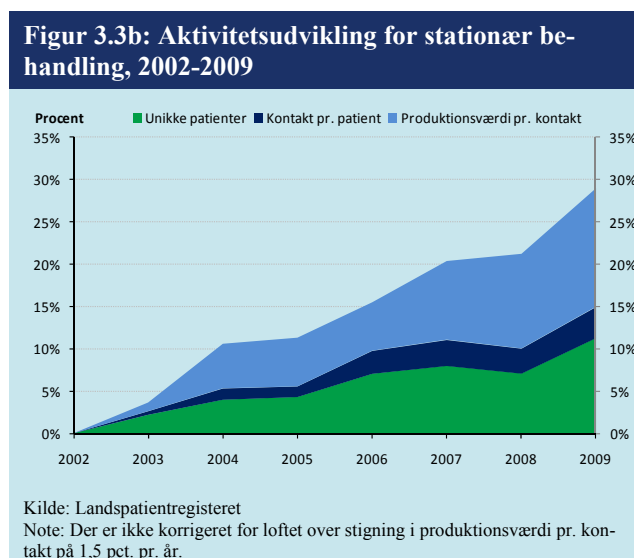
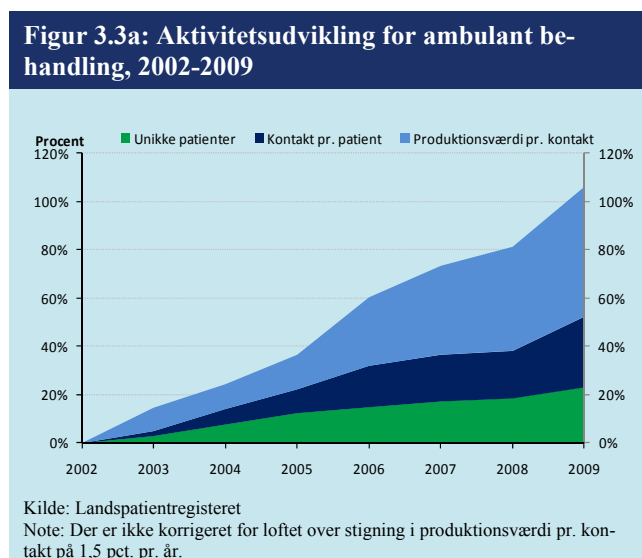
*Andelen i 2002 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) i 2002 med takstsystem 2003

**Andelen i 2009 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) for 2009 i takstsystem 2009

Figur 3.3a viser aktivitetsudviklingen for ambulante behandlinger i perioden 2002 til 2009. Det fremgår, at der har været en betydelig stigning i den ambulante behandlingsaktivitet (*jf. tabel 3.2*). Hovedparten af aktivitetsvæksten kan henføres til en højere gennemsnitlig produktionsværdi pr. patient. Således er antallet af kontakter pr. patient steget med ca. 25 pct. point fra 2002 til 2009, mens produktionsværdien pr. patient er vokset med ca. 50 pct. point indenfor det ambulante område. Særligt fra 2008 til 2009 er der sket en markant vækst i antallet af kontakter pr. patient.

Figur 3.3b viser aktivitetsudviklingen for stationære behandlinger (indlæggelser) i perioden 2002-2009. Det fremgår, at den stationære behandlingsaktivitet er steget med knap 30 pct. fra 2002 til 2009. Der er særligt sket en stigning i produktionsværdi pr. kontakt. Halvdelen af aktivitetsudviklingen fra 2002 til 2009 kan således tilskrives en øget produktionsværdi pr. patient. Derimod har stigningen i antallet af kontakter pr. pati-

enter kun i begrænset omfang bidraget til aktivitetsudviklingen inden for det stationære område. Figuren viser desuden, at behandlingen af flere nye patienter udgør godt en tredjedel af aktivitetsudviklingen på det stationære område.



Sammenholdes opgørelsen af aktivitetsvæksten for ambulant og stationær behandling i figur 3.3a og 3.3b fremgår det, at for begge områder har stigningen i produktionsværdi pr. kontakt bidraget med omkring halvdelen af den samlede aktivitetsvækst. På det ambulante område skyldes den resterende del af aktivitetsudviklingen i høj grad en stigning i kontakter pr. patient. Derimod har aktivitetsudviklingen på det stationære område – foruden en øget produktionsværdi pr. kontakt – primært været drevet af behandling af flere unikke patienter. Det er således i høj grad udviklingen på det ambulante område, der har bidraget til, at antallet af kontakter pr. patient samlet set er vokset i perioden 2002 til 2009.

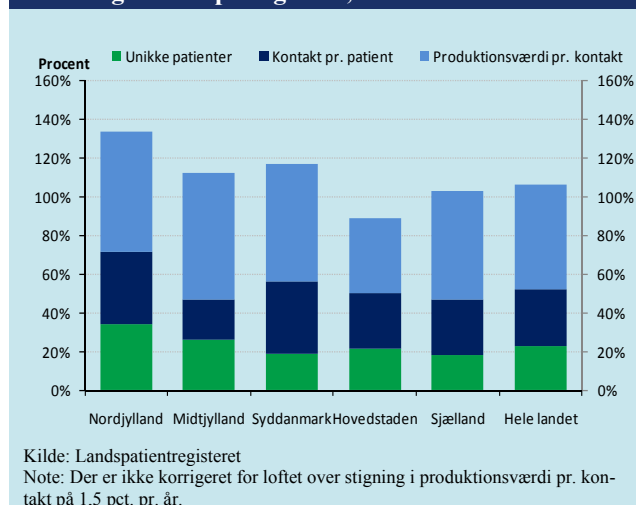
Aktivitetsudviklingen fra 2002 til 2009 for ambulant behandling fordelt på de enkelte regioner viser at der i alle regioner har været en markant vækst i aktiviteten på dette område, *jf. figur 3.4a*. For alle regioner har væksten været på mere end 100 pct. fra 2002 til 2009 med undtagelse af Region Hovedstaden, hvor væksten har været knap 90 pct. Det fremgår af figuren, at der er mindre forskelle i aktivitetsudviklingens sammensætning mellem regionerne inden for det ambulante område. Det bemærkes dog, at bidraget fra flere kontakter pr. patient har været relativt mindre i Region Midtjylland end i de øvrige regioner, mens produktionsværdien pr. kontakt tilsvarende har bidraget relativt mere.

Figur 3.4b viser aktivitetsudviklingen for stationær behandling fordelt på de enkelte regioner. I fht. øgede behandlingsudgifter pr. patient fremgår det, at vækstbidraget fra flere kontakter pr. patient er relativt størst i Region Hovedstaden, hvor det udgør ca. en femtedel af aktivitetsudviklingen, mens det er relativt mindst i Region Syddanmark, hvor det udgjorde under en tiendedel af aktivitetsudviklingen på det stationære område i regionen. Bidraget fra øgede behandlingsudgifter pr. kontakt har omvendt været relativt størst i Region Midtjylland og Syddanmark.

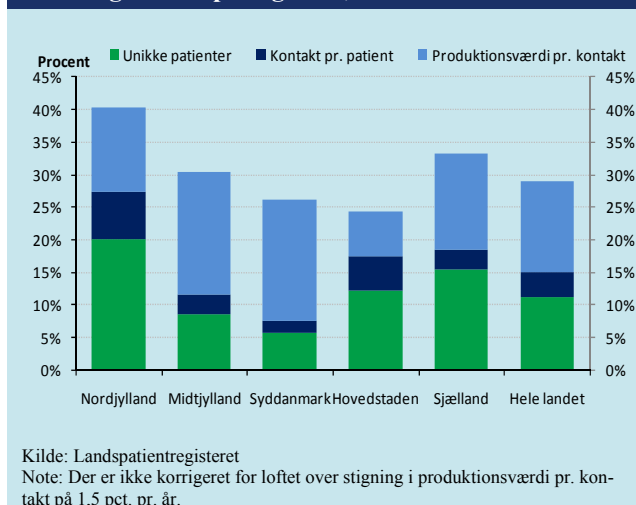
Figur 3.4b viser desuden, at der er stor forskel mellem regionerne på i hvor stort omfang behandlingen af nye patienter har bidraget til aktivitetsudviklingen på det stationære område. I Region Nordjylland og Hovedstaden har bidraget fra behandlingen af nye patienter således udgjort ca. halvdelen, mens bidraget i Region Syddanmark har været på en femtedel. Det skal bemærkes, at tallene i figuren viser aktivitetsudviklingen fra

2002 til 2009, som ikke tager højde for regionernes aktivitetsniveau eller sammensætningen af aktiviteten i 2002.

Figur 3.4a: Aktivitetsudvikling for ambulante behandling fordelt på regioner, 2002-2009

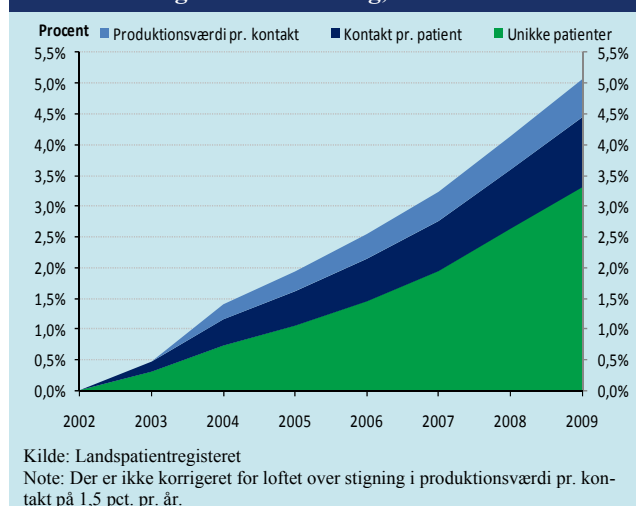


Figur 3.4b: Aktivitetsudvikling for stationær behandling fordelt på regioner, 2002-2009

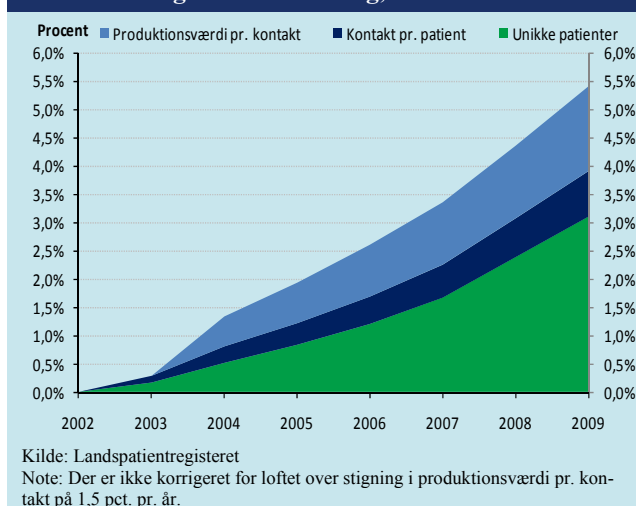


Figur 3.5a og b viser vækstbidraget fra den demografiske udvikling på aktivitetsudviklingen på det ambulante og stationære område. Figureerne viser, at den demografiske udvikling primært giver sig udslag i behandlingen af flere nye patienter. På begge områder kan den demografiske udvikling kun forklare en meget begrænset del af den samlede aktivitetsstigning. På det ambulante område trækker den demografiske udvikling i retning af en mindre stigning i antallet af kontakter pr. patient og en relativt endnu mindre stigning i produktionsværdien pr. kontakt, jf. figur 3.5a. På det stationære område tilsiger den demografiske udvikling også en mindre stigning i kontakter pr. patient og en relativt større stigning i produktionsværdien pr. kontakt, jf. figur 3.5b.

Figur 3.5a: Aktivitetsudvikling i ambulante - bidrag fra den demografiske udvikling, 2002-2009



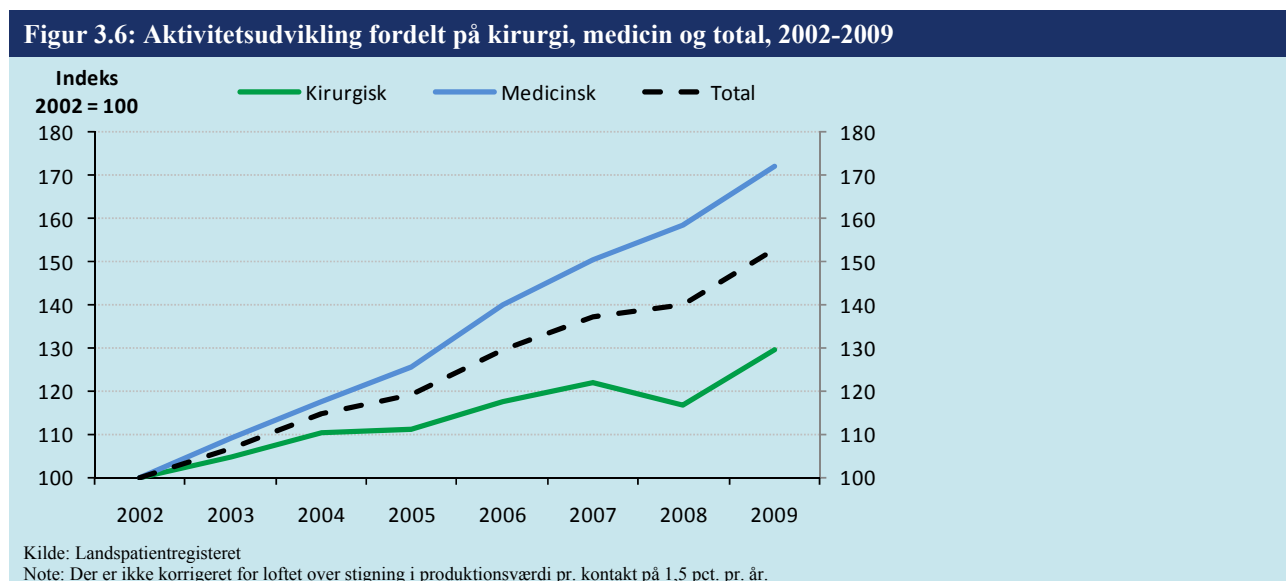
Figur 3.5b: Aktivitetsudvikling i stationær - bidrag fra den demografiske udvikling, 2002-2009



3.4 Aktivitetsudviklingen på det kirurgiske og det medicinske område

Figur 3.6 viser den akkumulerede udvikling i produktionsværdi i perioden 2002 til 2009 på det kirurgiske og det medicinske område. Af figuren fremgår det, at produktionsværdien på det medicinske område er steget med godt 70 pct. i perioden og med ca. 30 pct. på det kirurgiske område.

Det bemærkes, at der er sket et fald i produktionsværdien fra 2007 til 2008 på det kirurgiske område. Dette fald i produktionsværdien skyldes formentligt konflikten på sundhedsområdet i foråret 2008, som førte til aflysningen af en række planlagte operationer. Fra 2008 til 2009 har der igen været en voksende produktionsværdi på det kirurgiske område.



Tabel 3.3 viser dels hvor stor en andel det kirurgiske og det medicinske område samt øvrige områder udgør af den samlede aktivitet i sygehusvæsenet, dels i hvilket omfang de forskellige områder har bidraget til den overordnede aktivitetsudvikling på sygehusområdet.

Tabellen viser, at ca. 41 pct. af den samlede aktivitet i 2009 kan henføres til det kirurgiske område, mens 45 pct. kan henføres til det medicinske område. Dermed er der sket en forskydning siden 2002, hvor 50 pct. af den samlede aktivitet kunne henføres til det kirurgiske område, mens det medicinske område udgjorde 40 pct. af den samlede aktivitet.

Tabel 3.3 viser endvidere, at der har været et vækstbidrag fra det kirurgiske område på 15 pct. point fra 2002 til 2009 ud af den samlede aktivitetsvækst på ca. 53 pct., mens vækstbidraget fra det medicinske område har været på 29 pct. point.

Tabel 3.3: Udvikling i aktivitet (produktionsværdi) på det kirurgiske og det medicinske område

	Andel 2002*	Andel 2009**	Vækstbidrag (pct. point) 2002-2009
Kirurgisk område	50	41	15
Medicinsk område	40	45	29
Øvrige	11	14	9
Samlet	100	100	53

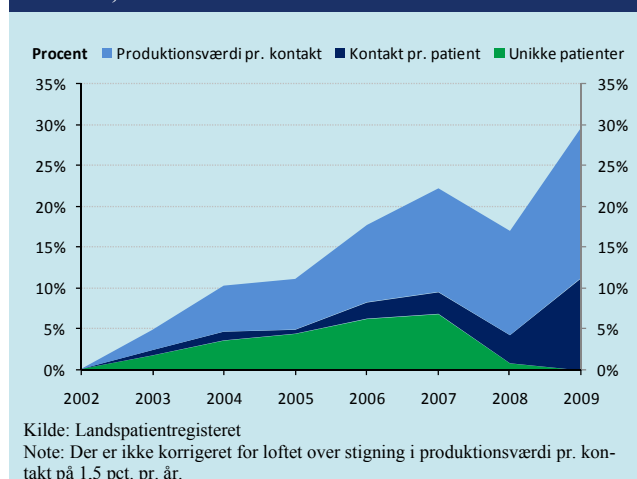
*Andelen i 2002 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) i 2002 i takstsystem 2003

**Andelen i 2009 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) for 2009 i takstsystem 2009

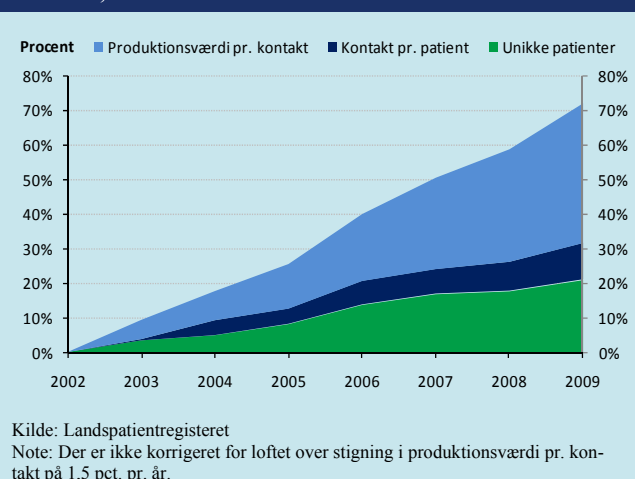
Figur 3.7a viser den samlede udvikling i produktionsværdi på det kirurgiske område fra 2002 til 2009. Det antages, at det markante fald i produktionsværdien på det kirurgiske område i 2008 skyldes konflikten på sygehusområdet i 2008. Figuren viser, at næsten hele stigningen i den kirurgiske produktionsværdi fra 2002 til 2009 kan henføres til øgede behandlingsudgifter pr. patient. Antallet af unikke patienter var stigende frem til 2006, hvorefter der har været et fald⁵.

Figur 3.7b viser aktivitetsudviklingen på det medicinske område fra 2002 til 2009. Det fremgår af figuren, at der er sket en markant stigning i behandlingsudgifterne pr. patient. Stigningen i antallet af kontakter pr. patient har bidraget med ca. 10 pct. point, mens den øgede værdi pr. kontakt har bidraget med godt halvdelen af aktivitetsudviklingen på det medicinske område. Det fremgår desuden, at bidraget fra behandlingen af flere nye patienter udgør knapt en tredjedel af den samlede aktivitetsudvikling på det medicinske område fra 2002 til 2009 på ca. 70 pct.

Figur 3.7a: Aktivitetsudvikling på det kirurgiske område, 2002-2009



Figur 3.7b: Aktivitetsudvikling på det medicinske område, 2002-2009



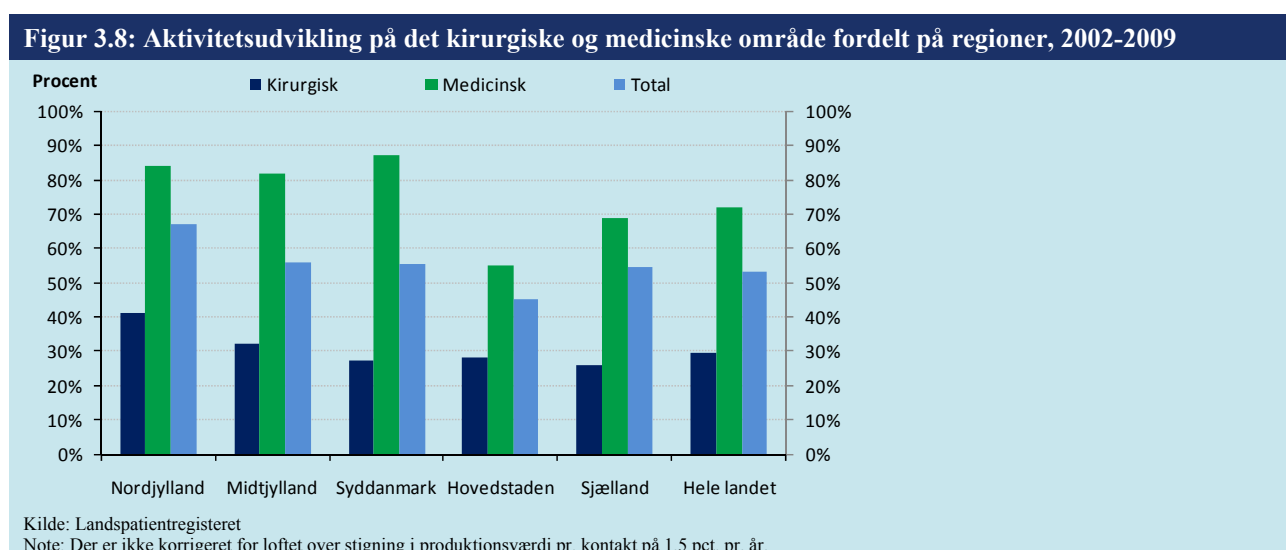
Sammenholdes aktivitetsudviklingen på det kirurgiske og på det medicinske område, så viser figur 3.7a og 3.7b ovenfor, at aktivitetsudviklingen på det medicinske område er steget væsentligt mere end på det kirurgiske område. Det ses samtidigt, at indtil år 2007 kunne aktivitetsstigningen på det medicinske område i højere

⁵ Isoleret set har der været flere unikke patienter (cpr) i kontakt med det kirurgiske område i 2009. I forhold til udviklingen i det samlede antal unikke cpr i kontakt med sygehusvæsenet under ét udgør andelen, der er i kirurgisk behandling en vigende andel. Dette betyder at i disse opgørelser kommer området til at fremstå med et vigende antal patienter i kontakt med sygehuset.

grad end på det kirurgiske område henføres til en stigning i værdien pr. patient, herunder en stigning i antallet af kontakter pr. patient. Fra 2007 og frem ændrer billedet sig imidlertid, idet hele aktivitetsstigningen på det kirurgiske område i denne periode kan henføres til en kraftig stigende værdi pr. patient, herunder en markant stigning i antal kontakter pr. patient.

Figur 3.8 viser aktivitetsudviklingen i produktionsværdi fra 2002 til 2009 for det kirurgiske og det medicinske område fordelt på de enkelte regioner. Figuren viser, at der er overordnet en forskel på aktivitetsudviklingen i regionerne.

Det fremgår desuden af figuren, at der også er forskel på, hvor meget det kirurgiske og det medicinske område har bidraget til aktivitetsudviklingen i de enkelte regioner. I Region Syddanmark har udviklingen på det medicinske område i højere grad bidraget til den samlede aktivitetsudvikling end i de øvrige regioner. I Region Nordjylland har det kirurgiske område derimod i højere grad bidraget til aktivitetsudviklingen end i de øvrige regioner.



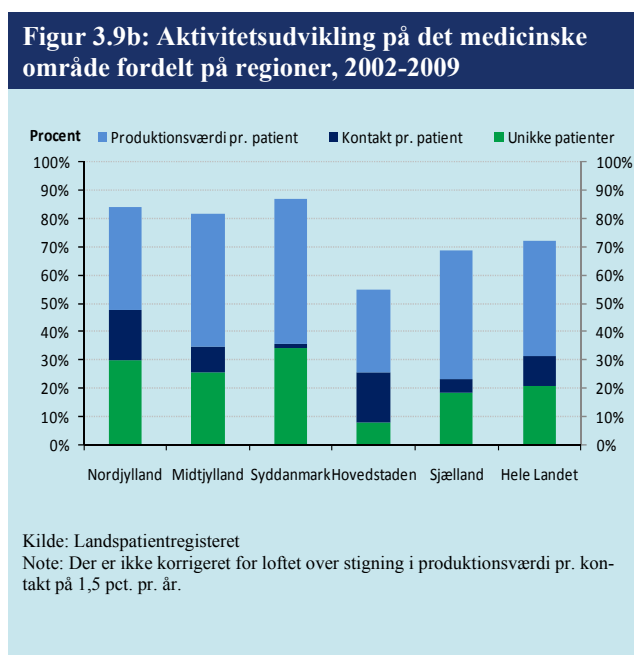
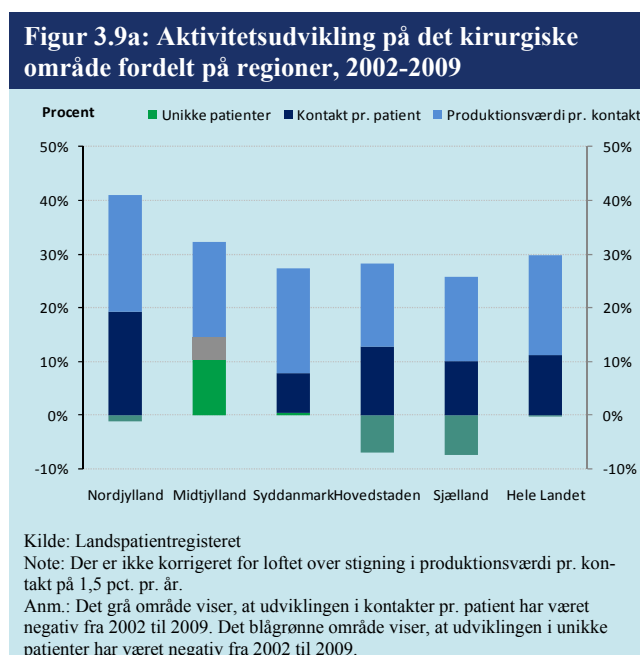
Figur 3.9a viser aktivitetsudviklingen fra 2002 til 2009 på det kirurgiske område fordelt på regionerne. Det fremgår af figuren, at der er betydelige variationer i udviklingen af produktionsværdien på tværs af regionerne på det kirurgiske område. Figuren viser således, at der er kommet færre kirurgiske patienter fra 2002 til 2009 i Region Sjælland og Region Hovedstaden. Dette er illustreret ved, at søjlerne har negative værdier (jf. den turkise skravering i figur 3.9a). Den negative udvikling i antallet af unikke patienter kan hovedsageligt henføres til perioden fra 2007 til 2009. Det bemærkes, at det alene er i Region Midtjylland, at behandlingen af flere unikke patienter har bidraget til aktivitetsstigningen på det kirurgiske område, mens antallet af unikke patienter i Region Syddanmark og Nordjylland er omtrent det samme i 2009 som i 2002.

Den primære forklaring på aktivitetsudviklingen på det kirurgiske område i perioden 2002 til 2009 er således en øget produktionsværdi pr. patient. I Region Nordjylland, Hovedstaden og Sjælland har antallet af kontakter pr. patient bidraget med ca. halvdelen af den samlede vækst på det kirurgiske område, mens bidraget er negativt i Region Midtjylland (jf. den grå skravering i figur 3.9a). Bidraget fra en øget værdi pr. kontakt har i alle regioner været på 50 pct. eller mere.

Figur 3.9b viser aktivitetsudviklingen 2002 til 2009 på det medicinske område fordelt på regionerne. Det fremgår af figuren, at sammensætningen af aktivitetsudviklingen på det medicinske område varierer på tværs af regionerne. Der er i alle regioner et betydeligt bidrag fra en øget produktionsværdi pr. kontakt, mens bi-

draget til aktivitetsudviklingen fra kontakter pr. patient varierer betydeligt mellem regionerne. I Region Syddanmark er bidraget fra kontakter pr. patient marginalt, mens det udgør omkring en tredjedel i Region Hovedstaden.

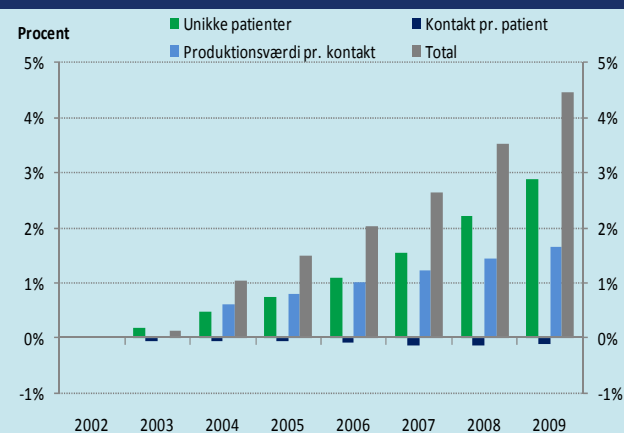
Samtidig er der forskel på, i hvilket omfang behandlingen af flere unikke patienter har bidraget til den samlede aktivitetsudvikling i regionerne. Bidraget fra unikke behandlede patienter har været relativt størst i Region Syddanmark, hvor bidraget udgør 40 pct. I Region Hovedstaden udgør aktivitetsbidraget fra behandlingen af nye patienter en syvendedel og har dermed været relativt mindst.



Figur 3.10a og b viser vækstbidraget fra den demografiske udvikling på aktivitetsudviklingen på det kirurgiske og medicinske område. Figurerne viser, at den demografiske udvikling primært giver sig udslag i behandlingen af flere nye patienter især på det medicinske område. På begge områder kan den demografiske udvikling kun forklare en meget begrænset del af den samlede aktivitetsstigning. På det kirurgiske område ses at den demografiske udvikling har en betydelig stigning i produktionsværdien pr. kontakt, mens at demografien alt andet lige skulle indebære færre kontakter pr. patient, *jf. figur 3.10a*.

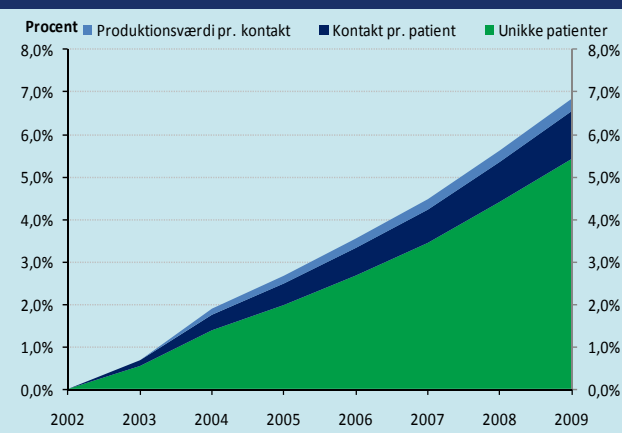
På det medicinske område trækker den demografiske udvikling i retning af, at flere unikke patienter har bidraget til den samlede udvikling og i mindre grad stigning i antallet af kontakter pr. patient, *jf. figur 3.10b*.

Figur 3.10a: Aktivitetsudvikling på det kirurgiske område – bidrag fra den demografiske udvikling, 2002-2009



Kilde: Landspatientregisteret
 Note: Der er ikke korrigeret for løftet over stigning i produktionsværdi pr. kontakt på 1,5 pct. pr. år.

Figur 3.10b: Aktivitetsudvikling på det medicinske område – bidrag fra den demografiske udvikling, 2002-2009



Kilde: Landspatientregisteret
 Note: Der er ikke korrigeret for løftet over stigning i produktionsværdi pr. kontakt på 1,5 pct. pr. år.

3.5 Aktivitetsudvikling for kræftbehandling

Tabel 3.4 viser dels hvor stor en andel af den samlede aktivitet i sygehusvæsenet, der vedrører patienter med en kræftdiagnose, dels i hvilket omfang behandlingen af patienter med en kræftdiagnose har bidraget til den overordnede aktivitetsudvikling på sygehusområdet. Det skal bemærkes, at aktivitetsudviklingen for patienter med en kræftdiagnose også medtager behandlingsaktivitet, som ikke er specifikt relateret til kræftbehandling, idet der i opgørelsen tages udgangspunkt i den samlede behandling, som patienter med en cancerdiagnose modtager.

Tabellen viser for det første, at ca. en fjerdedel af den samlede produktionsværdi i 2009 kan henføres til patienter med en kræftdiagnose. Tabel 3.4 viser desuden, at vækstbidraget fra behandlingen af patienter med en kræftdiagnose udgør ca. 20 pct. point af den samlede aktivitetsvækst fra 2002 til 2009 på ca. 53 pct. Vækstbidraget fra behandling af patienter med en kræftdiagnose udgør således over en tredjedel af den overordnede aktivitetsudvikling på sygehusområdet.

Tabel 3.4: Vækstbidrag fra behandling af patienter med og uden en kræftdiagnose, 2002-2009

	Andel 2002*	Andel 2009**	Vækstbidrag (pct.point) 2002-2009
Andet end cancer	79	75	34
Cancer***	21	25	20
Samlet	100	100	53

*Andelen i 2002 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) i 2002 i takstsystem 2003

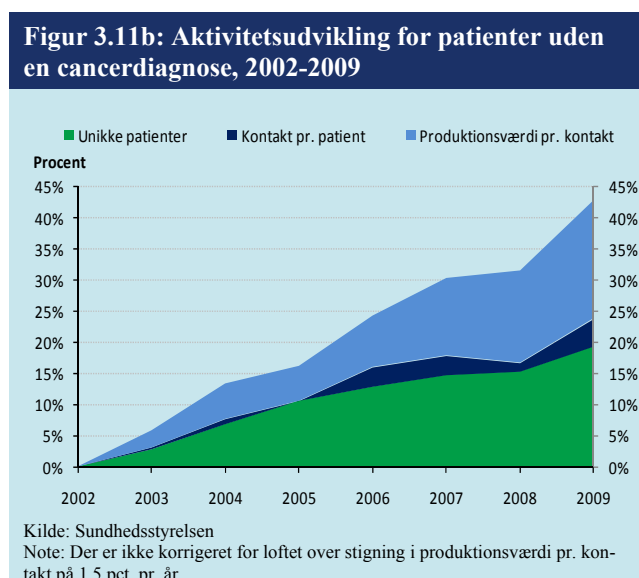
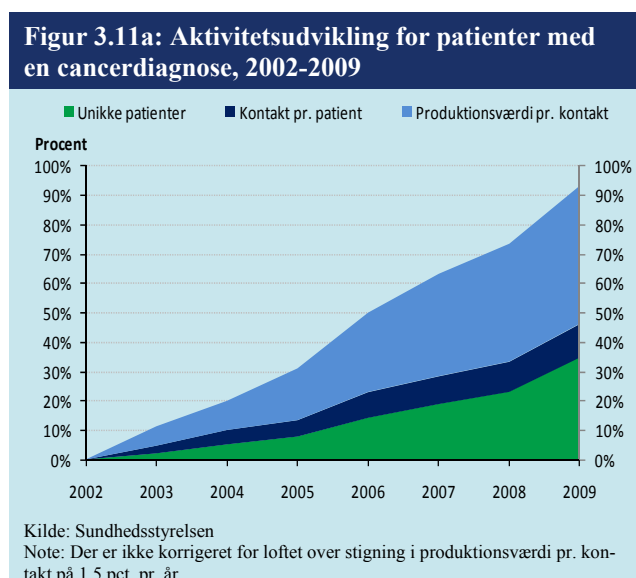
**Andelen i 2009 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) for 2009 i takstsystem 2009

*** Bemærk, at det er en populationsbetragtning.

Af aktivitetsudviklingen for behandling af hhv. kræftpatienter og øvrige patienter fremgår det, at der sket en stigning i antallet af unikke behandlede kræftpatienter på ca. en tredjedel, jf. figur 3.11a. Det ses desuden, at omkring halvdelen af den samlede aktivitetsstigning i perioden 2002 til 2009 blandt patienter med en kræft-

diagnose kan henføres til en øget produktionsværdi pr. kontakt, mens omkring en ottendedel kan henføres til flere kontakter pr. patient.

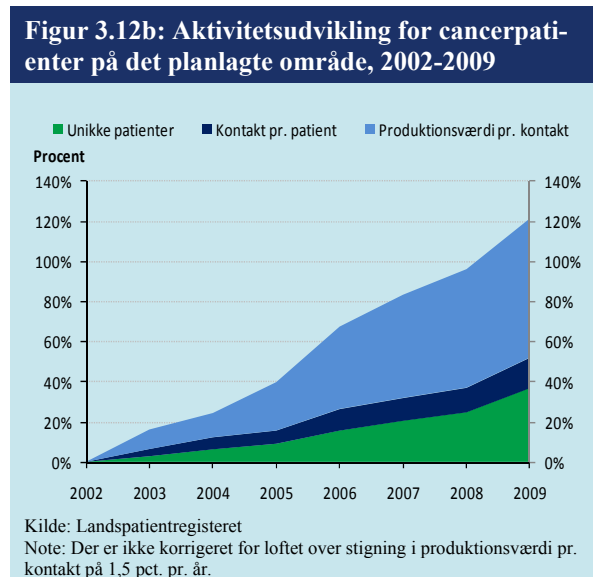
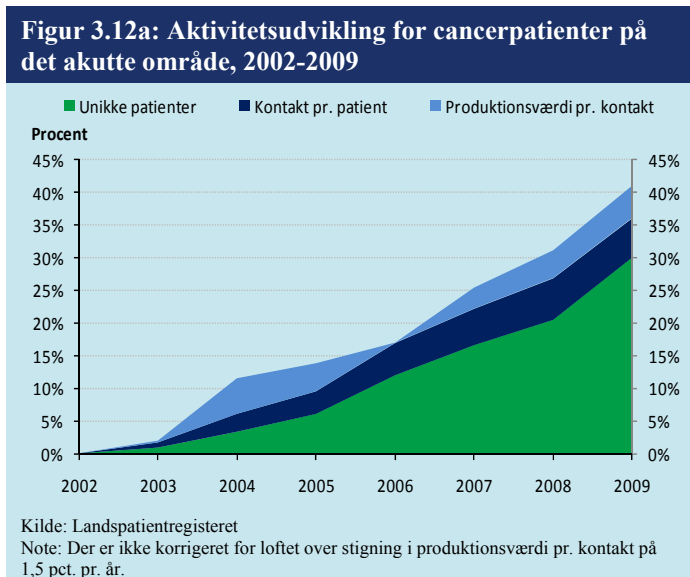
Betragtes de øvrige behandlingsområder, dvs. eksklusiv behandlingen af kræftpatienter, kan godt halvdelen af aktivitetsvæksten henføres til øgede behandlingsudgifter pr. patient, mens den resterende del kan henføres til behandlingen af flere unikke patienter. De stigende behandlingsudgifter pr. patient skyldes hovedsageligt en stigning i værdien pr. kontakt, mens en mindre del af den samlede aktivitetsstigning skyldes flere kontakter pr. patient, *jf. figur 3.11b*.



Sammenholdes aktivitetsudviklingen for patienter med en kræftdiagnose og de øvrige patienter ses, at aktivitetsudviklingen for kræftpatienter i lidt højere grad er drevet af stigende behandlingsudgifter pr. kontakt. Det relative bidrag fra flere kontakter pr. patient er nogenlunde ensartet blandt patienter med en kræftdiagnose og øvrige patienter, mens stigningen i værdi pr. kontakt har bidraget relativt mest for kræftpatienter.

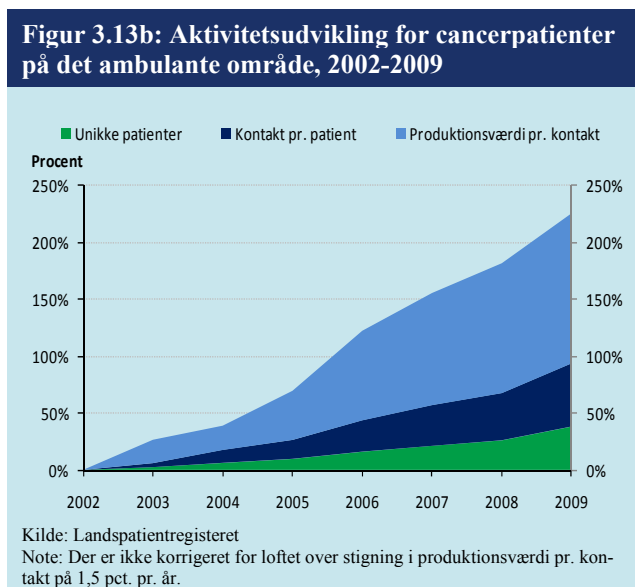
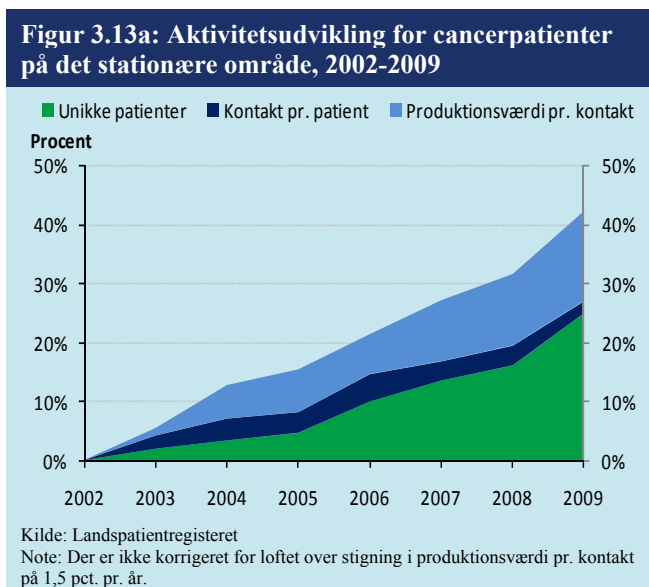
Figur 3.12a og b viser aktivitetsudviklingen blandt kræftpatienter på hhv. det akutte og det planlagte område fra 2002 til 2009. Overordnet ses, at aktivitetsstigningen blandt patienter med en kræftdiagnose har været størst på det planlagte område, hvor aktiviteten er steget med ca. 120 pct. fra 2002 til 2009, mod godt 40 pct. på det akutte område.

Figur 3.12a viser endvidere, at aktivitetsstigningen blandt kræftpatienter på det akutte område primært skyldes behandling af flere unikke patienter. På det planlagte område kan aktivitetsstigning blandt kræftpatienter hovedsageligt henføres til en vækst i produktionsværdien pr. kontakt samt til behandling af flere nye patienter, mens flere kontakter pr. patient bidrager i mindre grad, *jf. figur 3.12b*.



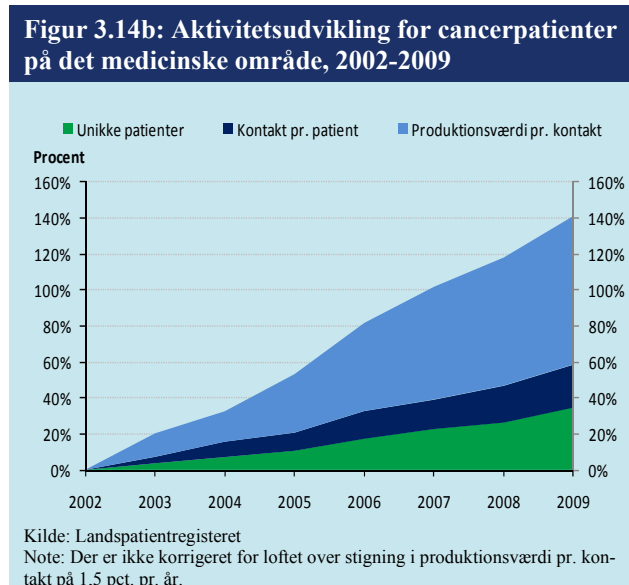
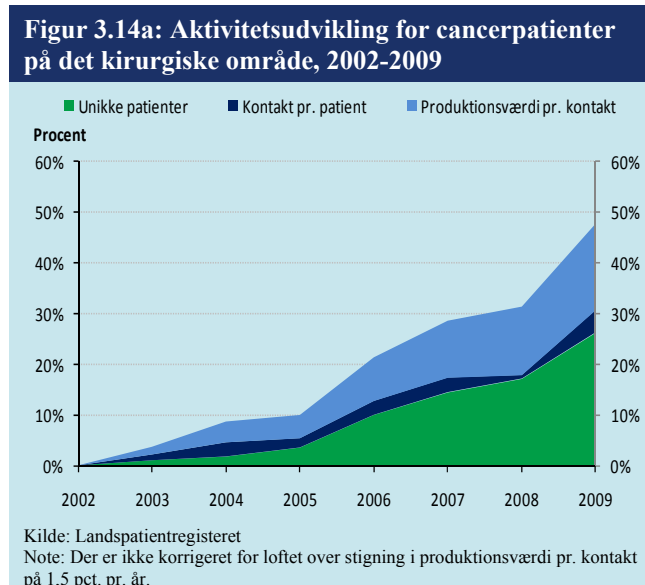
Figur 3.13a og b viser den akkumulerede produktionsudvikling for kræftpatienter på hhv. det stationære og det ambulante område fra 2002 til 2009. Overordnet ses, at aktivitetsvæksten blandt kræftpatienter har været markant større på det ambulante område, hvor aktiviteten er mere end fordoblet fra 2002 til 2009, mens aktiviteten på det stationære område er vokset med omkring 40 pct.

På det stationære område kan omkring tre femtedele af aktivitetsvæksten vedr. behandling af kræftpatienter henføres til behandlingen af flere unikke patienter, mens flere kontakter pr. patient kun i begrænset omfang har bidraget, jf. figur 3.13a. På det ambulante område skyldes hovedparten af aktivitetsvæksten en stigning i behandlingsomkostningerne pr. patient, herunder flere kontakter pr. patient, som bidrager med omkring en fjerdedel af aktivitetsvæksten fra 2002 til 2009, jf. figur 3.13b.



Figur 3.14a og b viser aktivitetsudviklingen for behandling af kræftpatienter på hhv. det kirurgiske og det medicinske område fra 2002 til 2009. Overordnet ses, at aktivitetsstigningen blandt patienter med en kræftdiagnose har været størst på det medicinske område, hvor aktiviteten er steget med ca. 140 pct. fra 2002 til 2009, mod knapt 50 pct. på det kirurgiske område.

Det fremgår af figur 3.14a, at godt halvdelen af aktivitetsvæksten for behandling af kræftpatienter på det kirurgiske område skyldes behandlingen af flere unikke patienter, mens den resterende aktivitetsstigning primær skyldes en øget værdi pr. kontakt. På det medicinske område kan omkring en fjerdedel af aktivitetsvæksten henføres til flere nye patienter, mens flere kontakter pr. patient bidrager med knapt en femtedel af aktivitetsvæksten for kræftpatienter fra 2002 til 2009.



Overordnet fremgår det, at aktiviteten for kræftpatienter er steget betydeligt fra 2002 til 2009. Væksten har primært fundet sted på det planlagte område, det ambulante område og det medicinske område. Det gælder endvidere, at aktivitetsstigningen på disse områder i højere grad kan henføres til øgede behandlingsomkostninger pr. patient, og i mindre grad til behandlingen af flere nye patienter. Mere specifikt har væksten i produktionsværdien pr. kontakt bidraget marginalt mere til væksten for kræftpatienter end for øvrige patienter. Vækstbidraget fra flere kontakter pr. patient har været omtrent det samme for kræftpatienter som for øvrige patienter.

3.6 Aktivitetsudvikling for hjertebehandling

Tabel 3.5 viser dels hvor stor en andel af den samlede aktivitet i sygehusvæsenet, der kan henføres til behandling af patienter med en livstruende hjertesygdom, dels i hvilket omfang behandlingen af patienter med livstruende hjertesygdomme har bidraget til den overordnede aktivitetsudvikling på sygehusområdet. Det skal bemærkes, at aktivitetsudviklingen for patienter med en livstruende hjertesygdom også medtager behandlingsaktivitet, som ikke er specifikt relateret til hjertebehandling.

Tabellen viser for det første, at ca. 11 pct. af den samlede aktivitet i 2009 kan henføres til patienter med livstruende hjertesygdomme. Tabel 3.5 viser desuden, at vækstbidraget fra behandlingen af patienter uden en livstruende hjertesygdom med 50 pct. point udgør størstedelen af den samlede aktivitetsvækst på ca. 53 pct. fra 2002 til 2009, mens vækstbidraget fra patienter med en livstruende hjertesygdom udgør ca. 3 pct. point.

Tabel 3.5: Udvikling i aktivitet (produktionsværdi) på hjerteområdet, 2002-2009

	Andel 2002*	Andel 2009**	Vækstbidrag (pct.point) 2002-2009
Andet end hjerte	86	89	50
Hjerte***	14	11	3
Samlet	100	100	53

*Andelen i 2002 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) i 2002 med takstsystem 2003

**Andelen i 2009 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) for 2009 i takstsystem 2009

*** Bemærk, at det er en populationsbetragtning.

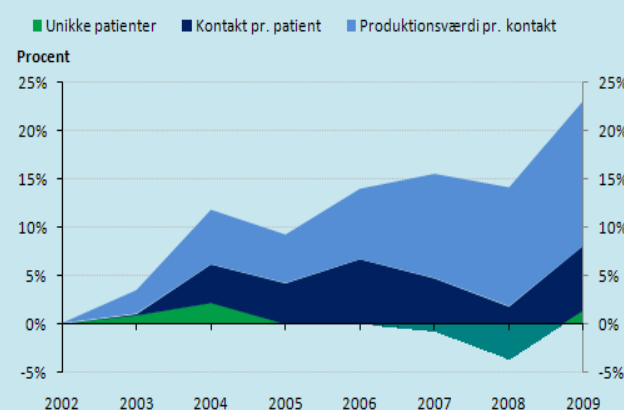
Figur 3.15a og 3.15b viser aktivitetsudviklingen for behandling af hhv. patienter med livstruende hjertesygdomme og øvrige patienter. Det fremgår af figur 3.15a, at sammensætningen af aktivitetsudviklingen for patienter med en livstruende hjertesygdom adskiller sig betydeligt fra udviklingen for øvrige patienter.

Hovedparten af aktivitetsstigningen for patienter med livstruende hjertesygdom kan henføres til en øget værdi pr. patient. Omkring to tredjedele af den samlede stigning fra 2002 til 2009 skyldes således en øget værdi pr. kontakt, mens godt en fjerdedel skyldes flere kontakter pr. patient. Særligt fra 2008 til 2009 har der været en betydelig stigning i antallet af kontakter pr. patient. Derimod har behandlingen af flere patienter kun bidraget meget begrænset til stigning i aktiviteten for patienter med en livstruende hjertesygdom. I perioden 2006 til 2008 var der således et negativt bidrag fra antallet af unikke patienter (jf. det blågrønne område i figur 3.15a).

Blandt patienter uden en livstruende hjertesygdom skyldes godt en tredjedel af den samlede aktivitetsstigning fra 2002 til 2009 behandlingen af flere patienter, mens flere kontakter pr. patient har bidraget med omkring 15 pct. af stigningen.

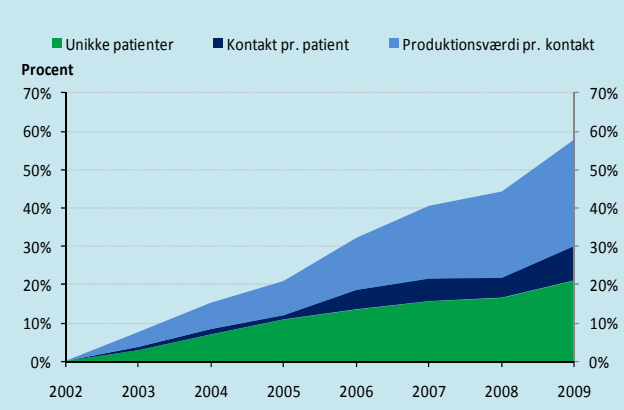
Det skal bemærkes, at vækstbidraget fra behandling af patienter med en livstruende hjertesygdom kun udgør ca. 3 pct. point af den samlede aktivitetsvækst i sygehusvæsenet (jf. tabel 3.5), hvorfor det stigende antal kontakter pr. hjertepatient kun i ringe grad har bidraget til det stigende antal kontakter pr. patient, som der generelt er oplevet i perioden 2002 til 2009.

Figur 3.15a: Aktivitetsudvikling for patienter med livstruende hjertesygdomme, 2002-2009



Kilde: Landspatientregisteret
 Note: Der er ikke korrigeret for loftet over stigning i produktionsværdi pr. kontakt på 1,5 pct. pr. år.
 Anmærkning: Det blågrønne område viser, at udviklingen i unikke patienter har været negativ fra 2006 til 2008.

Figur 3.15b: Aktivitetsudvikling for patienter uden livstruende hjertesygdomme, 2002-2009



Kilde: Landspatientregisteret
 Note: Der er ikke korrigeret for loftet over stigning i produktionsværdi pr. kontakt på 1,5 pct. pr. år.

3.7 Aktivitetsudvikling for patienter med diabetes

Tabel 3.6 viser dels hvor stor en andel af den samlede aktivitet i sygehusvæsenet, der kan henføres til behandlingen af patienter med diabetes, dels i hvilket omfang behandlingen af patienter med diabetes har bidraget til den overordnede aktivitetsudvikling på sygehusområdet.

Det fremgår af tabel 3.6, at vækstbidraget fra patienter uden diabetes med 44 pct. point pct. udgør størstedelen af den samlede aktivitetsvækst fra 2002 til 2009 på ca. 53 pct. Vækstbidraget fra behandling af diabetespatienter udgør 9 pct. point af den generelle aktivitetsudvikling på sygehusområdet fra 2002 til 2009.

Tabel 3.6: Udvikling i aktivitet (produktionsværdi) på diabetesområdet, 2002-2009

	Andel 2002*	Andel 2009**	Vækstbidrag (pct.) 2002-2009
Andet end diabetes	88	86	44
Diabetes***	12	14	9
Samlet	100	100	53

*Andelen i 2002 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) i 2002 med takstsystem 2003

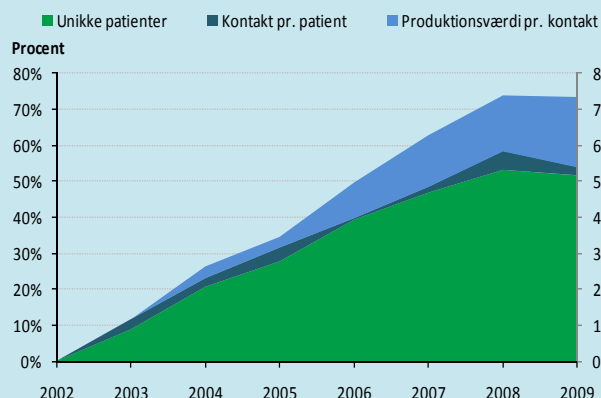
**Andelen i 2009 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) for 2009 i takstsystem 2009

*** Bemærk, at det er en populationsbetragtning.

Af udviklingen for behandling af hhv. diabetespatienter og øvrige patienter fremgår det, at langt størstedelen af aktivitetsudvikling i behandlingen af diabetespatienter fra 2002 til 2009 skyldes behandlingen af flere patienter, mens behandlingsudgifter pr. diabetespatient ikke bidrager til udviklingen i nær samme omfang, jf. figur 3.16. Det bemærkes endvidere, at der igennem perioden har været et faldende antal kontakter pr. patient med diabetes (jf. det blågrønne område i figur 3.16a). Det øgede antal diabetespatienter antages bl.a. at skyldes en ændring af de kliniske kriterier for diagnosen i 2002 samt nye retningslinjer for screening i almen praksis, som medførte flere henvisninger til sygehusvæsenet.

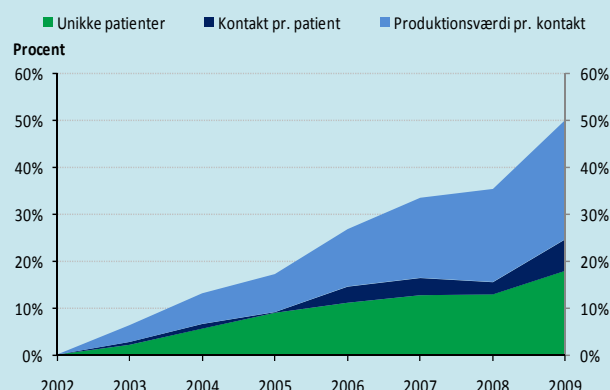
For de øvrige patientgrupper udgør bidraget fra behandlingen af flere patienter ca. en tredjedel, jf. figur 3.16b. Vækstbidraget fra en øget produktionsværdi pr. kontakt samt flere kontakter pr. patient udgør de resterende to tredjedele af aktivitetsvæksten for de øvrige patientgrupper.

Figur 3.16a: Udvikling i produktionsværdi for patienter med en diabetesdiagnose, 2002-2009



Kilde: Landspatientregisteret
 Note: Der er ikke korrigeret for loftet over stigning i produktionsværdi pr. kontakt på 1,5 pct. pr. år.
 Anmærkning: Det blågrønne område viser, at udviklingen i kontakter pr. patient patienter har været negativ.

Figur 3.16b: Udvikling i produktionsværdi for patienter uden en diabetesdiagnose, 2002-2009



Kilde: Landspatientregisteret
 Note: Der er ikke korrigeret for loftet over stigning i produktionsværdi pr. kontakt på 1,5 pct. pr. år.

3.8 Aktivitetsudviklingen for cancer, hjerte og diabetes patienter (komorbiditet)

Komorbiditet kan defineres som tilstedeværelsen af to eller flere indbyrdes uafhængige sygdomme eller tilstande hos en patient. Med henblik på at undersøge i hvilket omfang det forhold, at patienter har flere diagnoser, bidrager til aktivitetsudvikling er der foretaget en opgørelse af vækstbidraget fra aktiviteten på udvalgte behandlingsområder, *jf. tabel 3.7.*

Det fremgår af tabel 3.7, at behandlingen af patienter, der har mindst én af de udvalgte diagnoser udgjorde 42 pct. af den samlede aktivitet i 2009 mod 40 pct. i 2002.

Tabellen viser desuden, at vækstbidraget fra behandlingen af patienter med én eller flere af de udvalgte diagnoser udgør omkring halvdelen af den samlede aktivitetsudvikling. En stor del af dette vækstbidrag kan formentlig forklares med udviklingen i behandlingsaktiviteten på kræftområdet, *jf. afsnit 3.5 ovenfor.*

Tabel 3.7: Vækstbidrag fra udvalgte behandlingsområder, 2002-2009

Behandlingsområder	Andel	Andel	Vækstbidrag (pct.point)
	2002*	2009**	
Hverken diabetes, cancer, hjerte***	60	58	27
Enten diabetes, cancer eller hjerte (foreningsmængden)	40	42	27
Samlet	100	100	53

* Andelen i 2002 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) i 2002 i takstsystem 2003.

** Andelen i 2009 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) for 2009 i takstsystem 2009.

*** Bemærk, at det er en populationsbetragtning.

Tabel 3.8 viser vækstbidraget fra behandling af patienter med forskellige kombinationer af de udvalgte diagnoser. Det fremgår, at andelen af produktionsværdien, som kan henføres til patienter der bærer mindst 2 ud af de tre udvalgte diagnoser er steget fra at udgøre ca. 5,3 pct. til at udgøre ca. 5,6 pct. fra 2002 til 2009.

Desuden fremgår det, at ca. 4 pct. point af den samlede udvikling på 53 pct. kan henføres til den del af befolkningen, som har mindst to af de udvalgte diagnoser.

Tabel 3.8: Vækstbidrag på fra patienter med flere diagnoser, 2002-2009

	Andel 2002*	Andel 2009**	Vækstbidrag (pct.point) 2002-2009
Diabetes og cancer***	2	3	3
Andet	98	97	50
Samlet	100	100	53
Diabetes og hjerte***	3	3	1
Andet	97	97	52
Samlet	100	100	53
Hjerte og cancer***	2	1	1
Andet	98	99	52
Samlet	100	100	53
Diabetes, Hjerte og cancer***	0,5	0,5	0
Andet	99,5	99,5	53
Samlet	100	100	53
Mindst to diagnoser***	5,3	5,6	4
Andet	94,7	94,4	49
Samlet	100	100	53

* Andelen i 2002 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) i 2002 i takstsystem 2003.

** Andelen i 2009 er beregnet på baggrund af produktionsværdien (absolutte tal) i 2009 i takstsystem 2009.

*** Bemærk, at det er en populationsbetragtning.

3.9 Perspektivering om aktivitetsudviklingen i sygehusvæsenet

Analyserne af aktivitetsudviklingen i sygehusvæsenet viser generelt, at der er sket en fordyrelse i behandlingen pr. patient. Dette skyldes dels, at den enkelte patient har flere kontakter med sygehuset, men primært at hver sygehuskontakt er blevet dyrere.

Analyserne viser således, at næsten to tredjedele af den samlede udvikling i sygehusvæsenets aktivitet kan tilskrives, at behandlingsudgiften pr. patient er vokset. Omkring tre fjerdedele af de øgede behandlingsudgifter pr. patient kan henføres til en stigning i behandlingsudgiften pr. kontakt, mens en fjerdedel skyldes flere kontakter pr. patient. Samtidig fremgår det, at godt en tredjedel af aktivitetsvæksten kan tilskrives, at der er blevet behandlet flere patienter.

Analyserne viser desuden, at der mellem regioner er forskel på, hvordan aktiviteten har udviklet sig fra 2002 til 2009, når der ses på vækstbidraget fra en øget behandling af unikke patienter, flere kontakter pr. patient og en øget produktionsværdi pr. kontakt. Således varierer vækstbidraget fra øgede behandlingsudgifter pr. patient fra omkring halvdelen til mere end to tredjedele af den samlede aktivitetsvækst på tværs af regionerne. Denne forskel indikerer, at der ikke er tale om en systematisk omlægning af patientbehandlingen eller ændring i patientsammensætningen, som kan begrunde fx den øgede behandlingsudgift pr. patient.

Det kan bemærkes, at analyserne peger på, at sammenhængen mellem en generel stigning i sygehusvæsenets produktionsværdi og ventetiderne er uklar. En forklaring herpå er, at en aktivitetsvækst, som er båret af en stigning i produktionsværdien pr. patient (priseffekt) ikke bidrager til at reducere ventetiderne på behandling.

Analyserne peger på en række mulige forklaringsfaktorer i forhold til den overordnede aktivitetsudvikling. Den demografiske udvikling med flere ældre forklarer kun en mindre del af aktivitetsvæksten. Den demografiske effekt består særligt i et øget antal patienter, mens den kun i mindre grad påvirker produktionsværdien pr. patient. Desuden har der været en kraftig aktivitetsvækst inden for prioriterede indsatsområder, herunder kræft og livstruende hjertesygdomme. Aktivitetsvæksten på disse områder bidrager samlet til ca. 22 pct. point af den samlede aktivitetsudvikling på 53 pct. fra 2002 til 2009. Samtidig er der også sket en vækst i aktiviteten blandt diabetespatienter, som bidrager til aktivitetsvæksten. Langt størstedelen af vækstbidraget herfra skyldes behandlingen af flere patienter.

Analyserne viser, at der også er sket en stigning i produktionsværdien pr. patient inden for behandlingsområder, som ikke vedrører behandling af cancerpatienter. Den udvikling skyldes hovedsageligt en voksende produktionsværdi pr. kontakt, men flere kontakter pr. patient har ligeledes bidraget om end ikke i samme grad som på cancerområdet.

Med henblik på at få et billede af, hvordan den lægefaglige udvikling i sygehusvæsenet har påvirket aktivitetsudviklingen, har arbejdsgruppen afholdt to møder, hvor der i alt har deltaget fem klinikere, med særlig viden om forskellige behandlingsområder. Formålet hermed har været, at få et klinisk perspektiv, som kunne supplere de kvantitative analyser af, hvad der har drevet aktivitetsudviklingen i sygehusvæsenet i de senere år. På baggrund af møderne kan der udtrages en række generelle pointer, som der vil blive redegjort for herunder.

Der blev peget på, at der er forhold i den faglige og teknologiske udvikling, som indebærer flere besøg pr. patient. Denne udvikling afspejler bl.a., at behandlingen er sat mere i system, og at der derfor foretages flere ambulante undersøgelser og kontroller pr. patient og en øget rehabiliterende indsats end tidligere, som bidrager til bedre behandlingsresultater for patienterne. Det gælder bl.a. på kræftområdet, hvor udbredelsen af pakkeforløb mv. har medført en øget behandlingsindsats i forhold til den enkelte patient og bedre behandlingsmæssige resultater. Det skal dog bemærkes, at pakkeforløbene på kræftområdet blev indført i løbet af 2008 og har kun haft aktivitetseffekt i en mindre del af den analyserede periode fra 2002 til 2009.

Der blev desuden givet udtryk for, at udviklingen i den ambulante aktivitet også kan henføres til, at der i stigende grad forekommer uhensigtsmæssige ambulante besøg. Disse besøg kan bl.a. skyldes, at patienten ikke ønsker at afslutte sit behandlingsforløb, selvom patienten i klinisk forstand er færdigbehandlet eller, at der fra klinisk side ikke bliver taget initiativ til at afslutte patientforløbet, selvom patienten umiddelbart synes færdigbehandlet. Der er således tale om en kombination af patientkrav og manglende fokus på at afslutte patientforløb rettidigt.

Der blev også gjort opmærksom på, at der i dag er et incitament til, at ambulante besøg og kontroller, som principielt kunne foretages samme dag, spredes over forskellige dage. Dette incitament kan bl.a. skyldes, at sygehusene takstafregnes for hver sygehuskontakt som led i regionernes takststyring af sygehusene⁶.

Analyserne ovenfor viser bl.a., at antallet af fx diabetikere er stigende og dermed at de kroniske patienter potentielt kan medføre et aktivitetspres, ikke mindst, hvis der ikke er tilstrækkelig opmærksomhed om at afslutte patientforløb, når patienterne ikke længere er behandlingskrævende eller når patienter selv kan varetage deres behandling.

⁶ De ambulante takster i DRG-systemet dækker allerede i dag omkostningerne ved at foretage flere ambulante ydelser samme dag.

Bilag 1: Data og metode

1. Datagrundlag

Data er baseret på LPR, der efterfølgende er grupperet i forhold til DRG- og DAGS- grupper og afgrænset til aktiviteter omfattet af meraktivitetspuljen. Datagrundlaget giver en række grundlæggende problemstillinger i forhold til sammenligneligheden og fortolkningsmuligheder. Disse problemstillinger uddybes nedenfor.

En sammenligning af aktiviteten i forskellige år betinger, at aktiviteten er opgjort i samme takstsystem, således at udviklingen i aktiviteten ikke påvirkes af ændringer i takster og grupperingsændringer. Grupperings-systemet og takster ændres årligt for at afspejle udviklingen i behandlingsmåder og forandringer i ressourceanvendelse, og det vil derfor ikke være retvisende at vælge samme takstsystem for alle syv år i opgørelserne. Derfor beregnes udviklingen inden for samme takstsystem for to på hinanden følgende år, hvorefter udviklingstallene kan sammenlignes uden, at takstsystemerne har indflydelse på aktivitetsudviklingen.

I forhold til beregningen af udviklingen mellem to år (basisår og aktivitetsår) er der imidlertid yderligere en problemstilling, der har betydning for sammenligneligheden af data mellem årene. Der kan være ændringer i registreringspraksis, som påvirker sammenligneligheden mellem basis- og aktivitetsår, og derfor kræver en korrektion. I datagrundlaget er imidlertid kun korrigeret for generelle ændringer for nye koder og grupper, mens regions- og amtsspecifikke korrektioner er udeladt, idet disse ikke kan findes på individniveau (jf. bilaget Dokumentation, hvor korrektionerne gennemgås). De regions- og amtsspecifikke korrektioner har en forholdsvis lille betydning for produktionsværdi sammenlignet med den totale værdi, og det vurderes derfor, at det ikke påvirker sammenligneligheden over årene i betydelig grad.

Endelig skal det bemærkes, at der i datagrundlaget er dannet regioner for årene 2002 til 2006 (før strukturreformen) på baggrund af de nye kommunegrænser fra 1. januar 2007. Derved er det muligt at udarbejde sammenlignelige opgørelser for perioden 2002-2008. De konstruerede regioner stemmer ikke helt overens med de faktisk dannede regioner, men det antages at forskellen er uden større betydning for resultaterne.

2. Datagrundlaget sammenholdt med andre opgørelser

Datagrundlaget er som udgangspunkt afgrænset til meraktivitetsordningen, men aktivitetsopgørelserne vil ikke være identiske med tidligere offentliggjorte årsopgørelser fra den statslige aktivitetspulje, idet der som nævnt kun indgår generelle korrektioner. Desuden er der ikke taget højde for produktivitetskrav og creep. Årsagen til afvigelsen fra meraktivitetsordningen er, at der i aktivitetsopgørelserne er behov for at opdele aktiviteten på underkategorier, som disse typer af korrektioner ikke er defineret for, og som følge heraf heller ikke meningsfuldt kan opdeles på. En mindre kilde til forskelle mellem årsopgørelser for afregningen af statslig meraktivitetspulje kan også være ændringer i sygehusenes status i Sundhedsstyrelsen sygehusfortegnelser.

Derudover skal det bemærkes, at opgørelsen af besøg og udskrivinger svarer til den aktivitet, som er baggrund for produktionsværdien. Der indgår således kun besøg og udskrivinger, hvor der har fundet en afregning sted, og hvor aktiviteten er dækket af meraktivitetsordningen. Antallet af besøg og udskriving vil derfor afvige fra opgørelser foretaget på baggrund af LPR.

3. Produktionsværdien

Værdien af sygehusvæsenets aktivitet måles ved at opgøre den stationære og ambulante produktionsværdi. Værdien kaldes også DRG- og DAGS-produktionsværdi og er baseret på en gruppering af data fra Landspa-

tientregisteret og takster offentliggjort i sundhedsstyrelsens takstvejledninger (jf. <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/DRG%20Takster.aspx>).

Der er som nævnt ovenfor medtaget aktivitet, hvor der er fundet afregning sted. Da der ikke er taget højde for produktivitetskrav eller creep, som findes i meraktivitetsordningen, indgår også den aktivitet, der ligger udover en værdistigning pr. kontakt på 1,5 pct. I enkelte grafer er der indlagt en estimeret korrektion af værdi pr. kontakt som en linje i grafen. Korrektionen er beregnet på den totale aktivitet på enten landsplan eller regionsplan og dermed ikke som i meraktivitetsordningen, hvor korrektionen kun sker på offentlig aktivitet og for hver region.

4. Beregninger og afgrænsninger

Nedenfor gennemgås forskellige beregninger, der er benyttet til fremstilling af data i grafer og tabeller i rapporten:

Udvikling

Udvikling er opgjort som den procentvise udvikling i aktiviteten målt i produktionsværdi for to på hinanden følgende år inden for samme takstsystem og indenfor det pågældende delområde.

Vækstbidrag

Vækstbidraget er opgjort som udvikling for et delområde ud af den totale udvikling for basisåret. Vækstbidraget er et udtryk for, hvor meget hvert delområde bidrager til den samlede vækst.

Akkumuleret udvikling

I rapporten er den samlede udvikling i produktionsværdi fra 2002-2008 opgjort i flere tabeller. Den samlede udviklingen er beregnet ved at akkumulere udviklingen i produktionsværdi for to på hinanden følgende år inden for hvert takstsystem i perioden 2002-2008. Denne fremgangsmåde er benyttet, idet datagrundlaget ikke giver mulighed for at sammenligne absolutte værdier mellem aktivitet 2002 og 2008 pga. de forskellige takstsystemer.

Dekomponering

Udviklingen i produktionsværdien er i rapporten flere steder dekomponeret i kontakter pr. patient, udvikling i produktionsværdi pr. patient og udviklingen i unikke patienter. De tre komponenter giver tilsammen (multipliseret) udviklingen i produktionsværdi. I graferne gengives ofte den akkumulerede udvikling af de tre elementer i dekomponeringen (se beskrivelsen af akkumulering ovenfor).

Populationsanalyser

I rapporten anvendes flere steder en populationsbetragtning, hvor grupper af patienter der har en bestemt sygdom (f.eks. diabetes) analyses. I populationsanalyserne indgår alt aktivitet for patienterne, som indgår i den pågældende population, hvilket betyder at også aktivitet som ikke vedrører den pågældende sygdom indgår.

Afgrænsning på cancer, hjerter og diabetes

Cancerpopulationen er afgrænset til patienter, der på et tidspunkt i det pågældende år, er blevet behandlet for en diagnose fra diagnosekapitel 'Svulster DC-DD49'. Cancerdiagnosen kan være registreret som både aktions- og/eller bidiagnose. I populationsanalyserne indgår derfor også aktivitet, som vedrører andet end direkte behandling for cancerdiagnosen. Bemærk at der i afgrænsningen også indgår godartede svulster.

Hjertepopulationen er afgrænset til fire livstruende hjertesygdomme: stabil angina pectoris (stabile hjertekramper), ustabil angina pectoris (mindre blodprop i hjertet/ustabile hjertekramper), hjerteinsufficiens (hjerterstøt) og hjerteklapsygdom. Behandlingerne opfattes som livstruende hjertesygdom uanset om diagnosen optræder som aktions- eller bidiagnose. Analysen anvender en populationstilgang, hvorfor også aktivitet som vedrører andet end direkte behandling for cancerdiagnosen indgår. Diagnoser som indgår i afgrænsningen fremgår af siden (pr. marts 2010):

<http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Maaling%20af%20kvalitet/Monitorering%20og%20registrering%20af%20pakkeforloeb%20-%20hjerte/Diagnosekodeskemaer.aspx>

Diabetespopulationen er afgrænset til den aktivitet, der er registreret for patienter i Diabetesregisteret. Nærmere afgrænsning af diabetesdiagnoser kan findes på siden:

<http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsstyrelsens%20registre/Diabetesregister.aspx>

5. Definitioner

Demografi

Demografiens bidrag til forklaring af ændringen i fx produktionsværdi er beregnet med afsæt i følgende metode: Produktionsværdien i 2008 med befolkningsantallet og alderssammensætningen i 2008 beregnes på ny ud fra befolkningsantallet og alderssammensætningen for årene 2002-2007. Således afdækkes demografiens betydning ved at holde aktivitets- og prissammensætningen pr. dansker i 2008 konstant, mens befolkningsstørrelsen varierer med den faktiske befolkning i årene 2002-2007. Dermed kan effekten af befolkningsændringer (alderssammensætning og ændringer i befolkningsstørrelse) måles i procent.

Kontakter

Kontakter er defineret som det samlede antal af udskrivninger plus et vægtet antal besøg. Vægten beregnes ved følgende formel:

$$\frac{\text{Stationær produktionsværdi} / \text{Antal sygehusforløb}}{\text{Ambulant produktionsværdi} / \text{Antal ambulante besøg}}$$

I kontaktbegrebet indgår udskrivninger med en højere vægt end besøg, og der tages dermed højde for et større ressourceforbrug ved indlæggelse end ved ambulante besøg.

Unikke cpr. / patienter

Unikke cpr. eller unikke patienter er det antal personer, der er i kontakt med den del af sundhedsvæsenet som indgår i datagrundlaget mindst én gang inden for det pågældende år. I opgørelserne er antallet af unikke cpr opgjort på regionsniveau, hvilket også gælder, selvom opgørelserne er opgjort på landsplan. Dvs., at opgørelser af unikke cpr på landsplan er summen af unikke cpr i regionerne, med mindre andet specifikt er nævnt. Dermed kan patienter indgå to gange, hvis patienten i løbet af året er flyttet mellem to regioner samt har haft kontakt med sygehusvæsenet både før og efter flytningen.

I de tilfælde, hvor vi opdeler aktiviteten på underkategorier vil summen af antallet af unikke cpr overstige det totale antal unikke cpr, idet patienter kan indgå i begge grupper.

For at kunne sammenligne udviklingen i unikke cpr og værdi på cpr mellem forskellige undergrupper og med den samlede udvikling i regionerne er de unikke cpr for disse underopdelinger vægtet i forhold til deres andel af summen af unikke cpr for alle undergrupper. De vægtede cpr indgår kun i beregningen af udviklinger.

Alder

Alder er fastsat pr. den 1. juli i det pågældende år på baggrund af cpr-nummeret, hvilket afviger fra Landspatientreisteret aldersvariabel, der er fastsat på indskrivningstidspunktet.

Behandlingstype

Aktiviteten er opdelt på ambulante og stationære aktiviteter. Kategorien bestemmes af, hvordan aktiviteten er udført. Det vil sige, at behandlinger som grupperes til gråzoner indgår i den ambulante kategori, hvis behandlingen er udført ambulante.

Behandlingsområde

Aktiviteten er opdelt på behandlingsområde, dvs. offentlig, privat, hospice, sygesikring, speciallæger og aktivitet i udlandet. Det skal understreges, at det forholdsvise lille antal patienter i kategorien hospice betyder, at der ofte ses store procentvise udsving, når der underopdeles i behandlingsområder, idet selv en lille absolut ændring i aktiviteten vil vise sig som en meget høj udvikling pga. det lave udgangspunkt for aktiviteten i basisåret.

Kontaktmåde

Kontaktmåden (akut / elektiv) er identificeret på baggrund af variabelen *c_indm*. Det er ikke obligatorisk at registrere kontaktmåden for ambulante besøg, og det antages derfor, at de ambulante besøg er elektive, medmindre patienten er registreret som skadestuepatient (*c_patttype*). Hovedparten af den ambulante aktivitet er derfor elektiv i denne opgørelse, hvilket betyder, at den elektive patientkontakt er overestimeret, hvis stationære og ambulante aktiviteter opgøres sammen. I beregningerne er det i øvrigt antaget, at behandling i udlandet, speciallægebehandling registreret i DUSAS og sygesikringsbetalt behandling er elektiv patientkontakt som følge af manglende registrering af kontaktmåde.

Speciale

Speciale er givet ved variabelen *C_blok* fra LPR. Speciale opdeles i rapporten i kirurgisk speciale, medicinsk speciale og øvrige (DUSAS og øvrige).

Bilag 2: Dokumentation

1. Indledning og formål

I dette bilag redegøres for afgrænsninger og korrektioner af data, der er grundlaget for opgørelserne i rapporten. Formålet hermed er at skabe gennemsigtighed om forudsætningerne for beregningerne og datagrundlaget for rapporten.

Udgangspunktet er at anvende samme afgrænsningen som meraktivitetsordningen for de enkelte år. I aktiviteten indgår alene den somatiske sygehusaktivitet, og psykiatri indgår således ikke i rapporten.

2. Den korrigerede produktionsværdi

Datagrundlaget er som udgangspunkt afgrænset som den statslige meraktivitetsordning, hvilket er defineret ud fra det pågældende års cirkulære for den statslige aktivitetspulje. Cirkulærene beskriver en række generelle afgrænsninger og korrektioner, men derudover laves også specifikke korrektioner i meraktivitetsordningen i forbindelse med indføring af nye koder og grupper. Det grundlæggende data svarer således så vidt muligt til datagrundlaget for årsopgørelserne for den statslige meraktivitetspulje.

Tabel 1 er en oversigt over, hvordan den korrigerede produktionsværdi er gjort.

Tabel 1: Oversigt over beregning af korrigeret produktionsværdi for 2002-2008
Ukorrigeret DRG- og DAGS-produktionsværdi
- Korrektioner i henhold til Cirkulære om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud i 2002-2008
- Korrektioner for indførsel af nye grupper og koder
= Korrigeret produktionsværdi

Afsnittet 'Den korrigerede produktionsværdi' er opdelt i tre dele: For det første beskrives hvilken aktivitet som indgår i meraktivitetsordningen. Det efterfølgende afsnit omhandler afgrænsningen af aktivitet af aktiviteten (generelle korrektioner), mens sidste del beskriver korrektioner foretaget for at udligne grupperingsændringer og nye koder.

2.1 Aktivitet som indgår i meraktivitetsordningen

Følgende aktivitet er medtaget i beregningerne i nærværende rapport jf. cirkulærene for meraktivitetsordningerne fra 2002-2008:

- Aktivitet på offentlige sygehuse
- Aktivitet fra private sygehuse
- Aktivitet på hospice
- Aktivitet på private specialsygehuse (§ 79)
- Aktivitet i udlandet
- Aktivitet i speciallægepraksis

Den nævnte aktivitet er grundlag for alle aktivitetsopgørelser herunder beregninger af antal patienter og vægte med mindre andet specifikt er nævnt.

Aktivitet på offentlige sygehuse og private sygehuse

Udgangspunktet er, at alt offentlig betalt aktivitet på offentlige og private sygehuse samt hospice indgår i opgørelserne. Værdien opgøres ved hjælp af grupperet data fra Landspatientregisteret, som er fastsat med det pågældende takstsystem (DkDRG- og DAGSsystem - se bilag 1, afsnit 1 for valg af takstsystem).

Aktivitet på hospice

Aktiviteten på hospice indgår i henhold til bekendtgørelse nr. 846 af 26/07/2006 (Bekendtgørelse om drifts-overenskomster mellem regionsråd og selvejende hospicer), hvor det fremgår, at regionsrådene er forpligtet til at indgå overenskomst om et vist antal pladser pr. region afhængig af størrelsen.

Det betyder, at aktivitet, der er udført på hospice og er betalt af bopælsregionen (dvs. koden AZAB5 er registreret), indgår i rapporten.

Aktivitet på private specialsygehuse (§ 79)

I ordningen medtages endvidere de sygehusopgaver, der udføres af et af de i Sundhedsloven § 79 stk. 2 nævnte private specialsygehuse. Dog er det kun aktivitet uden for de fastsatte økonomiske rammer, der indgår i ordningen. De pågældende økonomiske rammer er senest fastsat i Bekendtgørelse nr. 85 af 25. januar 2007

Værdien af aktiviteten på de private specialsygehuse (§ 79), der ligger ud over den økonomiske ramme opgøres ved hjælp af grupperet data fra Landspatientregisteret (grupperet med DkDRG- og DAGSsystem). Fra 2002-2008 er der ingen af de i tabel 2 nævnte sygehuse, der når over den økonomiske ramme, hvilket medfører at aktiviteten ikke indgår i rapporten.

Tabel 2 indeholder en oversigt over sygehuse, der kategoriseres som private specialsygehuse også kaldet § 79-sygehuse.

Tabel 2: Specialsygehuse ifølge bekendtgørelse nr. 85 af 25. januar 2007

Sankt Lukas Hospice
Diakonissestiftelsens Hospice
Sct. Maria Hospice
OASIS
RCT-København
RCT-Jylland
Epilepsihospitalet i Dianalund
Sclerosehospitalerne i Haslev og Ry
Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium
Center for sundhed og træning i Middelfart
Center for sundhed og træning i Århus
Center for sundhed og træning i Skælskør
Institut for Muskelsvind/RehabiliteringsCenter for Muskelsvind
Vejlefjord
Center for Hjerneskade

Aktivitet i udlandet

Aktiviteten i udlandet er registreret i internetmoduliet DUSAS og grupperet og værdisat med DkDRG- og DAGSsystem.

Aktivitet i speciallægepraksis

I specialelægepraksis udføres behandlinger, som svarer til sygehusydelse, hvorfor aktiviteten indgår i meraktivitetsordningen på lige fod med sygehusbehandlinger. Det er alene den aktivitet i speciallægepraksis, der er substituerbar med sygehusydelse, som indgår i meraktivitetsordningen, og det er således alene udvalgte behandlinger, der indgår i datagrundlaget til nærværende rapport.

Aktiviteten i speciallægepraksis er registreret dels i sygesikringsregisteret og dels i internetmodulet DUSAS.

Værdien af sygesikringsaktiviteten fastsættes hjælp af forløbstakster. Forløbstaksterne er udarbejdet med udgangspunkt i de honorarer, som fremgår af sygesikringens overenskomst. De beregnede takster består af honoraret for den konkrete ydelse/operation med tillæg for et gennemsnitligt antal forundersøgelser, efterkontroller og tillægsydelser. Den beregnede forløbstakst dækker således i princippet hele det forløb i speciallægepraksis, som er knyttet til den behandling, der er foretaget. Denne fremgangsmåde er valgt, for at ydelsen udført i speciallægepraksis og på sygehus bliver sammenlignelige trods forskellige honorarsystemer.

2.2 Afgræsning af data

Cirkulærene om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud fra 2002-2008, som beskriver en række generelle afgrænsninger og korrektioner af data. Listen nedenfor beskriver, hvilke områder der ikke er omfattet af meraktivitetsordningen, og derfor ikke indgår i datagrundlaget:

- Sterilisation og kunstig befrugtning
- Alternativ og eksperimentel behandling på private sygehuse og klinikker mv.
- Behandling, hvortil udgifterne afholdes af staten
- Ambulant genoptræning – er dog kun muligt i takstsystem 2007 og takstsystem 2008
- Ambulante mammografiscreeninger med diagnosen 'UXRC45'
- Afdeling 081 og afdeling 086 på sygehus 7003 (Sygehus Nord), da aktiviteten er speciallægeaktivitet
- 100 pct. selvbetaler (AZAB1), 100 pct. forsikringsbetalt (AZAB2), Delvis selvbetaler/delvis forsikringsbetalt (AZAB3), betalt af bopælskommune (AZAB4), anden betaler (AZAB9) mv.

2.3 Korrektioner i henhold til indførelse af nye koder og grupper

Hvert år indføres nye SKS-koder, som påvirker registreringen i Landspatientregisteret, og der indføres nye DRG- og DAGS-grupper, der har indflydelse på grupperingen og værdiansættelsen af behandlingerne. Hvis de nye koder eller grupper anvendes i aktivitetsåret, men ikke er blevet benyttet i basisåret, som er sammenligningsgrundlaget, opstår et behov for at korrigere datagrundlaget.

Dette fremgår også af cirkulærene om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud til regionernes sygehusvæsen m.v. under kapitel 5 ”Beregning af udbetaling af tilskud” fremgår det i § 8 stk. 2: ”... den samlede værdi efter stk. 1 korrigeres for kodeændringer og /eller ny registreringspraksis ... der har betydning for opgørelsen af regionernes indberettede aktivitet i forhold til baseline.”

Der korrigeres for nye grupper og koder ved at omgruppere de patienter, der som følge af nye koder eller til nye grupper, grupperes forskelligt i aktivitets- og basisår. Fremgangsmåden ved omgrupperingen er, at aktivitetsåret grupperes ved at antage, at den nye gruppe eller kode ikke eksisterer, hvorved basis- og aktivitetsåret bliver sammenlignelige.

Nedenfor er korrektionerne for hvert af de pågældende års takstsystemer gennemgået. Gennemgangen er teknisk, men nødvendig for at dokumentere korrektioner, der er gennemført som følge af ændringer i koder og grupper.

Takstsystem 2008

Følgende DRG-grupper er berørt af korrektioner for:

Aktivitet 2008 takstsystem 2008:	Aktivitet 2007 takstsystem 2008:
Behandling af rygmarsvsskadede	Ingen korrektion
Neurorehabilitering og rygmarsvsskader	Ingen korrektion

Følgende DRG-grupper er berørt af korrektioner foretaget i aktiviteten for 2008 i takstsystem 2008:

Behandling af rygmarsvsskadede (DRG 2641-2643)

Der blev i 2008 oprettet tre nye grupper inden for behandling af rygmarsvsskadede, hvortil der stilles krav om registrering af den nye kode BAXY3.

2641		Behandling af rygmarsvsskadede, højt specialiseret, central enhed, nytilskadekommen
2642		Behandling af rygmarsvsskadede, højt specialiseret, central enhed, komplikationsindlæggelse
2643		Behandling af rygmarsvsskadede, højt specialiseret, central enhed, vurdering/kort forløb

Korrektion er foretaget efter følgende model:

Der er udført en omgruppering, således at patienter, der er kodet med ovenstående kode, omgrupperes ved, at koden fjernes. Det medfører, at de patienter, der ligger i grupperne 'rygmarsvsskadede', grupperes til de grupper, som de ellers ville være grupperet til, hvis BAXY3 ikke havde været der.

Neurorehabilitering og rygmarsvsskader (DAGS PG09D)

Der blev i 2008 oprettet en ny gruppe inden for ambulant neurorehabilitering, hvortil der stilles krav om registrering af den nye kode BAXY3.

PG09D		Neurorehabilitering og rygmarsvsskader
-------	--	--

Korrektion er foretaget efter følgende model:

Der er udført en omgruppering, således at patienter, der er kodet med ovenstående kode, omgrupperes ved, at koden fjernes. Det medfører, at de patienter, der ligger i neurorehabiliterings- og rygmarsvsskade gruppen, grupperes til de grupper, som de ellers ville være grupperet til, hvis BAXY3 ikke havde været der.

Takstsystem 2007

Følgende DRG-grupper er berørt af korrektioner for:

Aktivitet 2007 takstsystem 2007:	Aktivitet 2006 takstsystem 2007:
Neurorehabilitering	Ingen korrektion
Basis samt kompleks svampebehandling	Ingen korrektion
Arbejdsmedicin	Ingen korrektion
Genetisk risikovurdering	Ingen korrektion
Klinisk neurofysiologi	Ingen korrektion

Følgende DRG-grupper er berørt af korrektioner foretaget i aktiviteten for 2007 i takstsystem 2007:

Neurorehabilitering (DRG 2604-2609)

Der blev i 2007 oprettet seks nye grupper inden for neurorehabilitering, hvortil stilles krav om registrering af nye koder (BAXY1 og BAXY2).

Korrektionen vil blive foretaget efter følgende model:

Indledningsvis findes de afdelinger, der i 2007 har patienter grupperet til de nye neurorehabiliteringsgrupper i 2007. På baggrund af aktiviteten i 2006 i takstsystem 2006 beregnes den gennemsnitlige DRG-værdi for disse afdelinger og PL-reguleres. Efterfølgende sættes DRG-værdien for patienter, der i 2007 er grupperet til de nye neurorehabiliteringsgrupper til den beregnede gennemsnitstakst for aktiviteten i 2006.

Basis samt kompleks svampebehandling (DRG 1705-1708)

Der blev i 2007 oprettet fire nye grupper inden for svampebehandling med nye koder (BPHG00, BPHG01, BPHG02, BPHG03, BPHG04, BPHG05).

Korrektion er foretaget efter følgende model:

Der sker en omgruppering, således at patienter, der er kodet med ovenstående nye koder, omgrupperes ved, at de nye koder fjernes. Det medfører, at de patienter der ligger i svampebehandlingsgrupperne, grupperes til de grupper, de ellers ville være grupperet til, hvis der ikke havde været en af de nye koder.

Arbejdsmedicin (DAGS PG15A-PG15C)

Der blev oprettet nye ambulante proceduregrupper på området for arbejdsmedicin, hvortil der stilles krav om registrering af nye koder for gruppering. Aktiviteten inden for dette ambulante område forventes i 2006 at være grupperet til den ambulante besøgsgruppe. Ved beregning af aktiviteten for 2007 fratrækkes proceduretaksten for DAGS-grupperne PG15A, PG15B og PG15C således, at alene besøgstaksten indgår i beregningen af aktiviteten i 2007.

Genetisk risikovurdering (DAGS PG16A-PG16D)

Der blev oprettet nye ambulante proceduregrupper på området for genetisk risikovurdering, hvortil der stilles krav om registrering af nye koder for gruppering. Aktiviteten inden for dette ambulante område må i 2006 forventes at være grupperet til den ambulante besøgsgruppe. Ved beregning af aktiviteten for 2007 fratrækkes proceduretaksten for DAGS-grupperne PG16A, PG16B, PG16C og PG16D således, at alene besøgstaksten indgår i beregningen af aktiviteten i 2007

Klinisk neurofysiologi (PG18A-PG18C)

Inden for klinisk neurofysiologi blev der i 2007 oprettet tre nye grupper. I 2006 blev procedureerne inden for klinisk neurofysiologi ikke afregnet, da der her var tale om assistancer, der ikke var takstudlørende. Ved beregning af aktiviteten i 2007 sættes proceduretaksten for PG18A- PG18C lig med nul.

Takstsystem 2006

Følgende DRG-grupper er berørt af korrektioner:

Aktivitet 2006 takstsystem 2006:	Aktivitet 2005 takstsystem 2006:
Intensivkorrektion	Intensivkorrektion
Fys-ergo aktivitet	Fys-ergo aktivitet
Andre telefonsamtaler o.l.	Andre telefonsamtaler o.l.

Intensivkorrektion (DRG2632-2635)

Der blev i 2006 gennemført ændringer i grupperingen til de fire intensivgrupper (DRG2632-2635). Ændringen vedrørende respiratorbehandling betyder, at intensivaktiviteten ikke kan grupperes ens i 2005 og 2006.

I 2005-grupperingen er der et krav om, at patienten skal have fået respiratorbehandling i mere end 6 timer for, at behandlingen kan grupperes til DRG2634 ”Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer” og DRG2635 ”Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt”. I 2006 er kravet ændret, så patienten skal have fået respiratorbehandling i mere end 48 timer. Hvis der er registreret respiratorbehandling i mindre end 48 timer, vil patienten med 2006-grupperingen i stedet blive grupperet til DRG2633 ”Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ”.

Koder for ”mere end 2 dage” og ”mere end 3 dage”, som skal anvendes for at angive, at respiratorbehandlingen varer mere end 48 timer, er oprettet pr. 1. januar 2006, og koderne kunne dermed ikke anvendes i 2005. Det vurderes derfor, at patienter, der i 2005 har fået respiratorbehandling i mere end 2 eller 3 døgn, har fået registreret en kode for mere end 6 timer, og dermed grupperes til DRG2633 med 2006-grupperingen.

Som det ses i nedenstående tabel, er taksten for DRG2633 væsentligt lavere end for DRG2634 og DRG2635. Derfor vil den samme intensivaktivitet i 2006 have en større DRG-værdi end i 2005, hvis der er givet respiratorbehandling i mere end 48 timer.

Intensivgruppe	Navn	Takst 2006
DRG2632	Intensiv gruppe I: Simpelt organsvigt i et eller to organer	63.710

DRG2633	Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ	143.844
DRG2634	Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer	271.976
DRG2635	Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt	712.874

For alle udskrivninger, der i 2006-grupperingen grupperes til DRG2635, er der registreret respiratorbehandling i mere end 48 timer, da det er en nødvendig betingelse for gruppering hertil. Derfor omgrupperes alle DRG2635 i takstsystem 2006 i stedet til DRG2633, så de basis og aktivitetsår bliver sammenlignelige.

Udskrivninger, der er grupperet til DRG2634, som følge af respiratorbehandling i mere end 48 timer, og som ikke er registreret med en af de øvrige koder, der grupperes til DRG2634, grupperes i stedet til DRG2633. Til DRG2634 grupperes også udskrivninger, hvor der ikke er givet respiratorbehandling. Det er derfor alene udskrivninger, hvor grupperingen skyldes respiratorbehandling i mere end 48 timer (og ikke en af de øvrige koder), der korrigeres fra DRG2634 til DRG2633.

Korrekturen foretages både i 2005- og 2006-data, således at data for de to år kan sammenlignes. At korrekturen også foretages i 2005 skyldes, at det teoretisk set har været muligt i 2005 at registrere de nye koder for respiratorbehandling. Imidlertid viser udtræk fra LPR pr. 10. marts 2006, at koden ikke er anvendt i 2005.

Korrekturen betyder, at de berørte udskrivninger vil blive grupperet til en gruppe med et lavere trimpunkt, og at udskrivningerne derfor får flere langliggedage ved korrekturen. Derfor beregnes den korrigerede takst både ud fra taksten og trimpunktet fra DRG2633.

Fys-ergo aktivitet (PG15A-PG15C)

DAGS-grupperne PG15A, Fysio- og ergoterapi grp. 1, PG15B, Fysio- og ergoterapi grp. 2 PG15C Fysio- og ergoterapi grp 3 og PG15D Fysio- og ergoterapi grp. 4 holdes ude af aktiviteten både i 2005 og 2006.

Andre telefonsamtaler o.l.

Telefonsamtaler defineret ved koden BVAA33 'Telefonsamtale med patient' er udeladt af beregningerne, hvis koden er den eneste registrerede procedurekode. Det er ikke obligatorisk at registrere koden, og koden er ikke takstbelagt.

Det sammen gør sig gældende med de øvrige koder for telefonsamtaler BVAA50 'Telefonsamtale med pårørende' og BVAA51 'Telefonsamtale med besøgsven e.l.' samt koden BVAA33B 'E-mail konsultation'. Årsagen til udeladelsen af er blandt andet, at det som nævnt ikke har været obligatorisk at registrere koderne, og at niveauet for registreringerne derfor formodentlig ikke afspejler det korrekte omfang.

Takstsystem 2005

Følgende DRG-grupper er berørt af korrektioner for:

Aktivitet 2005 takstsystem 2005:	Aktivitet 2004 takstsystem 2005:
Andre telefonsamtaler o.l.	Andre telefonsamtaler o.l.
Intensivkorrektion	Intensivkorrektion
Neurorehabilitering	Neurorehabilitering

Andre telefonsamtaler o.l.

Telefonsamtaler defineret ved koden BVAA33 'Telefonsamtale med patient' er udeladt af beregningerne, hvis koden er den eneste registrerede procedurekode. Det er ikke obligatorisk at registrere koden, og koden er ikke takstbelagt.

Det sammen gør sig gældende med de øvrige koder for telefonsamtaler BVAA50 'Telefonsamtale med pårørende' og BVAA51 'Telefonsamtale med besøgsven e.l.' samt koden BVAA33B 'E-mail konsultation'. Årsagen til udeladelsen af er blandt andet, at det som nævnt, ikke har været obligatorisk at registrere koderne, og at niveauet for registreringerne derfor formodentlig ikke afspejlede det korrekte omfang.

Intensivkorrektio

I meraktivitetsordningen for 2005 blev i beregningerne indført en intensivkorrektio på baggrund af forskelle i registreringspraksis mellem 2004 og 2005. Metoden til korrektionen er, at det er estimeret, hvor mange intensive patienter der ville have været i 2004 – forudsat at intensivkoden eksisterede. Den estimerede værdi er lagt til aktiviteten i 2004, og da beløbet ikke er muligt at genskabe på individniveau, er der korrigeret, ved at holde intensivgrupperne ude af beregningerne i takstsystem 2005 for både 2004 og 2005.

Neurorehabilitering

I meraktivitetsordningen for 2005 blev i beregningerne indført en korrektion for neurorehabilitering som følge af forskelle i registreringspraksis mellem 2004 og 2005. For de afdelinger, der i 2004 havde patienter grupperet til neurorehabiliteringsgrupperne, findes de af afdelingens patienter, der ikke er grupperet til en neurorehabiliteringsgruppe. Ud fra disse patienter beregnes den gennemsnitlige DRG-værdi. Til sidst sættes DRG-værdien for de patienter, der er grupperet til neurorehabiliteringsgrupperne til den beregnede gennemsnitstakst. Korrektionen foretages både i aktiviteten for 2004 og 2005.

Takstsystem 2004

Følgende DRG-grupper er berørt af korrektioner for:

Aktivitet 2004 takstsystem 2004:	Aktivitet 2003 takstsystem 2004:
Intensivkorrektio [ej mulig at gennemføre]	Intensivkorrektio [ej mulig at gennemføre]
Neurorehabilitering [ej mulig at gennemføre]	Neurorehabilitering [ej mulig at gennemføre]
Hæmatologiske grupper[ej mulig at gennemføre]	Hæmatologiske grupper[ej mulig at gennemføre]
Nye ambulante proceduregrupper	Nye ambulante proceduregrupper
Nye ambulante diagnosegrupper- og smertebehandling	Nye ambulante diagnosegrupper- og smertebehandling
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	Klinisk fysiologi og nuklearmedicin
Andre telefonsamtaler o.l.	Andre telefonsamtaler o.l.

Intensivgrupper (DRG 2632-2635)

Der blev i 2004 oprettet fire nye grupper til intensiv behandling for gruppering, hvortil der stilles krav om registrering af nye koder. Det er ikke muligt at identificere de sygehusforløb i 2003, som ved anvendelse af de nye koder ville blive grupperet til intensiv-grupperne i 2004-systemet. Korrektionen kan derfor ikke beregnes på individniveau, og det har således ikke været muligt at gennemføre korrektionen i beregninger i rapporten. Nedenfor beskrives, hvordan korrektionen blev foretaget i meraktivitetsordningen for 2004.

Reglerne for gruppering til intensiv-grupperne i grupperingsnøglen for 2004 betyder, at patienter uden de nye koder fra 2004 grupperes til de fleste af de øvrige grupper. Patienter, der i 2004 grupperes til intensivgrupperne, blev derfor omgrupperet uden den nye kode, der giver adgang til intensivgrupperne. Der kan herefter korrigeres for forskellen mellem taksten ved de to grupperinger med et fast beløb på i alt 99 mio. kr. fordelt på amtsniveau, men korrektionen er som nævnt ikke gennemført i datagrundlaget for nærværende rapport.

Neurorehabiliteringsgrupper (DRG 2636-2646)

Der blev i 2004 oprettet 11 nye grupper til rehabilitering af patienter med svær eller meget svær hjerneskade, hvortil der stilles krav om registrering af nye koder for gruppering.

Korrektionen kan ikke laves på individniveau, og det har således ikke været muligt at korrigerer for neurorehabiliteringsgrupperne i rapporten. Nedenfor beskrives, hvordan korrektionen blev gennemført i meraktivitetsordningen for 2003.

Rehabilitering af hjerneskadede finder hovedsagelig sted på få specifikke afdelinger, hvorfor størsteparten af aktiviteten er mulig at afgrænse på afdelingsniveau i 2003. Korrektionen i meraktivitetsaktivitetsordningen for 2004 vedr. neurorehabiliteringsgrupperne er beregnet som forskellen i gennemsnitsværdien mellem akti-

vitet i neurorehabiliteringsgrupperne i 2004 og aktivitet i 2003 på de afdelinger, der har fået grupperet aktivitet til neurorehabiliteringsgrupperne. Denne forskel er fratrukket taksten af de sygehusforløb, der er blevet grupperet til neurorehabiliterings-grupperne i 2004. Korrektionen udgjorde ca. 122 mio. kr. i alt fordelt på amtsniveau, men korrektionen er som nævnt ikke gennemført i datagrundlaget for nærværende rapport.

Hæmatologiske grupper (DRG 1721, 1722 og 2622)

Der blev i 2004 oprettet tre nye ambulante proceduregrupper til hæmatologiske procedurer, hvor gruppering hertil kræver registrering af nye koder. Korrektion kan imidlertid ikke laves på individniveau, og det har derfor ikke været muligt at gennemføre korrektionen i datagrundlaget. Nedenfor beskrives, hvordan korrektionen blev gennemført i meraktivitetsordningen for 2004:

For DRG 1721 og 1722 er der tale om patientgrupper, der er løftet ud af en anden specifik DRG-gruppe ved hjælp af oprettelsen af nye koder. Det er derfor muligt at afgrænse aktiviteten i 2003 til de ”gamle” DRG-grupper:

- DRG 1721 er løftet ud af DRG 1703
- DRG 1722 er løftet ud af DRG 2620 og 2621

Ved DRG 2622 ’Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation’ kunne patientgruppen afgrænses i 2003 ved hjælp af diagnosen DZ948, der i takstsystem 2004 er et af kravene for gruppering til DRG 2622. Endvidere er der kun en afdeling, der udførte den behandling, som fører til gruppering i gruppen.

Korrektionen af aktivitet i DRG 1721 og 1722 er derfor beregnet som forskellen i gennemsnitsværdi mellem aktivitet i henholdsvis DRG 1721 og 1722 i 2004 og aktivitet i 2003 i henholdsvis DRG 1703 og DRG 2620-2621 på de afdelinger, der har fået grupperet aktivitet til henholdsvis DRG 1721 og 1722. Denne forskel er fratrukket taksten af de sygehusforløb, der i 2004 er grupperet til henholdsvis DRG 1721 og 1722.

Korrektionen af aktivitet i DRG 2622 er gennemført ved at finde forskellen i gennemsnitsværdi for aktivitet for patientkontakter grupperet til DRG 2622 og med diagnosen DZ948 i henholdsvis 2003 og 2004. Forskellen kan herefter fratrækkes taksten af de sygehusforløb, der i 2004 er grupperet til DRG 2622. Korrektionen udgør i alt 153 mio. kr. fordelt på amtsniveau, hvilket ikke kan fordeles på individniveau, og korrektionen er derfor ikke gennemført i datagrundlaget for nærværende rapport.

Nye ambulante proceduregrupper (PG01H, PG01I, PG09B, PG09C, PG12I, PG12J, PG13L og PG13M)

Der blev i 2004 oprettet otte nye ambulante proceduregrupper, hvortil der stilles krav om registrering af nye koder for gruppering. Der er tale om grupperne:

- Dermatologiske proceduregrupper PG01H og PG01I
- Neurologiske grupper PG12I, PG09C og PG09B
- Påbegyndelse af beh. med insulinpumpe PG12J
- Allergologiske undersøgelser PG13L og PG13M

Aktiviteten inden for disse ambulante områder forventes at finde sted på ambulatorier (ambulante besøg), hvorfor aktiviteten uden registrering af de nye koder forventes at være grupperet til den ambulante besøgsgruppe.

Ved beregning af meraktivitet i 2004 fratrækkes proceduretaksten for DAGS-grupperne PG01H, PG01I, PG09B, PG09C, PG12I, PG12J, PG13L og PG13M, således at alene besøgstaksten indgår i beregningen af aktiviteten i 2003 og 2004.

Nye ambulante diagnosegrupper- smertebehandling (DG30D og DG30E)

Der er oprettet to nye ambulante diagnosegrupper for henholdsvis simple og komplekse kroniske maligne eller non-maligne smertetilstande, hvortil der stilles krav om registrering af nye koder.

Aktiviteten inden for smertebehandlingen forventes at finde sted på ambulatorier ved ambulante besøg, hvorfor aktiviteten uden registrering af de nye koder antages at være grupperet til den ambulante besøgsgruppe.

Ved beregning af meraktivitet i 2004 fratrækkes tillægget for DAGS-grupperne DG30D og DG30E, således at alene besøgstaksten indgår i beregningen af aktiviteten i 2003 og 2004.

Klinisk fysiologi og nuklearmedicin (PG13N-PG13U)

I takstsystem 2004 blev der oprettet otte ambulante proceduregrupper til ydelser inden for klinisk fysiologi og nuklearmedicin.

Aktiviteten fra klinisk fysiologi og nuklearmedicin afgrænset ved proceduregrupperne eller speciale 61 er udeladt af aktiviteten i 2003 og 2004 med den begrundelse, at størstedelen af koderne er oprettet løbet af 2003, samt at det på daværende tidspunkt ikke var obligatoriske at registrere koderne. Korrektionen er udført som følger: Hvis der grupperes til proceduregrupperne klinisk fysiologi og nuklearmedicin slettet observationen, hvis der ikke samtidigt er et besøg. Taksten sættes til besøgstaksten, hvis der er et besøg.

Telefonsamtaler

Telefonsamtaler defineret ved koden BVAA33 'Telefonsamtale med patient' er udeladt af beregningerne, hvis det er den eneste registrerede procedurekode. Det er ikke obligatorisk at registrere koden, og koden er ikke takstbelagt.

Det sammen gør sig gældende med de øvrige koder for telefonsamtaler BVAA50 'Telefonsamtale med pårørende' og BVAA51 'Telefonsamtale med besøgsven e.l.' samt koden BVAA33B 'E-mail konsultation'. Årsagen til udeladelsen er blandt andet, at det som nævnt ikke har været obligatorisk at registrere koderne, og at niveauet for registreringerne derfor formodentlig ikke afspejlede det korrekte omfang.

Takstsystem 2003

Følgende DRG-grupper er berørt af korrektioner for:

Aktivitet 2003 takstsystem 2003:	Aktivitet 2002 takstsystem 2003:
Andre telefonsamtaler o.l.	Andre telefonsamtaler o.l.
Geriatrici [ej mulig at gennemføre]	Geriatrici [ej mulig at gennemføre]

Telefonsamtaler

Telefonsamtaler defineret ved koden BVAA33 'Telefonsamtale med patient' er udeladt af beregningerne, hvis det er koden eneste registrerede procedurekode. Det er ikke obligatorisk at registrere koden, og koden er ikke takstbelagt.

Det sammen gør sig gældende med de øvrige koder for telefonsamtaler BVAA50 'Telefonsamtale med pårørende' og BVAA51 'Telefonsamtale med besøgsven e.l.' samt koden BVAA33B 'E-mail konsultation'. Årsagen til udeladelsen er blandt andet, at det som nævnt ikke har været obligatorisk at registrere koderne, hvorfor niveauet for registreringerne formodentlig ikke afspejler det korrekte omfang.

Geriatrici

I løbet af 2002 blev der indført nye koder på det geriatricke område, som grupperingen for 2003 bygger på. Der var i 2002 en betydelig forskel på omfanget af registreringen af de nye koder mellem amterne, og det blev derfor besluttet at lave en amtsspecifik korrektion. Korrektionen udgjorde i alt ca. 102 mio. kr. fordelt på amterne. Korrektionen er ikke foretaget på individniveau og indgår derfor ikke i vores datagrundlag.