



**FOLKETINGET  
STATSREVISORERNE**



**FOLKETINGET  
RIGSREVISIONEN**

**Maj 2020  
– 14/2019**

**Rigsrevisionens beretning afgivet  
til Folketinget med Statsrevisorernes  
bemærkninger**

# **Regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene**

14/2019

Beretning om

# regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

**København 2020**

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:

Statsrevisorerne fremsender med deres bemærkning Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Sundheds- og ældreministeren afgiver en redegørelse til beretningen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i november 2020.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2019, som afgives i februar 2021.

## Statsrevisorernes bemærkning tager udgangspunkt i denne karakterskala:

### Karakterskala

Positiv kritik	<ul style="list-style-type: none"><li>• finder det meget/særdeles positivt</li><li>• finder det positivt</li><li>• finder det tilfredsstillende/er tilfredse med</li></ul>
Kritik under middel	<ul style="list-style-type: none"><li>• finder det ikke helt tilfredsstillende</li></ul>
Middel kritik	<ul style="list-style-type: none"><li>• finder det utilfredsstillende/er utilfredse med</li><li>• påpeger/understreger/henstiller/forventer</li><li>• beklager/finder det bekymrende/foruroligende</li></ul>
Skarp kritik	<ul style="list-style-type: none"><li>• kritiserer/finder det kritisabelt/kritiserer skarpt/og indskærper</li><li>• påtaler/påtaler skarpt</li></ul>
Skarpeste kritik	<ul style="list-style-type: none"><li>• påtaler skarpt og henleder særligt Folketingets opmærksomhed på</li></ul>

### Henvendelse vedrørende denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne  
Folketinget  
Christiansborg  
1240 København K

Tlf.: 3337 5987  
statsrevisorerne@ft.dk  
www.ft.dk/statsrevisorerne

### Yderligere eksemplarer kan købes ved henvendelse til:

Rosendahls Lager og Logistik  
Vandtårnsvej 83A  
2860 Søborg

Tlf.: 4322 7300  
distribution@rosendahls.dk  
www.rosendahls.dk

ISSN 2245-3008  
ISBN trykt 978-87-7434-660-9  
ISBN online 978-87-7434-662-3

# Statsrevisorernes bemærkning

## Beretning om regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene

Regionerne har det overordnede ansvar for den økonomiske styring af sygehusene. Sygehusområdet udgør et væsentligt udgiftsområde med samlede budgetterede driftsudgifter på ca. 80 mia. kr. i 2019. Sygehusområdet kræver effektiv styring både i forhold til efterlevelse af de politiske aftaler knyttet til regionernes budgetter og årlige besparelseskra-  
v, men også almindelig driftsøkonomisk styring, således at regionerne kan træffe løbende ledelsesmæssige dispositioner. Dette er bl.a. vigtigt, da området er udfordret af et stigende pres som følge af flere behandlingskrævende ældre, udvikling af nye behandlingsformer mv. Samtidig må der konstateres betydelige forskelle i sygehusenes produktivitetsudvikling i perioden 2014-2017.

Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene ikke i tilstrækkelig grad sikrer, at resurserne udnyttes bedst muligt til gavn for patienterne og samfundsøkonomien. Regionerne har ikke tilstrækkelig databaseret viden om, hvad aktiviteterne koster, og om sammenhængen mellem sygehusenes aktiviteter og resurser, hvilket vanskeliggør regionernes beslutninger om budgetter, omprioriteringer, besparelser mv.

Statsrevisorerne baserer bl.a. dette på:

- at regionerne ikke i alle tilfælde kan forklare forskelle i sygehusenes omkostninger og produktivitet
- at regionerne ikke i tilstrækkelig grad udnytter egne data og de nationale data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene
- at regionerne følger op på, om sygehusene når deres mål, men at regionernes styringsgrundlag og ledelsesinformation ikke er baseret på systematiske analyser af forskelle mellem sygehusenes resurseudnyttelse eller overblik over, om der er mulighed for at udnytte resurserne bedre på tværs af sygehusene.

### Statsrevisorerne

15. maj 2020

Henrik Thorup\*  
Klaus Frandsen  
Villum Christensen  
Frank Aaen  
Britt Bager  
Flemming Møller Mortensen

\* Statsrevisor Henrik Thorup har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Introduktion og konklusion .....</b>	<b>1</b>
1.1. Formål og konklusion.....	1
1.2. Baggrund .....	4
1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning.....	9
<b>2. Regionernes udnyttelse af de nationale data i styringen af sygehusene .....</b>	<b>13</b>
2.1. Data fra de årlige produktivetsopgørelser .....	14
2.2. Data fra Omkostningsdatabasen .....	18
<b>3. Regionernes anvendelse af egne data i styringen af sygehusene .....</b>	<b>29</b>
3.1. Egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter .....	30
3.2. Egne data ved gennemførelse af besparelser .....	34
Bilag 1. Metodisk tilgang.....	37
Bilag 2. Produktivitsudvikling og -niveau fordelt på regioner.....	41
Bilag 3. Eksempler på uensartede omkostningsfordelinger .....	43
Bilag 4. Ordliste.....	45

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Rigsrevisionen har revideret regnskaberne efter § 2, stk. 1, nr. 1, jf. § 3 i rigsrevisorloven.

Rigsrevisionen har gennemgået regnskaberne efter § 4, stk. 1, nr. 1, jf. § 6 i rigsrevisorloven.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Sundheds- og Ældreministeriet.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Astrid Krag: oktober 2011 - februar 2014  
Nick Hækkerup: februar 2014 - juni 2015  
Sophie Løhde: juni 2015 - november 2016  
Ellen Trane Nørby: november 2016 - juni 2019  
Magnus Heunicke: juni 2019 -

Beretningen har i udkast været forelagt Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne, hvis bemærkninger er afspejlet i beretningen.

# 1. Introduktion og konklusion

## 1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene. Det er vigtigt, at regionerne i deres økonomiske styring har viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter, dvs. hvad aktiviteterne koster på et overordnet niveau, så regionerne har et gennemsigtigt grundlag for at foretage omprioriteringer.

2. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i januar 2019. Baggrunden er, at sygehusområdet er et økonomisk væsentligt område, hvor de samlede budgetterede nettodrifudsudgifter i 2019 udgjorde ca. 80 mia. kr. Desuden viser de årlige opgørelser over produktiviteten i sygehussektoren, at der på de enkelte sygehuse er betydelige forskelle i produktivitetsudviklingen i perioden 2014-2017. Det stigende pres på de aktiviteter, som sygehusene leverer – bl.a. som følge af den demografiske udvikling med flere behandlingskrævende ældre og udviklingen af nye behandlingsformer sammenholdt med krav om budgetoverholdelse – kræver en stærk central regional styring for at sikre, at resurserne udnyttes bedst muligt til gavn for patienterne.

3. Regionerne har ifølge sundhedsloven det overordnede ansvar for at sikre en effektiv resurseudnyttelse. Det indebærer, at regionerne ikke blot skal levere mere aktivitet. Regionerne skal også styre sygehusenes resurser og aktiviteter, så resurserne anvendes bedst muligt på tværs af den enkelte regions sygehuse i forhold til behandling af patienterne og de økonomiske rammer. Det er kun på det regionale niveau, at der kan træffes beslutninger om, hvorvidt der skal foretages omprioriteringer mellem regionens sygehuse, hvis nogle sygehuse fx har en lavere produktivitet end andre. Det er således vigtigt, at regionerne i deres styring af sygehusene har etableret et grundlag, der giver viden om sammenhængen mellem sygehusenes resurser og aktiviteter, og dermed hvad forskellige aktiviteter koster. Denne viden kan skabes ved forskellige metoder og på forskellige detaljeringsniveauer. Valget af metode og detaljeringsniveau afhænger bl.a. af datagrundlaget og den enkelte regions behov. Regionerne har adgang til forskellige data gennem eksisterende nationale datakilder og gennem egne data. Viden kan bl.a. understøtte, at regionerne kan identificere muligheder for at frigive resurser til bedre og/eller mere behandling til gavn for patienterne.

### Resurser

I denne beretning definerer vi resurser som en fællesmængde af forskellige økonomiske indikatorer. Det kan fx være budgetterede eller realiserede udgifter i sygehusenes budgetter og regnskaber eller mere detaljerede opgørelser af omkostninger. Resurser kan således opgøres på forskellige detaljeringsniveauer.

### Aktiviteter

I denne beretning definerer vi aktiviteter som en fællesmængde af forskellige aktivitetsindikatorer. Det kan fx være konkrete ydelser (fx scanninger), ambulante besøg, behandlingsforløb eller DRG-grupper (Diagnose Relaterede Grupper). Aktiviteter kan således opgøres på forskellige detaljeringsniveauer, og én aktivitet kan også bestå af en gruppe mindre aktiviteter.

### **Aktivitetsbaseret styring**

Aktivitetsbaseret styring indebærer, at sygehusene har et incitament til at øge aktiviteten.

### **Rammestyring**

Rammestyring indebærer, at sygehusene inden for det tildelte budget skal håndtere den stigende efterspørgsel efter sygehusydelse.

Regionernes gradvise skifte fra en aktivitetsbaseret styring af sygehusene til nu fortrinsvist at anvende rammestyring ændrer ikke ved det grundlæggende forhold, at regionens ansvar fortsat er at sikre et gennemsigtigt grundlag for den økonomiske styring på tværs af regionens sygehuse.

4. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene i tilstrækkelig grad er baseret på viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Udnytter regionerne i tilstrækkelig grad potentialet i de nationale data om sammenhængen mellem sygehusenes resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene?
- Anvender regionerne i tilstrækkelig grad egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene?





## Hovedkonklusion

Rigsrevisionen finder det ikke tilfredsstillende, at regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene ikke i tilstrækkelig grad er baseret på viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter. Konsekvensen er, at regionerne ikke har et gennemsigtigt grundlag for at vurdere, om der fx kan frigives resurser til bedre og/eller mere behandling til gavn for patienterne.

### Regionerne udnytter ikke i tilstrækkelig grad potentialet i de nationale data om sammenhængen mellem sygehusenes resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene

Undersøgelsen viser, at der er nogle begrænsninger i de eksisterende nationale datakilder, som bl.a. skyldes, at data oprindeligt er udviklet til at understøtte andre formål end regionernes direkte styring af sygehusene. Trods disse begrænsninger er det Rigsrevisionens vurdering, at der er potentiale for, at regionerne kan anvende de nationale datakilder til at få et overordnet indblik i, om der er forskelle i omkostninger og/eller produktivitet mellem den enkelte regions sygehuse, som regionen bør afdække nærmere.

Undersøgelsen viser, at regionerne kun i begrænset omfang kan redegøre for forskellene i sygehusenes omkostninger baseret på Omkostningsdatabasen, og at ikke alle omkostninger er fordelt korrekt. Regionerne har ikke i tilstrækkelig grad sikret, at data i Omkostningsdatabasen er tilstrækkeligt sammenlignelige og retvisende til, at regionerne i højere grad kan anvende disse data i styringen på tværs af den enkelte regions sygehuse.

Undersøgelsen viser, at regionerne anerkender et behov for bedre sammenhæng mellem resurser og aktiviteter, idet Sundheds- og Ældreministeriet i samarbejde med regionerne siden 2016 har arbejdet på at forbedre Omkostningsdatabasen og dermed gøre den mere anvendelig for regionernes økonomiske styring. Arbejdet er imidlertid blevet forsinket, og resultatet lever endnu ikke til fulde op til regionernes forventninger og ønsker.

### Regionerne anvender ikke i tilstrækkelig grad egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene

Undersøgelsen viser, at regionerne følger op på, om sygehusene indfrier de mål og krav, som regionerne har fastlagt. Regionerne har dog ikke i tilstrækkeligt omfang anvendt egne data til at etablere et grundlag, der giver dem viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter, ligesom sammenhængen heller ikke fremgår af regionernes ledelsesinformation. Regionerne har herudover generelt ikke udarbejdet systematiske analyser, der kan bidrage til at identificere områder, hvor resurserne sammenlignet med andre sygehuse ikke udnyttes lige så effektivt. Det betyder, at regionerne ikke har et systematisk overblik over, om der er muligheder og behov for at udnytte resurserne bedre på tværs af sygehusene inden for den enkelte region gennem omprioriteringer, eller når de gennemfører besparelser.

### Nationale datakilder

Der er 2 nationale datakilder om sammenhængen mellem aktiviteter og resurser:

#### *De årlige produktivetsopgørelser*

Sundheds- og Ældreministeriet opgør årligt produktiviteten i sygehussektoren for at skabe et overblik over udviklingen og niveauet i produktiviteten på de offentlige sygehuse. Produktiviteten opgøres på lands-, regions- og sygehusniveau.

#### *Omkostningsdatabasen*

Omkostningsdatabasen danner grundlag for beregningen af DRG-taksterne. Databasen indeholder oplysninger om udgifter og aktiviteter på de offentlige sygehuse.

## 1.2. Baggrund

5. Regionerne var i perioden 2002-2017 underlagt et årligt produktivetskrav, som de fleste år var på 2 %, og som var koblet sammen med en statslig aktivitetspulje. Det betød, at regionernes aktivitet på sygehusene årligt skulle øges med 2 % inden for den samme økonomiske ramme, for at regionerne kunne få del i den statslige aktivitetspulje. Formålet var at øge behandlingskapaciteten og skabe mere aktivitet for derved at nedbringe ventetiderne på sygehusbehandlinger. Med den daværende regerings aftale om regionernes økonomi for 2018 blev produktivetskravet suspenderet, og fra 2019 er kravet afskaffet. Det betød også, at den statslige aktivitetspulje blev afskaffet.

### Produktionsværdi

Produktionsværdien opgøres som antallet af registrerede aktiviteter pr. DRG-gruppe ganget med den beregnede DRG-takst for hver enkelt DRG-gruppe.

### DRG-takster

DRG-takster er baseret på gennemsnitlige omkostninger for behandling og pleje for de enkelte DRG-grupper, hvor alle patienter i sygehusvæsenet er grupperet.

Samtidig med afskaffelsen af produktivetskravet blev den daværende regering og Danske Regioner enige om en ny styringsmodel for sundhedsvæsenet. Den nye styringsmodel betyder, at det primære fokus på sygehusaktivitet ændres til bredere mål, der understøtter den ønskede sammenhæng og omstilling til behandling i det nære sundhedsvæsen. Regionerne skal dog fortsat have fokus på aktivitet. Det fremgår således af økonomiaftalen for 2019, at regionerne som led i aftalen om en ny styringsmodel forpligter sig til at fastholde fokus på aktivitet. Der er desuden enighed om, at aktivitet opgjort som produktionsværdi ved hjælp af DRG-takster også fremover ses som en central og valid del af monitoreringen på sundhedsområdet.

Med den nye styringsmodel blev der introduceret et teknologibidrag og ny nærhedsfinansiering. Teknologibidraget udgør en fremadrettet ramme for arbejdet med at effektivisere sundhedsområdet. Teknologibidraget udgør 0,5 mia. kr. årligt og tilvejebringes af regionerne gennem realisering af de løbende gevinster ved at modernisere og udvikle opgaveløsningen, bl.a. via ny teknologi, nye behandlingsmetoder og forbedrede arbejdsgange.

Ny nærhedsfinansiering erstatter den statslige aktivitetspulje og har i modsætning til aktivitetspuljen ikke fokus på vækst i sygehusaktivitet, men har et bredere mål for øget sammenhæng og omstilling af behandlingen. Nærhedsfinansieringen udgør 1,5 mia. kr. årligt.

6. Selv om produktivetskravet blev afskaffet, er der fortsat enighed mellem staten og regionerne om, at regionerne skal have fokus på produktivitet i sygehussektoren. Produktivitet indgår således i det nye kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet, som den daværende regering, Danske Regioner og KL vedtog i august 2015. Kvalitetsprogrammet indeholder 8 nationale mål, hvor ét af målene – ”Mere effektivt sundhedsvæsen” med indikatoren ”Produktivitet på sygehusene” – fokuserer på produktivitet. De resterende 7 mål med tilhørende indikatorer har fokus på kvalitet. Regionerne forventes at forankre og supplere de nationale mål gennem lokalt definerede mål og indsatser.

Sundheds- og Ældreministeriet offentliggør i samarbejde med Danske Regioner og KL hvert år en rapport, der giver en status for udviklingen i de nationale mål. Derudover offentliggør ministeriet hvert år en rapport, hvor produktiviteten i sygehussektoren er opgjort.

### Det Nationale Kvalitetsprogram

Kernen i Det Nationale Kvalitetsprogram er at skabe større værdi for patienten. Kvalitetsprogrammet består af 3 dele:

- 8 nationale mål og lokal forankring
- nationale netværk af lærings- og kvalitetsteams bestående af klinikere og ledere
- nationalt ledelsesprogram, der har til formål at styrke de lokale driftsleders kompetencer i forhold til kvalitets- og forbedringsarbejde.

## Regionernes styring af sygehusene

7. Regionernes opgave med at styre sygehusene er kompleks, da den samlede styring kræver indsigt i forskellige forhold, fx behandlingskvalitet, opfyldelse af patientrettigheder, resurser og aktiviteter. Vi har i tidligere beretninger undersøgt regionernes styring i forhold til behandlingskvalitet (fx i beretningen om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene) og opfyldelse af patientrettigheder (fx i beretningen om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter). I denne undersøgelse ser vi på regionernes økonomiske styring med fokus på, om regionerne har etableret et grundlag for at få viden om sammenhængen mellem sygehusenes resurser og aktiviteter.

8. Det har i en årrække været et fast aftalepunkt i økonomaftalerne mellem regeringen og regionerne, at økonomistyringen skulle styrkes. I økonomaftalen for 2014 blev der sat øget fokus på økonomistyring og gennemsigtighed i omkostningseffektiviteten. Der blev således opstillet et målbillede for god økonomistyring på sygehusene, som parterne aftalte skulle være retningsgivende for det videre arbejde med udviklingen af sygehusenes økonomistyring. Med målbilledet blev der bl.a. lagt vægt på at sikre viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter. Det fremgår bl.a. af aftalen, at god økonomistyring ikke kun handler om at følge udviklingen i indtægter og udgifter, men også om at opnå indsigt i forretningen og anvende denne i den løbende strategiske planlægning, budgetlægning og opfølgning. Ifølge aftalen skal god økonomistyring bidrage til at synliggøre og frigøre resurser til at prioritere de indsatser, der giver mest værdi for patienterne.

Efterfølgende udarbejdede Moderniseringsstyrelsen mfl. forskellige analyser og anbefalinger om økonomistyring på sygehusområdet. Materialet omfatter bl.a. anbefalinger om anvendelse af enhedsomkostninger i økonomistyringen fra 2015 og en kortlægning af økonomistyringen på de danske sygehuse fra 2017. Kortlægningen viste, at der stadig er plads til forbedringer i forhold til at indfri målbilledet fra 2014. Det var baggrunden for, at regionerne og staten i økonomaftalen for 2017 blev enige om at etablere et partnerskab mellem regionerne, Danske Regioner og Moderniseringsstyrelsen om god økonomistyring i regionerne.

I regi af partnerskabet om god økonomistyring i regionerne har parterne i fællesskab udarbejdet inspirationsmateriale til beslutningstagere og aktører på de danske sygehuse inden for udvalgte emner. Parterne har fx udarbejdet en rapport med inspiration til udvikling af økonomistyringskompetencer på sygehusene (april 2018) og et inspirationskatalog til bedre vagtplanlægning og personaleanvendelse for sygehusene (november 2018). I 2019 har partnerskabet primært haft fokus på at arbejde videre med vagtplanlægning.

9. Regionerne har siden 2017 gradvist arbejdet på at erstatte den aktivitetsbaserede styring med rammestyring. Rammestyring indebærer, at sygehusene tildeles et rammebudget, og sygehusene skal inden for budgettet håndtere den stigende efterspørgsel efter sygehusydelse som følge af den demografiske udvikling. Alle regioner har fra 2019 indført rammestyring som deres primære styringstilgang. Enkelte regioner anvender fortsat aktivitetsbaseret takstafregning på enkelte områder. Regionerne arbejder desuden på at indføre værdibaseret styring, der indebærer, at der skal styres mere efter effekt.

## Patientrettigheder

Der er en række lovbundne patientrettigheder, som regionerne er forpligtede til at opfylde. Det gælder fx retten til hurtig udredning og de maksimale ventetider for kræftpatienter.

## Værdibaseret styring

I den værdibaserede styring i sundhedsvæsenet er der fokus på det sammenhængende patientforløb og på effekten af sundhedsvæsenets indsats. Med værdibaseret styring vil regionerne styre mindre på aktivitets- og procesmål og mere på udfaldsmål og behandling med fokus på patientbehov og omkostninger ved det fulde patientforløb.

10. Regionernes styring af deres sygehuse spænder fra en meget decentral tilgang til en mere central tilgang, hvor styringen er trukket mere ind i regionen. Region Syddanmark har den mest decentrale tilgang til styringen af sine sygehuse. Region Syddanmarks tilgang indebærer, at regionen holder forholdsvis få møder om året med sygehusledelserne, hvilket betyder, at regionen ikke er så tæt på sygehusdriften. Region Nordjylland har derimod en mere central styring, der indebærer ugentlige møder med og afrapporteringer fra sygehusledelserne. Dermed er regionen tættere på sygehusdriften. Alle regioner kan dog i en kortere periode have en tættere styring over for et sygehus, hvis de fx har haft problemer med enten økonomi eller målopfyldelse.

### Enhedsomkostninger

Enhedsomkostninger kan opgøres som enten marginale omkostninger eller gennemsnitsomkostninger med forskellige metoder. Detaljeringsgraden afhænger af, hvilke enheder omkostningerne opgøres for. En enhed kan både være en organisatorisk enhed, fx en afdeling på et sygehus, eller en aktivitet, fx en DRG-gruppe.

11. Regionerne har på det centrale niveau det overordnede ansvar for at sikre, at der er en effektiv resurseudnyttelse på tværs af de enkelte sygehuse, uanset om styringstilgangen er aktivitetsbaseret, rammestyret og/eller værdibaseret. Regionerne har således et ansvar for at foretage prioriteringer mellem regionens sygehuse. For at kunne dette er det nødvendigt, at regionerne prioriterer på et gennemsigtigt grundlag, der giver viden om sammenhængen mellem sygehusenes resurser og aktiviteter. Denne viden kan fx opnås gennem beregnede gennemsnitlige enhedsomkostninger. Der kan desuden være behov for at inddrage andre værktøjer for fx at afdække, hvilke omkostningsdrivere der er årsag til, at et sygehus har højere enhedsomkostninger i forhold til andre sygehuse.

Det er ikke i sig selv et problem, hvis et sygehus har højere enhedsomkostninger, da der kan være flere årsager hertil, fx et nærhedshensyn, så patienterne kan få behandling tæt på deres bopæl. Det afgørende er, om der er gennemsigthed i, hvad aktiviteterne koster, så det er muligt for regionen at sammenligne på tværs af regionens sygehuse.

12. Regionerne har flere muligheder for at få viden om sammenhængen mellem sygehusenes resurser og aktiviteter. Det kan enten være at anvende eksisterende nationale kilder som de årlige produktivetsopgørelser og Omkostningsdatabasen eller at anvende egne regionale data.

Den første mulighed er at anvende de årlige produktivetsopgørelser, som Sundheds- og Ældreministeriet mfl. siden 2005 har opgjort på lands-, regions- og sygehusniveau. Formålet med opgørelserne er at skabe et overblik over udviklingen og niveauet i produktiviteten på de offentlige sygehuse. Overblikket skal ifølge ministeriet bruges til at fastholde fokus på at sikre en så effektiv resurseanvendelse som muligt på sygehusene. De overordnede principper for opgørelsen fremgår af boks 1.

**Boks 1****Overordnede principper for opgørelse af produktivitet**

Produktiviteten gøres op ved hjælp af omkostningsbrøkmotoden, dvs. at sygehusenes *produktionsværdi* sættes i forhold til de *driftsudgifter*, der er medgået til at skabe produktionsværdien.

**Produktionsværdi**

Sygehusenes produktionsværdi opgøres på baggrund af antal registrerede aktiviteter pr. DRG-gruppe ganget med den beregnede DRG-takst for hver enkelt DRG-gruppe. Herefter korrigeres opgørelsen for en række faktorer. Fx korrigeres der for, at nogle sygehuse er organiseret under flere forskellige sygehusnumre, hvorimod andre kun har ét sygehusnummer. Uden denne korrektion kan en konkret aktivitet på et sygehus med flere sygehusnumre blive værdisat flere gange i DRG-systemet og dermed skabe en højere produktionsværdi end på sygehuse med kun ét sygehusnummer.

**Driftsudgifter**

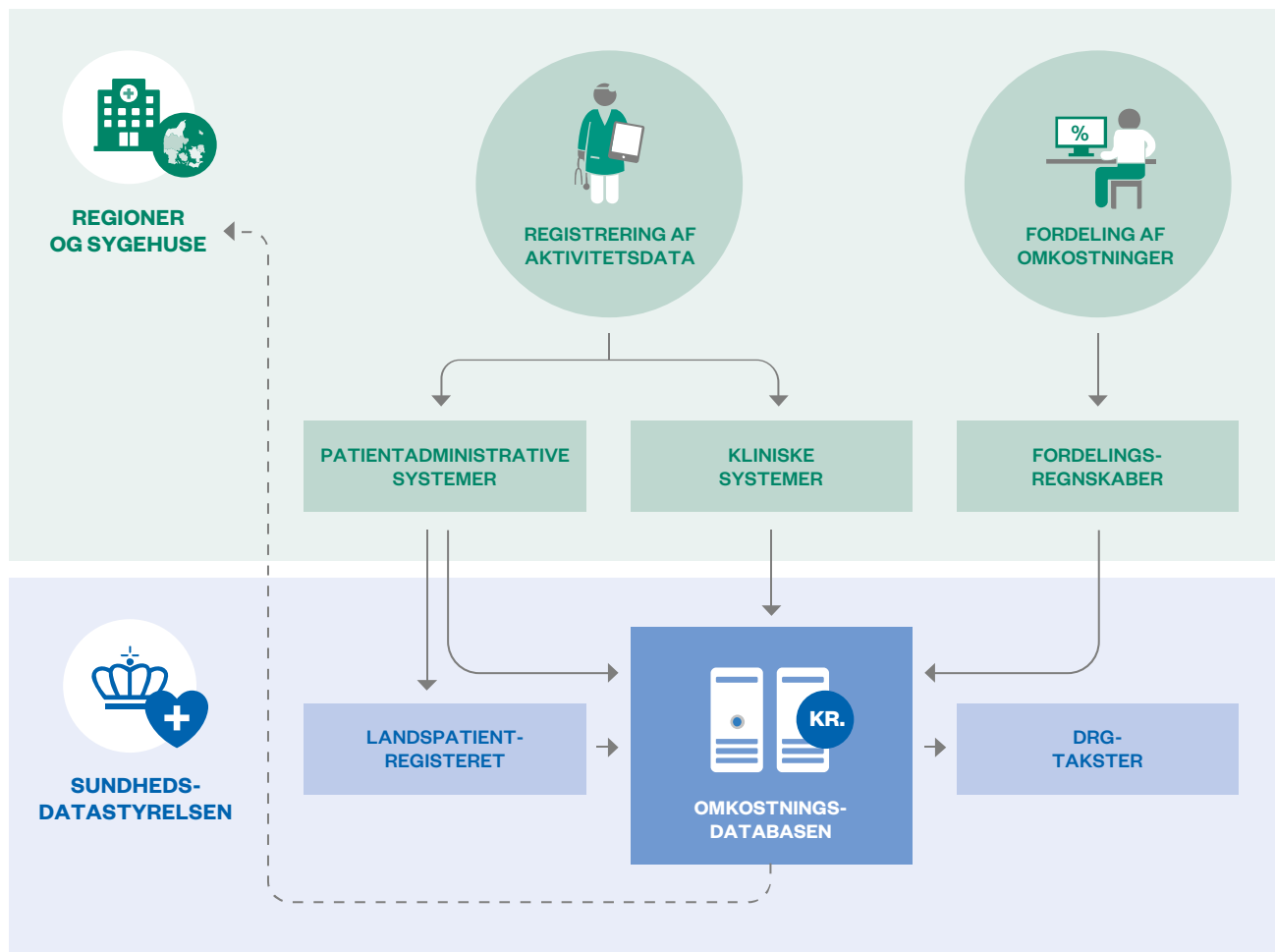
Sygehusenes driftsudgifter er baseret på korrigerede regnskabstal for alle udgifter, der er forbundet med den somatiske behandling på hospitalerne. Der korrigeres bl.a. for forskelle i udgifter til patienttransport som følge af sygehusets fysiske placering og udgifter til forskning, idet de ikke direkte bidrager til patientbehandlingen.

**Kilde:** Løbende Offentliggørelse af Produktivitet i Sygehussektoren – Udviklingen fra 2016 til 2017, februar 2019.

Omkostningsdatabasen, som Sundhedsdatastyrelsen udarbejder, er en anden mulighed, da den giver en oversigt over de gennemsnitlige omkostninger fordelt på omkostningstyper, DRG-grupper, sygehuse og afdelinger. Dette er et led i styrelsens arbejde med at beregne DRG-taksterne. Omkostningsdatabasen er baseret på detaljerede aktivitetsdata og omkostningsfordelinger fra sygehuse og regioner, som styrelsen kobler for at kunne opgøre de gennemsnitlige omkostninger pr. DRG-gruppe.

Figur 1 viser, hvilke oplysninger Sundhedsdatastyrelsen baserer Omkostningsdatabasen på, og den overordnede opgavedeling i dannelsen af Omkostningsdatabasen.

**Figur 1**  
**Overblik over dannelsen af Omkostningsdatabasen**



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Sundhedsdatastyrelsen.

### DRG-takstberegning

I takstberegningen tager Sundhedsdatastyrelsen afsæt i omkostningsdata fra de 2 seneste år. Styrelsen har bl.a. fokus på større afvigelser, som styrelsen kan vælge at holde ude af takstberegningen.

Det fremgår af figur 1, at Sundhedsdatastyrelsen indsamler aktivitetsdata fra regionernes patientadministrative systemer og kliniske systemer (eller via Landspatientregisteret). Styrelsen får omkostningsdata fra de enkelte sygehuses fordelingsregnskaber, hvor sygehuse eller regionerne har fordelt alle omkostningerne fra årsregnskaberne, så de kan kobles til aktiviteterne. Det er styrelsens opgave at koble aktivitets- og omkostningsdata og beregne gennemsnitsomkostninger for sygehuskontakter fordelt på DRG-grupper. Styrelsen anvender Omkostningsdatabasen i DRG-takstberegningen, men stiller også databasen til rådighed for regioner og sygehuse.

I forbindelse med at Sundhedsdatastyrelsen danner Omkostningsdatabasen, sørger styrelsen også for, at data valideres i dialog med sygehusene og eventuelt regionerne. Valideringen medfører typisk flere rettelser af fordelingsregnskaberne og gennemsnitsomkostningerne. Efter valideringen danner styrelsen den endelige nationale omkostningsdatabase og beregner forslag til DRG-takster. DRG-taksterne valideres også i dialog med bl.a. sygehuse og regioner.

En tredje mulighed for regionerne for at få viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter er, at regionerne selv kobler data om resurser og aktiviteter i deres egne systemer.

### 1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

#### Revisionskriterier

13. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene i tilstrækkelig grad er baseret på viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter.

Undersøgelsens revisionskriterier tager udgangspunkt i sundhedslovens § 4 og § 74.

Det fremgår af sundhedslovens § 4, at regioner og kommuner i samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne skal sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv resurseudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde mv. Ifølge sundhedslovens § 74 har regionsrådet ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver. Derfor ligger hovedansvaret for at styre sygehusenes resurser og aktiviteter og tage skyldige økonomiske hensyn hos regionerne.

14. Et væsentligt element i god økonomistyring er at have viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter. Denne viden kan skabe gennemsigtighed og synliggøre prioriteringsrummet, så regionerne kan vurdere, om der fx er muligheder for at frigive resurser til bedre og/eller mere behandling til gavn for patienterne. Viden kan skabes på forskellige måder og på forskellige detaljeringsniveauer, fx gennem beregnede gennemsnitlige enhedsomkostninger. Detaljeringsgraden af enhedsomkostninger afhænger af, hvilke enheder omkostningerne opgøres for.

I denne undersøgelse har vi ikke fastlagt et kriterie for, hvor detaljeret regionernes viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter skal være, eller hvilke datakilder der er mest egnede som grundlag for at skabe denne viden. Fordelen ved at tage afsæt i de eksisterende data er, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet i forvejen anvender resurser på at indrapportere og bearbejde disse data. Omvendt kan der være nogle begrænsninger ved de eksisterende data, dels fordi dataene oprindeligt er udviklet til at understøtte andre formål end regionernes direkte styring af sygehusene, dels fordi der er nogle begrænsninger i forhold til detaljeringsgraden. Fordelen ved at anvende egne data kan være, at der er færre begrænsninger, men ulempen kan være, at det er mere resursekrævende. Derfor har vi lagt til grund, at det er op til regionerne selv at vælge, hvilken/hvilke datakilde(r) de vil anvende.

Vi har i denne undersøgelse heller ikke fastlagt et kriterie for, hvilke resurseindikatorer eller aktivitetsindikatorer regionerne bør anvende. Derfor definerer vi resurser som en fællesmængde af forskellige økonomiske indikatorer (fx en budgetteret udgift i et sygehusregnskab eller en beregnet omkostning) og aktiviteter som en fællesmængde af forskellige aktivitetsindikatorer (fx en konkret ydelse, et ambulat besøg eller en DRG-gruppe).

Vi har lagt til grund, at data inden for den enkelte region skal være tilstrækkeligt sammenlignelige og retvisende til, at regionen kan anvende dem til at identificere forskelle mellem regionens sygehuse, som regionen bør afdække nærmere og eventuelt handle på. I vurderingen af dette tager vi udgangspunkt i, om regionen har fulgt de nationale retningslinjer for fordeling af omkostninger, om regionen har ensrettet fordelingerne yderligere i de tilfælde, hvor de nationale retningslinjer ikke understøtter sammenlignelighed, og om regionen kan redegøre for forskellene i sygehusenes omkostninger i Omkostningsdatabasen.

15. I vurderingen af, om grundlaget for regionernes økonomiske styring af sygehusene *i tilstrækkelig grad* er baseret på viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter, har vi lagt vægt på, hvor systematisk regionerne anvender nationale og/eller egne data, og i hvor høj grad regionerne har udnyttet potentialerne for at få bedre indsigt ved fx at forbedre datakvaliteten.

16. Undersøgelsen er delt i 2 kapitler. I *kapitel 2* undersøger vi, om regionerne i tilstrækkelig grad udnytter potentialet i de nationale data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene. Denne del af undersøgelsen handler om, hvorvidt regionerne udnytter potentialet i henholdsvis de årlige produktivitetsopgørelser og i Omkostningsdatabasen i deres styring af sygehusene.

I *kapitel 3* undersøger vi, om regionerne i tilstrækkelig grad anvender egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene. Denne del af undersøgelsen handler om, hvorvidt regionerne har tilrettelagt en løbende styring af sygehusene, hvor de anvender egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter. Vi undersøger desuden, om regionerne baserer besparelseskraav til sygehusene på analyser af sammenhængen mellem resurser og aktiviteter, da det typisk har været i forbindelse med besparelser, at der er foretaget ændringer.



## Metode

17. Undersøgelsen er baseret på en gennemgang af materiale fra alle 5 regioner og fra Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsdatastyrelsen. Vi har desuden analyseret data fra Omkostningsdatabasen.

Vi har for hver enkelt region gennemgået data fra Omkostningsdatabasen for 6 økonomisk væsentlige DRG-grupper, hvor aktiviteterne har betydelig volumen og er fordelt på mange sygehuse. DRG-grupperne er udvalgt i dialog med regionerne og Sundhedsdatastyrelsen. Vi har taget udgangspunkt i data fra regnskabs- og aktivitetsåret 2017, som var de senest tilgængelige data, da vi foretog analysen. I gennemgangen har vi sammenlignet de gennemsnitlige omkostninger fordelt på forskellige omkostningstyper inden for den enkelte region. Vi har både sammenlignet omkostningerne på sygehusniveau og på afdelingsniveau for udvalgte afdelinger med betydelig volumen. De udvalgte DRG-grupper er ikke repræsentative, men er udvalgt som cases for at give indblik i data. Disse cases har dannet grundlag for en dialog med regionerne om, hvor sammenlignelige og retvisende data er.

Vi har bl.a. gennemgået materiale om dannelsen af Omkostningsdatabasen, arbejdet med at forbedre Omkostningsdatabasen, udarbejdelsen af fordelingsregnskaber, anvendelsen af Omkostningsdatabasen og produktivetsopgørelserne, årshjul og diverse budgetlægningsmateriale i regionerne samt spare- og effektiviseringsplaner fra regionerne.

Vi har holdt møder med de enkelte regioner og Danske Regioner for at afdække, hvordan de arbejder med at få viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter, og hvad de lægger til grund i deres økonomiske styring af sygehusene. Vi har desuden holdt møder med Sundheds- og Ældreministeriets departement og Sundhedsdatastyrelsen for at få indblik i deres arbejde med produktivetsopgørelserne og Omkostningsdatabasen.

18. Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, jf. bilag 1.

## Afgrænsning

19. Undersøgelsen er afgrænset til at omfatte perioden 2014-2019.

20. Undersøgelsens primære fokus er på grundlaget for regionernes økonomiske styring på tværs af sygehusene, fordi regionerne har det overordnede styringsansvar for, at sygehussektoren inden for den enkelte region har en effektiv resurseudnyttelse på tværs af sygehusene. Vi har derfor ikke undersøgt, om resurserne samlet set udnyttes optimalt i sundhedsvæsenet, dvs. hvordan regionerne arbejder med at optimere på tværs af sektorerne ved fx at flytte opgaver fra sygehusene ud til kommunerne og de privatpraktiserende læger. Vi har heller ikke undersøgt sygehusenes lokale indsatser for at sikre sammenhæng mellem resurser og aktiviteter, fordi det enkelte sygehus ikke har mulighed for at prioritere på tværs af sygehusene inden for den enkelte region.

### De 6 udvalgte DRG-grupper

- Større operationer på tyndtarm og tyktarm u. kompl. bidiag.
- Mindre hernier (brok), åben operation
- Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led (fx indsættelse af hofteprotese)
- Standard gynækologisk indgreb
- Spontan fødsel, førstegangsfødende
- Spontan fødsel, flergangsfødende.

Rigsrevisionen anerkender, at kvalitet også er en vigtig parameter i en balanceret styring. I denne undersøgelse undersøger vi imidlertid ikke, hvordan regionerne arbejder med at styre kvaliteten. Rigsrevisionen har tidligere undersøgt regionernes arbejde med kvaliteten i en række undersøgelser, fx i beretningen om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene.

21. Vi ser i denne undersøgelse på gennemsigtigheden i sammenhængen mellem ressourcer og aktiviteter. Vi undersøger i den forbindelse, hvordan regionerne arbejder med at sikre sammenlignelige og retvisende omkostningsdata i fordelingsregnskaberne, da disse udgør fundamentet for Omkostningsdatabasen. Vi undersøger ikke kvaliteten af fordelingsregnskaberne, registreringerne af aktivitetsdata, eller om DRG-taksterne er korrekte.

22. I bilag 1 er undersøgelsens metodiske tilgang beskrevet. Bilag 2 viser produktivtetsudviklingen fra 2016 til 2017 og produktivtetsniveauerne på regionsniveau. Bilag 3 viser eksempler på uensartede omkostningsfordelinger. Bilag 4 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

## 2. Regionernes udnyttelse af de nationale data i styringen af sygehusene



### Delkonklusion

**Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad udnytter potentialet i de nationale data om sammenhængen mellem sygehusenes ressourcer og aktiviteter i deres styring af sygehusene.**

Undersøgelsen viser, at regionerne frem til 2017 i nogen grad anvendte de årlige nationale produktivetsopgørelser i deres styring af sygehusene, selv om der var metode-mæssige begrænsninger i sammenligneligheden af opgørelserne. Efterfølgende anvender 4 ud af 5 regioner ikke længere opgørelserne. Det er Rigsrevisionens vurdering, at regionerne kan bruge produktivetsopgørelserne til at identificere sygehuse, hvor udviklingen i produktivitet over tid på det enkelte sygehus giver anledning til nærmere analyse.

Undersøgelsen viser, at Omkostningsdatabasen har nogle begrænsninger i en styringsmæssig sammenhæng, da databasen er udviklet til at fastlægge DRG-takster. Derfor anvender regionerne ikke Omkostningsdatabasen i deres økonomiske styring af sygehusene. Det er Rigsrevisionens vurdering, at Omkostningsdatabasen trods begrænsningerne i højere grad kan anvendes til at få indblik i, om der er forskelle i de gennemsnitlige omkostninger mellem regionens sygehuse, som regionen bør afdække nærmere.

Undersøgelsen viser, at der for 6 udvalgte DRG-grupper er betydelige forskelle i sygehusenes omkostninger, som regionerne kun i begrænset omfang har kunnet forklare. Derudover kan Rigsrevisionen konstatere, at omkostningerne til fødsler ikke var fordelt korrekt på landets største fødested. En af forklaringerne på forskellene i omkostningerne i de udvalgte DRG-grupper er, at sygehusene inden for samme region fordele omkostningerne forskelligt. Det er Rigsrevisionens vurdering, at regionerne selv har mulighed for at styrke Omkostningsdatabasens anvendelsesmuligheder ved at sikre, at sygehusene fordeler omkostningsdata så ensartet som muligt inden for den enkelte region. Dermed kunne regionerne gøre data bedre egnede til at foretage sammenligninger mellem sygehusene inden for den enkelte region.

Undersøgelsen viser, at regionerne anerkender et behov for bedre sammenhæng mellem resurser og aktiviteter, idet Sundheds- og Ældreministeriet i samarbejde med regionerne siden 2016 har arbejdet på at forbedre Omkostningsdatabasen, så databasen kan få flere anvendelsesmuligheder for regionerne. Arbejdet er blevet forsinket, og resultatet lever endnu ikke til fulde op til regionernes forventninger og ønsker.

23. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne udnytter potentialet i de nationale data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene.

En af regionernes muligheder for at få viden om sammenhængen mellem sygehusenes resurser og aktiviteter er at tage afsæt i eksisterende nationale data. Der er 2 eksisterende nationale datakilder, som sammenholder sygehusenes resurser og aktiviteter: de årlige produktivetsopgørelser og Omkostningsdatabasen. Disse datakilder er oprindeligt udviklet til at understøtte andre formål end regionernes direkte styring af sygehusene, men kan også give et overordnet indblik i, om der fx er forskelle mellem den enkelte regions sygehuse, som regionen bør afdække nærmere. Fordelen ved at tage afsæt i de eksisterende nationale datakilder er, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet i forvejen anvender resurser på at indrapportere og bearbejde disse.

## 2.1. Data fra de årlige produktivetsopgørelser

24. Vi har undersøgt, om regionerne anvender data fra de årlige nationale produktivetsopgørelser i deres styring af sygehusene. Vi har desuden undersøgt, hvordan regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet forholder sig til udfordringerne med sammenligneligheden af opgørelserne.

### Regionernes anvendelse af produktivetsopgørelserne

25. Sundheds- og Ældreministeriet opgør og offentliggør hvert år produktiviteten på lands-, regions- og sygehusniveau. Formålet med opgørelserne er dels at fastholde fokus på at sikre en så effektiv resurseanvendelse som muligt på sygehusene, dels at skabe et overblik over udvikling og niveau for produktiviteten på henholdsvis regions- og sygehusniveau. Produktivetsudviklingen fra 2016 til 2017 og produktivetsniveauerne på regionsniveau er vist i bilag 2. Tabel 1 viser den årlige udvikling i sygehusenes produktivitet i perioden 2014-2017.

**Tabel 1**  
**Udviklingen i sygehusenes produktivitet i perioden 2014-2017**

Region	Sygehus	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	÷1,3 %	÷0,2 %	÷0,9 %
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	1,6 %	2,3 %	÷0,7 %
	Amager og Hvidovre Hospital	÷3,1 %	5,7 %	÷2,8 %
	Herlev og Gentofte Hospital	4,0 %	÷8,2 %	10,6 %
	Nordsjællands Hospital	2,8 %	5,4 %	÷1,6 %
	Bornholms Hospital	3,0 %	÷0,7 %	÷10,9 %
Region Sjælland	Sjællands Universitetshospital	6,4 %	4,6 %	÷4,7 %
	Holbæk Sygehus	5,9 %	0,3 %	2,2 %
	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	6,5 %	÷4,6 %	÷0,2 %
	Nykøbing Sygehus	3,9 %	0,9 %	÷0,9 %
Region Syddanmark	Odense Universitetshospital	1,7 %	4,0 %	1,8 %
	Sygehus Sønderjylland	5,4 %	0,2 %	2,8 %
	Sydvestjysk Sygehus	0,9 %	1,9 %	÷2,0 %
	Fredericia og Kolding sygehuse	2,2 %	1,6 %	4,6 %
	Vejle-Give-Middelfart sygehuse	÷0,7 %	0,4 %	4,3 %
	De Vestdanske Friklinikker, Give	2,3 %	2,1 %	÷1,9 %
Region Midtjylland	Hospitalsenheden Horsens	1,1 %	÷0,5 %	3,9 %
	Hospitalsenheden Vest	3,1 %	1,2 %	÷0,8 %
	Aarhus Universitetshospital	÷0,4 %	0,5 %	1,3 %
	Regionshospitalet Randers	3,0 %	÷1,6 %	÷0,2 %
	Hospitalsenhed Midt	1,3 %	3,9 %	2,4 %
Region Nordjylland	Sygehus Thy-Mors	5,4 %	-	-
	Aalborg Universitetshospital	4,3 %	1,1 %	2,2 %
	Sygehus Vendsyssel	3,6 %	-	-
	Regionshospital Nordjylland <sup>1)</sup>	-	7,8 %	÷3,6 %

<sup>1)</sup> Regionshospital Nordjylland er en sammenlægning af Sygehus Thy-Mors og Sygehus Vendsyssel.

**Kilde:** Sundhedsdatastyrelsens årlige offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren for perioderne 2014-2015, 2015-2016 og 2016-2017.

Det fremgår af tabel 1, at der er betydelige forskelle i sygehusenes produktivetsudvikling i perioden 2014-2017. På 6 sygehuse har der været en positiv produktivetsudvikling i alle årene. Det gælder fx Odense Universitetshospital og Aalborg Universitetshospital. Rigshospitalet har derimod haft et fald i produktiviteten i alle årene. De øvrige sygehuse har både haft årlige stigninger og fald i produktiviteten i samme periode.

26. Regionerne udarbejder på baggrund af den årlige opgørelse af produktivitet i sygehussektoren statusnotater til regionsrådene. Statusnotaterne beskriver udviklingen og niveauet for den enkelte regions sygehus.

27. Frem til 2017 anvendte 4 ud af 5 regioner de årlige produktivetsopgørelser til at stille differentierede krav til de enkelte sygehuses produktivetsudvikling. Region Nordjylland har som den eneste region ikke stillet differentierede krav. De differentierede krav til sygehusenes produktivetsudvikling hang sammen med, at regionerne til og med 2017 var underlagt et årligt produktivetskrav, som i de fleste år var på 2 %, og som var koblet sammen med en statslig aktivitetspulje. Det betød, at regionernes aktivitet på sygehusene årligt skulle øges med 2 % inden for den samme økonomiske ramme, for at regionerne kunne få del i den statslige aktivitetspulje.

28. Efter 2017 stiller 4 ud af 5 regioner ikke længere differentierede krav til sygehusenes produktivitet. Region Midtjylland anvender fortsat, som den eneste region, i en vis udstrækning produktivetsopgørelserne til at stille differentierede krav til regionens sygehuse. Regionens budget for 2019 indeholder en hensigtsserklæring om, at Aarhus Universitetshospital skal forbedre produktivetsniveauet i den nationale opgørelse. Årsagen er, at produktivetsopgørelserne viser, at hospitalet i en årrække har haft et lavere produktivetsniveau end andre universitetshospitaler. Regionen vil derfor undersøge, hvordan hospitalet kan forbedre produktiviteten, og om der er særlige forhold, der betyder, at store sygehuse fremstår som mindre produktive i opgørelserne.

29. Region Nordjylland har generelt ligget lavere i produktivetsopgørelserne end de andre regioner. Regionen gennemførte derfor i 2015 en ekstern konsulentundersøgelse af regionens produktivitet med udgangspunkt i produktivetsopgørelserne. Regionen har oplyst, at det på baggrund af undersøgelsen var vanskeligt at drage nogle konklusioner om produktiviteten og udviklingen heri, som kunne omsættes til initiativer, der kunne forbedre sygehusenes produktivitet.

30. Regionerne har oplyst, at det er vanskeligt at anvende de årlige produktivetsopgørelser i deres styring af sygehusene. Det skyldes, at det er vanskeligt at sammenligne på tværs af regionens sygehuse, idet de enkelte sygehuse varetager forskellige opgaver og har en forskellig organisering. Det betyder, at produktivetsopgørelsen ikke umiddelbart siger noget om, hvorvidt nogle sygehuse er mere produktive end andre. Region Sjælland har dog oplyst, at produktivetsudviklingen i forhold til det enkelte sygehus kan give en indikation af, om sygehusets omkostningseffektivitet er forbedret eller forringet siden sidste måling.

### **Sammenlignelighed af de årlige opgørelser af produktivitet i sygesektoren**

31. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det er vigtigt, at de årlige produktivetsopgørelser er baseret på eksisterende datakilder, og at den samme opgørelsesmetode anvendes hvert år. Det skyldes bl.a. ønsket om at skabe sammenlignelighed mellem opgørelserne fra år til år. Ministeriet peger dog i produktivetsopgørelserne på, at der trods de gennemførte korrektioner er en række forhold, som påvirker datakvaliteten og sammenligneligheden. Ministeriet nævner bl.a. forskelle i kontering af driftsudgifter, registreringspraksis, graden af komplicerede og sjældent udførte behandlinger samt patientsammensætning. Disse forhold kan medføre, at produktiviteten kan blive overvurderet eller undervurderet på sygehusniveau.

32. Vores undersøgelse viser, at produktivitetsarbejdsgruppen løbende har drøftet behovet for at justere i opgørelsesmetoden. Særligt har det været drøftet, om antallet af sygehuse i den enkelte region i sig selv kan påvirke den enkelte regions opgjorte produktivitet. Selv om Sundheds- og Ældreministeriet forsøger at korrigere herfor, ser det ud til, at jo flere sygehuse en region har, jo højere vil regionens opgjorte produktivitet alt andet lige være. Det skyldes, at patienter i regioner med mange sygehuse ofte er i kontakt med flere sygehuse i et udrednings- og/eller behandlingsforløb sammenlignet med patienter i regioner med færre sygehuse. Dermed kan et forløb komme til at se ud som flere forløb, hvilket betyder, at aktiviteten kan se højere ud for regioner med flere sygehuse. Det betyder, at data om produktivitet på regionsniveau ikke er helt retvisende og sammenlignelige. Arbejdsgruppen besluttede derfor i 2018, at det i rapporten om produktivitetsudviklingen fra 2016 til 2017 (offentliggjort i februar 2019) blev tydeliggjort, at sammenligninger mellem de enkelte regioners produktivitetsudvikling skulle gøres med forsigtighed. Arbejdsgruppen besluttede desuden at arbejde videre med at afklare, om der kunne udvikles en mere retvisende korrektion i forhold til antallet af sygehuse. Arbejdet forventes først at indgå i opgørelsen for 2018-2019.

33. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at udfordringerne med sammenligneligheden på sygehusniveau særligt gør sig gældende ved sammenligning af produktivetsniveauer og i mindre grad ved sammenligning af produktivitetsudvikling over tid på det enkelte sygehus. Det skyldes, at forskellene i fx registreringspraksis og patientsammensætning må forventes at være større på tværs af sygehuse end på det enkelte sygehus over tid. Det er desuden Rigsrevisionens opfattelse, at de udfordringer, der har været drøftet om sammenlignelighed på tværs af regioner, ikke er en hindring for, at den enkelte region kan bruge produktivetsopgørelserne mere aktivt i sin styring af regionens sygehuse. Regionerne kunne fx bruge opgørelserne til at identificere sygehuse, hvor udviklingen i produktivitet over tid på det enkelte sygehus giver anledning til nærmere analyse.

## Resultater

Undersøgelsen viser, at der er betydelige forskelle i sygehuses produktivetsudvikling inden for den enkelte region i perioden 2014-2017. Frem til 2017 har regionerne i nogen grad anvendt de årlige produktivetsopgørelser i deres styring af sygehuse, selv om der er metodemæssige begrænsninger i sammenligneligheden af opgørelserne. Regionerne anvendte bl.a. opgørelserne til at stille differentierede krav til de enkelte sygehuses produktivetsudvikling. Det hænger sammen med, at regionerne frem til og med 2017 skulle præstere en årlig produktivetsstigning. 4 ud af 5 regioner anvender ikke længere data fra de årlige produktivetsopgørelser i deres styring af sygehuse. Det er dog Rigsrevisionens vurdering, at regionerne fortsat kan bruge produktivetsopgørelserne til at identificere sygehuse, hvor udviklingen i produktivitet over tid på det enkelte sygehus giver anledning til nærmere analyse.

### Produktivetsarbejdsgruppen

Arbejdet med at udarbejde og validere datagrundlaget og skrive den årlige rapport er forankret i en produktivetsarbejdsgruppe. Her deltager Sundheds- og Ældreministeriet (inkl. Sundhedsdatastyrelsen), regionerne, Danske Regioner og Finansministeriet.

## 2.2. Data fra Omkostningsdatabasen

34. Vi har undersøgt, om regionerne anvender data fra Omkostningsdatabasen i deres styring af sygehusene. Vi har desuden undersøgt, hvordan regionerne har arbejdet med at understøtte sammenlignelige og retvisende data i Omkostningsdatabasen. Vi har endvidere undersøgt, om data i Omkostningsdatabasen er retvisende og sammenlignelige inden for den enkelte region, ved bl.a. at analysere forskelle i omkostningsdata inden for regionen for 6 udvalgte DRG-grupper. Endelig har vi undersøgt arbejdet med at forbedre Omkostningsdatabasen.

Vi har i denne undersøgelse defineret sammenlignelige og retvisende omkostningsdata som data, hvor forskelle i omkostninger mellem sygehuse og afdelinger for de enkelte DRG-grupper primært kan tilskrives reelle forskelle. Det betyder, at forskelle i omkostninger ikke eller kun i begrænset omfang kan tilskrives forskelle i sygehusenes fordeling af omkostningerne. Det er efter vores opfattelse en forudsætning for, at regionerne kan anvende Omkostningsdatabasen til at give den enkelte region indblik i, om der er væsentlige forskelle i omkostningerne mellem regionens sygehuse, som regionen bør afdække nærmere.

### Regionernes anvendelse af Omkostningsdatabasen

35. Omkostningsdatabasen indeholder oplysninger om de gennemsnitlige omkostninger pr. DRG-gruppe fordelt på lands-, regions-, sygehus- og afdelingsniveau.

36. Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at regionerne efter styrelsens opfattelse kan anvende Omkostningsdatabasen som et relevant input til regionernes styring af sygehusene. Regionerne kan anvende Omkostningsdatabasen til at få en overordnet viden om, hvorvidt der er forskelle i de gennemsnitlige omkostninger for konkrete DRG-grupper inden for den enkelte region. I de tilfælde, hvor der er store forskelle, kan regionen indgå i en dialog med sygehusene for at afklare, hvad årsagen er.

Danske Regioner udarbejdede i juni 2018 rapporten "Omkostninger for patientforløb". Det fremgår af rapporten, at Omkostningsdatabasen indeholder store mængder data, der med fordel i højere grad kunne bringes i anvendelse i analyser og opfølgninger, der supplerer og understøtter regionernes og sygehusenes økonomiske styring. Fx er der i Omkostningsdatabasen gode muligheder for at kunne benchmarke resurseforbruget på tværs af sammenlignelige afdelinger.

37. Vores undersøgelse viser, at Sundhedsdatastyrelsen stiller Omkostningsdatabasen til rådighed for regionerne, så de også har mulighed for at anvende den i deres styring. For regnskabs- og aktivitetsårene 2016 og 2017 har Omkostningsdatabasen været stillet til rådighed i form af excelark, som er sendt til sygehuse og regioner. Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at det desuden har været muligt for sygehuse og regioner at få Omkostningsdatabasen udleveret i form af udtræk fra relevante filer. Årsagen til denne midlertidige løsning er, at styrelsen sideløbende har været i gang med at udforme et nyt format til Omkostningsdatabasen.



38. Regionerne har oplyst, at Omkostningsdatabasen hovedsageligt anvendes i forbindelse med høringsprocessen om fastsættelse af DRG-takster, som er det formål, databasen er udviklet til. Derimod anvender ingen af regionerne oplysninger fra Omkostningsdatabasen i deres styring af sygehusene.

39. Regionerne har oplyst, at Omkostningsdatabasen ikke kan anvendes til sammenligninger mellem sygehusene i den enkelte region på en måde, hvor det giver regionen styringsrelevant information om sammenhængen mellem omkostninger og aktiviteter. Det skyldes bl.a., at regionerne ikke kan se eller har kendskab til alle dele af den databearbejdning, der sker i regi af Sundheds- og Ældreministeriet.

Vi har i gennemgangen af materialet ikke kunnet finde dokumentation for, at regionerne har været i dialog med Sundheds- og Ældreministeriet om, hvorvidt det er muligt at få indsigt i den databearbejdning, der sker i regi af Sundheds- og Ældreministeriet.

40. Regionerne har oplyst, at alle omkostninger inkl. overhead er fordelt ud på de enkelte DRG-grupper. Det betyder, at regionerne ikke har mulighed for at anvende data til at analysere på de variable og/eller marginale omkostninger. Derfor kan regionerne fx ikke bruge data til at vurdere de økonomiske konsekvenser af at flytte aktiviteter mellem sygehuse. Det skyldes, at det i disse situationer ofte kun vil være de variable omkostninger, fx løn og materialeforbrug, der kan ændres, når aktiviteter flyttes. Desuden dækker Omkostningsdatabasens inddeling i DRG-grupper ofte over brede kategorier, som indeholder en blanding af for mange typer undersøgelser. Det betyder, at DRG-grupperne generelt ikke er tilstrækkeligt sammenlignelige enheder. Endelig gør det Omkostningsdatabasen mindre styringsrelevant, at data udarbejdes med ca. 1 års forsinkelse.

41. Region Midtjylland har dog oplyst, at Omkostningsdatabasen til en vis grad kan anvendes til at spotte områder, hvor det kan være interessant at undersøge omkostningsspredningen nærmere. Men på grund af den manglende dokumentation for, hvordan omkostningerne er fordelt, og den manglende mulighed for at tilgå Omkostningsdatabasen i en brugervenlig form, har det i de seneste år ikke givet mening at foretage denne type undersøgelse.

42. Trods regionernes forbehold er det Rigsrevisionens opfattelse, at regionerne vil kunne anvende Omkostningsdatabasen til at give viden, som kan understøtte regionerne i deres styring af sygehusene. Omkostningsdatabasen kan således give regionerne et overordnet indblik i, om der er væsentlige forskelle i de gennemsnitlige omkostninger for konkrete DRG-grupper mellem regionens sygehuse, som regionen bør afdække nærmere og eventuelt handle på.

### Fordeling af medicin og implantater

Sygehusene skal identificere "særligt dyre implantater" og fordele omkostninger til implantater og dyr medicin særskilt. Der er ikke defineret en beløbsgrænse for "særligt dyre implantater".

### Fordeling af lægeløn

Læger er ofte ansat på fællesafsnit. Derfor skal lønudgifter fordeles til de enkelte afsnit enten direkte eller via fordelingsnøgler. Sygehusene kan enten vælge at bruge Sundhedsdatastyrelsens anbefalede fordelingsnøgler eller egne nøgler.

## Regionernes arbejde med at understøtte sammenlignelige og retvisende data i Omkostningsdatabasen

43. Vores undersøgelse viser, at Sundhedsdatasstyrelsen for at understøtte retvisende DRG-takster har udformet et standardiseret nationalt indrapporteringssystem til fordelingsregnskaberne, der indeholder vejledning, inspirationsmateriale og automatisk validering. Styrelsen har desuden udarbejdet relativt udførlige og detaljerede nationale retningslinjer for, hvordan sygehusene skal fordele omkostningerne mellem forskellige omkostningssteder og -typer i fordelingsregnskaberne. På nogle områder er retningslinjerne meget entydige og klart definerede, mens der på andre områder er indlagt frihedsgrader. Det betyder, at sygehusene på nogle områder har mulighed for at fordele omkostningerne forskelligt. Fordeling af omkostninger til operationer, anæstesi, dyr medicin, implantater og lægeløn er eksempler, hvor sygehusene har mulighed for at fordele omkostningerne forskelligt.

Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at frihedsgraderne i de nationale retningslinjer generelt er begrundet med, at forskelle i organisering på tværs af regioner og sygehuse kan have betydning for, hvordan det er mest relevant og/eller muligt at fordele omkostningerne. Frihedsgraderne skal ses i lyset af, at formålet med de nationale retningslinjer er at sikre, at data er tilstrækkeligt ensartede og retvisende til, at styrelsen kan beregne DRG-takster. I den forbindelse er der ikke behov for samme grad af sammenlignelighed mellem de enkelte sygehuse og afdelinger, som kan være relevant for regionernes styring.

44. Undersøgelsen viser, at ingen af regionerne har udarbejdet regionsspecifikke retningslinjer for at begrænse frihedsgraderne i de nationale retningslinjer for fordelingsregnskaberne. Det skyldes ifølge regionerne overordnet, at forskellig organisering mv. indebærer, at der er forskel på, hvordan det er muligt og hensigtsmæssigt at fordele omkostningerne.

45. Undersøgelsen viser desuden, at regionerne har en forskellig tilgang til validering af fordelingsregnskaberne og koordinering mellem sygehusene. Regionerne understøtter i varierende grad validering og koordinering ved bl.a. at arrangere fælles mødefora for sygehusene inden for den enkelte region, hvor sygehusene kan drøfte, hvordan fordelingsregnskaberne skal udformes.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at regionerne bør overveje i højere grad at begrænse frihedsgraderne inden for den enkelte region for at sikre tilstrækkelig sammenlignelighed mellem sygehusene og afdelingerne, hvis regionerne vil anvende Omkostningsdatabasen i deres styring.

## Sammenligning af omkostningsdata

46. Sundhedsdatastyrelsen deler omkostningerne ud på DRG-grupper og kategoriserer omkostningerne i følgende 3 hovedkategorier:

- *ydelsesomkostninger* (opdelt i 27 underkategorier, fx operationer)
- *ambulante omkostninger* (opdelt i 25 underkategorier, fx gynækologi og obstetrik)
- *sengeomkostninger* (ikke opdelt i underkategorier).

Sundhedsdatastyrelsens kategoriseringer baserer sig på de fordelinger og kortlægninger af omkostningerne, som sygehuse eller regionen har indrapporteret i fordelingsregnskaberne, og på oplysninger fra aktivitetsdata om, hvilke procedurer der er blevet udført på de enkelte patienter på de enkelte afdelinger. Styrelsen anvender desuden forskellige pointsystemer til at kategorisere omkostningerne.

Da Sundhedsdatastyrelsen baserer sig på sygehuses/regionens fordelinger af omkostningerne i fordelingsregnskaberne, skyldes forskelle i kategoriseringer ofte, at sygehuse/regionen har fordelt omkostningerne forskelligt.

47. Vores analyse af gennemsnitsomkostningerne viser, at der i alle regioner i mindst 2 af de 6 udvalgte DRG-grupper er forskelle i kategoriseringerne af omkostningerne, der indikerer, at omkostningsdata ikke er sammenlignelige mellem sygehuse og afdelinger inden for den enkelte region. Det drejer sig særligt om følgende typer af forskelle:

- forskelle i kategorisering af omkostninger til fødsler
- forskelle i kategorisering af omkostninger til operationer og anæstesi
- store forskelle i omkostninger til implantater.

I de følgende afsnit gennemgår vi de 3 typer af forskelle.

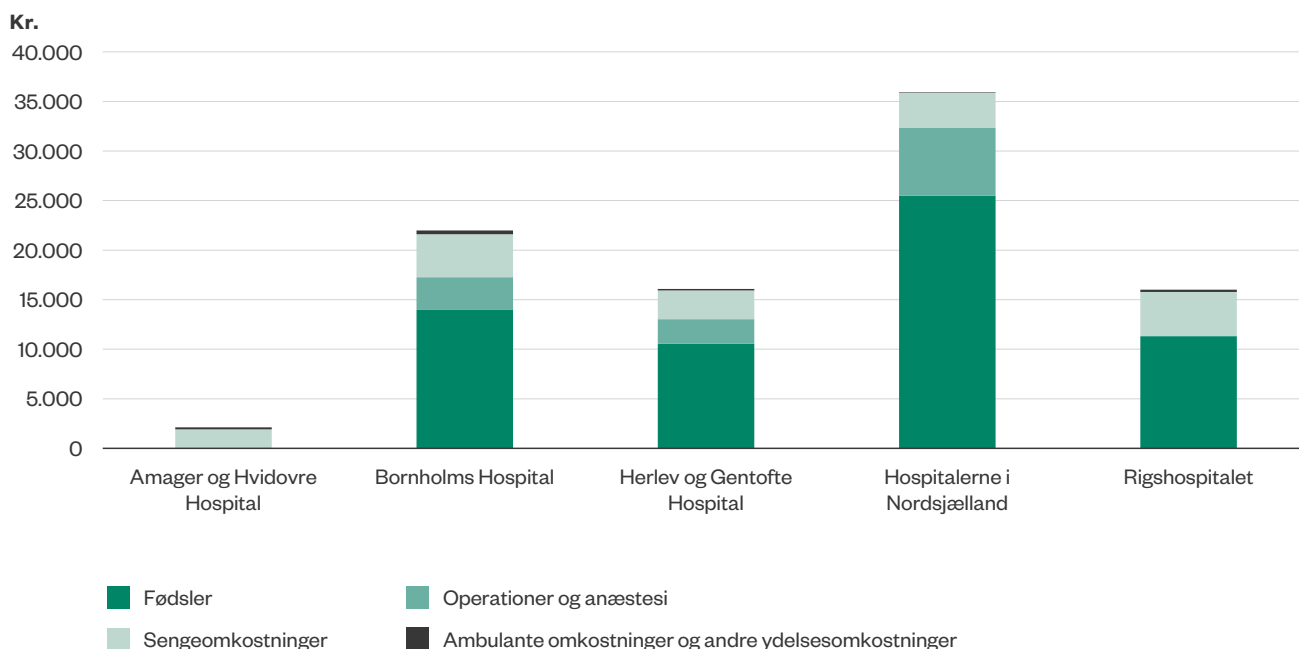
### Forskelle i kategorisering af omkostninger til fødsler

48. Vores sammenligning af de gennemsnitlige omkostninger mellem sygehuse og afdelinger for de 2 udvalgte DRG-grupper vedrørende fødsler viser, at omkostningerne er kategoriseret forskelligt. Vi har fundet 4 eksempler på forskelle i kategorisering af omkostninger til fødsler fordelt på 3 regioner (Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland). Eksemplerne fremgår af bilag 3, boks A.

For at illustrere dette er ét af eksemplerne for en DRG-gruppe vist i figur 2.

### Pointsystemer

Sundhedsdatastyrelsen anvender pointsystemer til at vægte sygehuses ydelser/aktiviteter efter tyngde/resursetræk, når styrelsen kobler aktivitetsdata med omkostningsdata. Pointsystemerne er baseret på tidsserieanalyser, skøn fra fx de kliniske selskaber og/eller udførte analyser af det faktiske resurseforbrug på udvalgte sygehuse. Styrelsen opdaterer og vedligeholder pointsystemerne løbende.

**Figur 2****Eksempel på gennemsnitsomkostninger for spontane fødsler (flergangsfødende) i Region Hovedstaden i 2017**

Note: Omkostningerne vedrører de samlede omkostninger for DRG-gruppe "14MP32 Spontan fødsel, flergangsfødende" fordelt på alle sygehuse i Region Hovedstaden for regnskabs- og aktivitetsåret 2017.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af Omkostningsdatabasen.

Det fremgår af figur 2, at de samlede gennemsnitsomkostninger til DRG-gruppen er ekstremt lave for Amager og Hvidovre Hospital. Det skyldes primært, at der ikke er kategoriseret omkostninger til fødsler eller operationer og anæstesi for Amager og Hvidovre Hospital.

49. Vores undersøgelse viser, at der er forskellige forklaringer på forskellene i kategoriseringerne i de 4 eksempler i bilag 3, boks A. For Amager og Hvidovre Hospital, Roskilde Sygehus og sygehuset i Thisted (under Aalborg Universitetshospital) er forklaringen, at sygehusene ikke har fordelt omkostningerne til fødsler særskilt. For Rigshospitalet er forklaringen, at Sundhedsdatastyrelsen ifølge styrelsen selv ikke har fået koblet data tilfredsstillende.

Region Sjælland har oplyst, at for Roskilde Sygehus er forklaringen, at Sundhedsdatastyrelsen for 2017 er gået over til at anvende Landspatientregisteret som aktivitetskilde frem for regionens eget patientadministrative system. Det betyder, at det ikke har været teknisk muligt for sygehuset at fordele omkostningerne på afsnitsniveau, fx til en fødegang, men kun på afdelingsniveau.

Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at styrelsen i samarbejde med Region Sjælland vil arbejde med at få fordelt omkostningerne til fødsler på en anden hensigtsmæssig måde.

Vi har ikke konstateret uensartede kategoriseringer af omkostninger til fødsler i Region Midtjylland, hvor der er relativt begrænsede forskelle i fødselsomkostningerne mellem regionens sygehuse. Regionen har imidlertid oplyst, at Aarhus Universitetshospital ikke har fordelt omkostningerne mellem gynækologi og obstetrik korrekt i fordelingsregnskaberne for 2016 og 2017. Derfor er sengeomkostningerne på Aarhus Universitetshospital for lave. Ifølge regionen er fejlen blevet rettet i fordelingsregnskabet for 2018.

50. Det fremgår eksplicit af de nationale retningslinjer, at sygehusene skal oprette et særskilt omkostningssted for fødegangen, hvor sygehuset isolerer de omkostninger, der går til fødsler. Sundhedsdatastyrelsen har desuden bekræftet, at det ikke er i overensstemmelse med de nationale retningslinjer, at sygehusene i de angivne eksempler ikke har isoleret omkostningerne til fødsler.

51. Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at det er i overensstemmelse med de nationale retningslinjer, at sygehusene kan registrere ambulante omkostninger forskelligt, fordi de er organiseret forskelligt.

52. Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland har oplyst, at sygehusenes fordelinger af fødselsomkostninger i de konkrete eksempler ikke er retvisende.

Region Hovedstaden har desuden oplyst, at Amager og Hvidovre Hospital har fordelt alt for få udgifter til den stationære obstetriske aktivitet og for mange til den ambulante. På baggrund af dette og det faktum, at Amager og Hvidovre Hospital er Danmarks største fødested, er det regionens opfattelse, at de obstetriske omkostningssteder på Amager og Hvidovre Hospital bør fjernes fra takstberegningsgrundlaget.

53. Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at der konkret for Amager og Hvidovre Hospital ville være opnået et mere retvisende udtryk for omkostningerne både på fødegangen og i den øvrige aktivitet, hvis hospitalet havde udskilt omkostningerne til fødsler korrekt. Styrelsen har desuden på Rigsrevisionens anmodning beregnet, hvor stor betydning de lave omkostninger for Amager og Hvidovre Hospital i Omkostningsdatabasen har haft for den endelige DRG-takst. Styrelsen har oplyst, at DRG-taksterne for de 2 DRG-grupper ville være blevet henholdsvis 28.569 kr. og 23.652 kr., hvis Amager og Hvidovre Hospital var blevet holdt ude af beregningen. De faktiske takster var henholdsvis 26.246 kr. og 22.867 kr. Det er dog styrelsens vurdering, at DRG-taksterne generelt er retvisende, fordi styrelsen bl.a. sikrer validitet ved ikke kun at basere taksterne på omkostningerne i et enkelt år, men også ved at have fokus på afvigelser og sikre, at beregningerne valideres ad flere omgange.

54. Undersøgelsen viser, at regionerne kun i begrænset omfang kan redegøre for, hvad forskellene i de 4 eksempler konkret betyder for, hvor sammenlignelige og retvisende data er.

#### **Retningslinjer for omkostninger til fødsler**

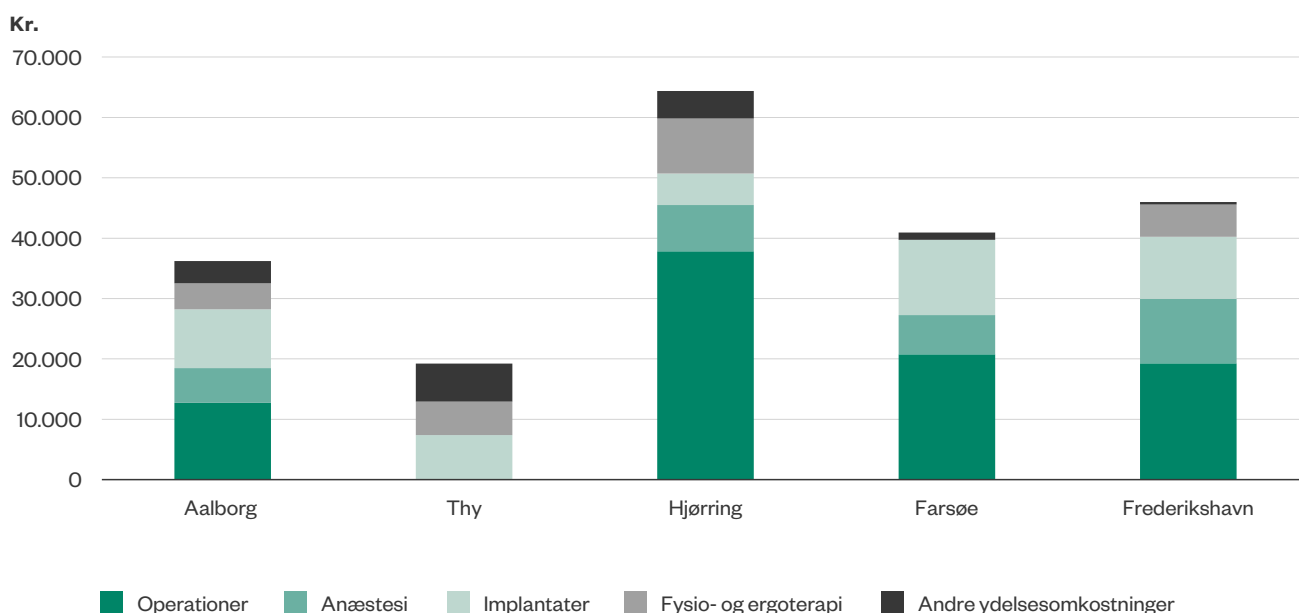
På sygehuse med en fødegang skal der være oprettet et særskilt omkostningssted for fødegangen, som kun indeholder aktiviteten på fødestuen, dvs. at omkostningsstedet isoleret set kun indeholder de omkostninger, der går til fødslen, herunder udgifter til driften af fødegangen, medicin og eventuelt hjælp fra anæstesi til epiduralbedøvelser, udgifter til jordemoder og plejepersonale samt de sekretærundergifter, der er i forbindelse med registreringen af de fødende. Det betyder, at barselsafsnittet ikke skal indgå i fødselstaksten. Omkostningerne til akutte kejsersnit m.m. skal henføres til operationsgangen.

### Forskelle i kategorisering af omkostninger til operationer og anæstesi

55. Vores sammenligning af de gennemsnitlige omkostninger mellem sygehuse og afdelinger for udvalgte DRG-grupper viser, at der inden for den enkelte region er forskel på, hvordan omkostninger til operationer og anæstesi er kategoriseret. Vi har fundet 7 eksempler på forskelle i kategorisering af operations- og anæstesiomkostninger fordelt på 4 regioner (Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Syddanmark). Eksemplerne fremgår af bilag 3, boks B.

For at illustrere dette er ét af eksemplerne for en DRG-gruppe vist i figur 3.

**Figur 3**  
**Eksempel på gennemsnitlige ydelsesomkostninger for alloplastik på de ortopædkirurgiske sengeafdelinger i Region Nordjylland i 2017**



Note: Omkostningerne vedrører ydelsesomkostninger til DRG-gruppe "08MP20 Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led" for de ortopædkirurgiske sengeafdelinger i Region Nordjylland for regnskabs- og aktivitetsåret 2017.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af Omkostningsdatabasen.

Det fremgår af figur 3, at de gennemsnitlige ydelsesomkostninger til operationer og anæstesi er kategoriseret forskelligt på de ortopædkirurgiske sengeafdelinger i Region Nordjylland. Særligt sengeafdelingen i Thy skiller sig ud, idet der ikke er kategoriseret omkostninger til operationer og anæstesi. Der er desuden betydelig forskel på omkostningerne til implantater.

56. Vores undersøgelse viser, at der overordnet er 2 forklaringer på forskellene i kategoriseringerne i de 7 eksempler i bilag 3, boks B. For det første har flere af regionerne oplyst, at sygehusene i flere tilfælde ikke har fået fordelt omkostningerne til operationer og anæstesi retvisende til alle de relevante afdelinger. For det andet anvender sygehusene frihedsgraderne i de nationale retningslinjer til at fordele omkostningerne forskelligt. Ifølge Region Midtjylland kan en del af forklaringen også ligge i Sundhedsdatastyrelsens pointsystemer til operationer, som ifølge regionen ikke har været opdateret.

57. Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at eksemplerne generelt ligger inden for rammerne af de nationale retningslinjer. Sygehusene har mulighed for at anvende forskellige omkostningstyper for operationer og anæstesi og forskellige lokale vægte og fordelingsnøgler. Ifølge styrelsen kan organisatoriske forhold have betydning for sygehusenes valg. Styrelsen vil dog drøfte med Region Nordjylland, om regionen bør udskille operationsomkostningerne for alle afdelinger til næste fordelingsregnskab. Det er ikke styrelsens opfattelse, at pointsystemerne på dette område er misvisende. Pointsystemerne blev opdateret i 2016, og styrelsen har påbegyndt en ny opdatering.

58. Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Midtjylland har oplyst, at sygehusenes fordelinger af omkostninger til operationer og anæstesi i de konkrete eksempler generelt ikke er retvisende.

Region Syddanmark har desuden oplyst, at regionen ikke er bekendt med, om de store forskelle i omkostninger til operationer og anæstesi i de udvalgte DRG-grupper skyldes fordelingsregnskabet, pointsystemer eller faktiske forskelle i omkostningerne.

Selv om kategoriseringen af omkostninger til operationer og anæstesi er mere ensartet i Region Hovedstaden, har Region Hovedstaden også oplyst, at regionen ikke er bekendt med, om forskellene i omkostningerne skyldes fordelingsregnskabet, pointsystemer eller faktiske forskelle i omkostningerne.

59. Undersøgelsen viser, at regionerne kun i begrænset omfang kan redegøre for, hvad forskellene i de 7 eksempler konkret betyder for, hvor sammenlignelige og retvisende data er.

### **Store forskelle i omkostninger til implantater**

60. Vores sammenligning af de gennemsnitlige omkostninger mellem sygehuse og afdelinger for udvalgte DRG-grupper viser, at der inden for den enkelte region er meget stor forskel på omkostningerne til implantater. På nogle sygehuse og afdelinger er omkostningerne til implantater bemærkelsesværdigt høje, lave eller manglende i forhold til andre sygehuse og afdelinger i samme region. Vi har fundet 7 eksempler herpå fordelt på alle regioner. Eksemplerne fremgår af bilag 3, boks C.

61. Undersøgelsen viser, at der overordnet er 4 forklaringer på forskellene i kategoriseringerne i de 7 eksempler. For det første har nogle sygehuse ikke udskilt omkostningerne til implantater i fordelingsregnskaberne. Det gælder bl.a. alle sygehusene i Region Syddanmark i 2016. For det andet er omkostningerne til implantater i nogle tilfælde ikke fordelt korrekt mellem afdelingerne. For det tredje indeholder nogle af DRG-grupperne en række forskellige operationer, hvoraf ikke alle omfatter indsættelse af implantater. For det fjerde kan der være forskel på implantaterne og på prisen på dem.

62. Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at sygehusenes håndtering af implantatomkostninger i eksemplerne generelt ligger inden for rammerne af de nationale retningslinjer. De gennemsnitlige implantatomkostninger afhænger af, hvilke omkostninger sygehusene har valgt at skille ud, og hvordan de er blevet fordelt. Hvis sygehusene ikke fordeler omkostningerne til implantater, vil omkostningerne blive fordelt som sengeomkostninger eller ambulante omkostninger, typisk på den afdeling, hvor implantaterne bruges. Derfor vil det ikke nødvendigvis påvirke gennemsnitsomkostningerne for afdelingen, men præcisionen af fordelingen, hvis omkostningerne til implantater ikke er udskilt.

Region Sjælland og Region Syddanmark har oplyst, at fordelingen af omkostninger til implantater i eksemplerne ikke er retvisende. Region Syddanmark har forklaret, at omkostningerne er blevet overvurderet på én afdeling og undervurderet på en anden. Region Midtjylland og Region Sjælland har oplyst, at regionerne ikke er vidende om, hvordan de implantatomkostninger, som sygehusene har indrapporteret til Sundhedsdatastyrelsen, forplanter sig videre til den enkelte DRG-gruppe i Omkostningsdatabasen. Region Hovedstaden kan desuden ikke redegøre for, om det er retvisende, at implantatomkostningerne til DRG-gruppen vedrørende alloplastik er 10 gange højere (72.379 kr. pr. kontakt) på Rigshospitalet end gennemsnitsomkostningerne på de øvrige store ortopædkirurgiske afdelinger i regionen.

63. Undersøgelsen viser, at regionerne generelt ikke kan redegøre for, om forskellene i implantatomkostningerne skyldes reelle forskelle mellem afdelingernes anvendelse af implantater og prisen på dem. Regionerne kan desuden kun i begrænset omfang redegøre for, hvad forskellene i de 7 eksempler konkret betyder for, hvor sammenlignelige og retvisende data er.

#### **Opsamling på sammenligning af omkostningsdata**

64. Undersøgelsen viser, at regionerne generelt kun i begrænset omfang kan redegøre for, hvad forskellene i fordelingerne af omkostningerne betyder for, hvor sammenlignelige og retvisende data er. Det kan efter Rigsrevisionens opfattelse gøre det vanskeligere for regionerne at anvende Omkostningsdatabasen til at få indblik i, om der er væsentlige forskelle i de gennemsnitlige omkostninger mellem regionens sygehuse, som regionen bør afdække nærmere og eventuelt handle på. Det er dog samtidig Rigsrevisionens opfattelse, at regionerne har mulighed for at forbedre sammenligneligheden inden for den enkelte region.



## Forbedring af Omkostningsdatabasen

65. I slutningen af 2016 påbegyndte Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet et arbejde med at forbedre Omkostningsdatabasen. Baggrunden var et ønske blandt regionerne om at få en bedre indsigt i sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i sygehussektoren. Det var Danske Regioners ønske, at projektet skulle forbedre Omkostningsdatabasen, så databasen kunne få flere anvendelsesmuligheder for regionerne. Danske Regioner vurderede, at Omkostningsdatabasen dermed ville kunne anvendes til analyser i forbindelse med flytning af afdelinger mv. i regionerne. Derudover ville Omkostningsdatabasen kunne understøtte regionernes arbejde med værdibaseret styring og omkostningseffektiv produktion.

66. Danske Regioner foreslog, at projektet blev opdelt i 2 faser. For det første skulle der arbejdes på visningen i Omkostningsdatabasen, så regionerne kunne tilgå data på så lavt et detaljeringsniveau som muligt, og sammenhængen til pointsystemerne blev synliggjort. Regionerne har oplyst, at dette er vigtigt, hvis Omkostningsdatabasen skal kunne anvendes til styring. For det andet skulle det afdækkes, om regionerne kunne få adgang til langt mere aktuelle omkostningsdata, hvor en løsning kunne være at få lagt data på Sunddataplatformen.

67. Vores undersøgelse viser, at arbejdet med at forbedre Omkostningsdatabasen har været forsinket ad flere omgange. Sundhedsdatastyrelsen orienterede i marts 2018 styregruppen om, at projektet om visningen af Omkostningsdatabasen var blevet forsinket på grund af tekniske udfordringer med Sunddataplatformen. Styrelsen orienterede samtidig om, at den kommende løsning ikke ville komme til at favne alle regionernes ønsker. Baggrunden var, at det havde været sværere end forventet at finde de gode visninger, og styrelsen var blevet begrænset af, at al data ikke kunne lægges ud på det niveau og i den detaljeringsgrad, som var blevet efterspurgt.

68. Undersøgelsen viser, at den nye visning af Omkostningsdatabasen kom i test i september 2019. Efterfølgende måtte styregruppen for Omkostningsdatabasen på et møde ultimo oktober 2019 erkende, at den visning, som de står med nu, ikke til fulde lever op til regionernes forventninger og beskrevne ønsker. Det fremgår af styregruppereferatet, at data skal anvendes med varsomhed, og at data på nuværende tidspunkt ikke egner sig som et styringsmæssigt afsæt, fx som beslutningsgrundlag og benchmarking. Parterne var dog enige om, at data kan bruges til at undres over forskelle og være afsæt for en dialog om årsagerne til de forskelle, der observeres mellem organisatoriske enheder.

## Sunddataplatformen

Et projekt under Sundhedsdataprogrammet, som skal tilvejebringe en platform, som skal understøtte nuværende og fremtidige behov og ønsker til levering af data. Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at platformen er under udvikling og forventes at være fuldt produktionsklar medio 2020.

## Styregruppen

Sundheds- og Ældreministeriet etablerede en fælles styregruppe, da ministeriet i 2015 igangsatte Sundhedsdataprogrammet, som forbedring af Omkostningsdatabasen er en del af. Styregruppen består af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsdataprogrammets ledelse og Sundheds- og Ældreministeriet.

## Resultater

Undersøgelsen viser, at ingen af regionerne anvender oplysninger fra Omkostningsdatabasen i deres styring af sygehusene. Omkostningsdatabasen har nogle begrænsninger i en styringsmæssig sammenhæng, da databasen er udviklet til at fastlægge DRG-takster. Det er dog Rigsrevisionens opfattelse, at Omkostningsdatabasen kan bruges af regionerne til at få en overordnet viden om forskelle i enhedsomkostninger for DRG-grupper, som regionerne kan undersøge nærmere og arbejde videre med.

Undersøgelsen viser, at Sundhedsdatastyrelsen har udformet nationale retningslinjer for fordelingsregnskaber, som på nogle områder er meget entydige og klart definerede, mens der på andre områder er indlagt frihedsgrader. Frihedsgraderne skal ses i lyset af, at formålet med de nationale retningslinjer er at sikre, at data er tilstrækkeligt ensartede og retvisende til, at Sundhedsdatastyrelsen kan beregne DRG-takster. I den forbindelse er der ikke behov for samme grad af sammenlignelighed mellem de enkelte sygehuse og afdelinger, som kan være relevant for regionernes styring. Regionerne har imidlertid generelt ikke udnyttet mulighederne for i højere grad at begrænse frihedsgraderne for at understøtte sammenlignelige og retvisende omkostningsdata, som kan anvendes i regionernes styring af sygehusene.

Undersøgelsen viser, at der for 6 udvalgte DRG-grupper er betydelige forskelle i fordelingen af omkostninger inden for den enkelte region. I alle regioner er der for mindst 2 af de 6 udvalgte DRG-grupper forskelle i kategoriseringerne af omkostningerne. Der er store forskelle i omkostningerne til implantater og forskelle i kategorisering af omkostningerne til operationer, anæstesi og fødsler. Fx er omkostningerne til fødsler ikke fordelt korrekt på landets største fødested.

Undersøgelsen viser, at regionerne generelt kun i begrænset omfang kan redegøre for, hvad forskelle i kategoriseringerne af omkostningerne for de 6 udvalgte DRG-grupper konkret betyder for, hvor sammenlignelige og retvisende data i Omkostningsdatabasen er. Flere regioner har dog oplyst, at sygehusenes fordeling af omkostningerne i flere af eksemplerne ikke er retvisende. Flere regioner har desuden oplyst, at regionerne ikke ved, om forskelle i omkostningerne for de udvalgte DRG-grupper skyldes fordelingsregnskabet, pointsystemer eller faktiske forskelle i omkostningerne. Det er dog Rigsrevisionens opfattelse, at regionerne selv har mulighed for at forbedre sammenligneligheden inden for den enkelte region. Dette vil samtidig kunne gøre Omkostningsdatabasen mere anvendelig, så regionerne kan få indblik i forskelle mellem sygehusene.

Undersøgelsen viser, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet i 2016 igangsatte et projekt, der skulle øge Omkostningsdatabasens anvendelsesmuligheder for regionerne, så regionerne også ville kunne bruge databasen til direkte styringsmæssige formål. Projektet er blevet væsentligt forsinket. I efteråret 2019 kunne det konstateres, at den nye visning af Omkostningsdatabasen endnu ikke egner sig som et styringsmæssigt afsæt, fx som beslutningsgrundlag og benchmarking. Parterne er dog enige om, at data kan bruges til at undres over forskelle og være afsæt for en dialog om årsagerne til de forskelle, der observeres mellem organisatoriske enheder.

# 3. Regionernes anvendelse af egne data i styringen af sygehusene



## Delkonklusion

**Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad anvender egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene.**

Undersøgelsen viser, at regionerne fastlægger sygehusenes budgetter ud fra sidste års budgetter suppleret med marginale justeringer. Det betyder, at budgetterne ikke er baseret på et systematisk overblik over sammenhængen mellem resurser og aktiviteter, og dermed kan der være risiko for, at budgetterne ikke er helt tidssvarende. Det er Rigsrevisionens vurdering, at budgetanalyser med mellemrum kunne være et redskab til at få indsigt i, om budgetforudsætningerne fortsat er tidssvarende.

Undersøgelsen viser, at regionerne har samlet relevante data om sygehusenes resurser og aktiviteter i deres ledelsesinformationssystemer, men ikke kobler disse, så de kan se, hvad aktiviteterne koster. Regionerne har i en række styringsdokumenter fastlagt de mål og krav, som sygehusene skal opfylde. Regionerne har tilrettelagt en opfølgning, så de kan følge op på henholdsvis resurser og aktiviteter på sygehusniveau.

Undersøgelsen viser, at regionerne kun i mindre omfang har viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter, da de ikke har tilrettelagt en styring, hvor de systematisk arbejder med sammenhængen. Det gør det vanskeligt for regionerne løbende at kunne vurdere, om resurserne kunne udnyttes bedre på tværs af sygehusene inden for den enkelte region, og dermed om der er behov for at foretage omprioriteringer.

Undersøgelsen viser, at regionerne generelt ikke har udarbejdet systematiske analyser, der vil kunne bidrage til at identificere områder, hvor resurserne sammenlignet med andre sygehuse ikke udnyttes lige så effektivt. De analyser, der udarbejdes, har typisk afsæt i en konkret sag, fx hvis der skal flyttes aktiviteter mellem sygehusene eller hjemtages aktiviteter fra andre regioner eller private sygehuse.

Undersøgelsen viser, at regionerne i forbindelse med de større besparelser ikke har baseret besparelseskrav til sygehusene på data, hvor resurser og aktiviteter er koblet. Det betyder, at der er risiko for, at nogle sygehuse skal løfte et større eller mindre besparelseskrav, end hvad der vil være hensigtsmæssigt ud fra et tværgående regionalt perspektiv. Regionernes opfølgning på besparelser sker primært i form af den løbende opfølgning på økonomien. Dermed er der risiko for, at regionerne ikke har en tilstrækkelig viden om, hvorvidt regionalt besluttede ændringer implementeres som aftalt.

---

69. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne anvender egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene.

En af mulighederne for regionerne for at få viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter er at tage afsæt i egne data. Det er således vigtigt, at regionerne har tilrettelagt en sammenhængende styring, der sikrer, at de har et gennemsigtigt grundlag til systematisk at kunne vurdere, om resurserne kunne udnyttes bedre. Hvor det ikke er tilfældet, har regionerne ikke mulighed for at vurdere, om de inden for deres handlerum har mulighed for at foretage omprioriteringer mellem regionens sygehuse både løbende og i forbindelse med besparelser.

### **3.1. Egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter**

70. Vi har undersøgt, om regionerne har tilrettelagt en løbende styring af sygehusene, hvor de anvender egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter. Vi har undersøgt, hvordan regionerne fastlægger budgetterne. Vi har desuden undersøgt, om regionerne har tilrettelagt en opfølgning på sygehusenes resurser og aktiviteter. Endelig har vi undersøgt, om regionerne har tilrettelagt en styring, der sikrer, at de systematisk får viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter.

#### **Fastlæggelse af sygehusenes budgetter**

71. Regionerne har oplyst, at en meget stor andel af den aktivitet, der leveres af sygehusene, er den samme hvert år. De fastlægger derfor sygehusenes budget for det kommende år ved at tage udgangspunkt i sidste års budget eller regnskab, hvorefter der foretages marginale justeringer. Regionerne tager således ikke stilling til sammenhængen mellem resurser og forventninger til aktiviteter på et detaljeret niveau som en del af budgetprocessen.

Større budgetjusteringer og omfordelinger mellem sygehusene sker typisk i forbindelse med opgaveflytninger, udvidelser, hjemtagning eller som reaktion på budgetudfordringer, hvor der er behov for at gennemføre besparelser. Budgettet inkl. justeringer drøftes hen over året med sygehusene efter en forholdsvis ensartet kadence. I begyndelsen af året har regionerne en dialog med sygehusene om nye initiativer og forventninger til det kommende år. I juni indgår regeringen og Danske Regioner den årlige økonomiaftale, som kan få indflydelse på budgettet. Herefter behandler regionsrådene budgetforslagene, og det endelige budget for det efterfølgende år vedtages senest den 30. september.

72. Vores undersøgelse viser, at regionerne ikke udarbejder budgetanalyser, hvor de ser på, hvorvidt budgetforudsætningerne fortsat er tidssvarende.

Rigsrevisionen finder det forventeligt, at regionerne tager afsæt i sidste års budget eller regnskab, da det ikke er muligt at starte forfra hvert år. Det skaber dog en risiko for, at det økonomiske budget ikke er helt tidssvarende i forhold til det forventede aktivitetsniveau. Dermed er der risiko for, at der ikke er et fuldt økonomisk gennemsigtigt grundlag for at kunne foretage omprioriteringer baseret på faktisk sammenhæng mellem resurser og aktiviteter. Det vil efter Rigsrevisionens opfattelse være hensigtsmæssigt, hvis regionerne med mellemrum udarbejder budgetanalyser for at sikre, at sygehusenes budgetter er tidssvarende i forhold til det forventede aktivitetsniveau.

### Opfølgning på resurser og aktiviteter

73. Vores gennemgang af regionernes forskellige styringsdokumenter, fx visionspapirer, målbilleder, driftsmålsaftaler, budgetbog og drifts- og udviklingsaftaler, viser, at regionerne har fastlagt, hvilke mål sygehusene skal arbejde efter. Det fremgår af styringsdokumenterne, at regionerne har indarbejdet de 8 nationale mål i deres styringsdokumenter, og at regionerne derudover har nedbrudt flere af de nationale mål i regionspecifikke mål. Gennemgangen af styringsdokumenterne viser, at Region Sjælland, Region Hovedstaden, Region Nordjylland og Region Midtjylland hvert år tager stilling til, hvilke nationale mål de særligt vil prioritere dette år.

74. Regionerne har samlet relevante data om sygehusenes resurser, aktiviteter og kvalitet i deres ledelsesinformationssystemer, som både det centrale regionale niveau og sygehusene har mulighed for at tilgå. Disse data anvender regionerne, når de følger op på, om sygehusene har en tilfredsstillende udvikling i de mål, som den enkelte region har fastlagt. Særligt budgetoverholdelse er alle regioner enige om er en grundlæggende styringsparameter. Foruden budgetoverholdelse har regionerne et stort fokus på at følge op på patientrettighederne.

Vores gennemgang af regionernes opfølgning viser, at alle regioner har tilrettelagt en styring, hvor det er fastlagt, hvordan og hvor ofte regionerne følger op på målene. Alle regioner udarbejder kvartalsvise økonomirapporter og status på centrale mål til regionsrådene. Foruden afrapportering til det politiske niveau er der opfølgning på målene på forskellige administrative niveauer i regionen. Regionernes koncerndirektioner holder en række dialogmøder hen over året med sygehusledelserne. Gennemgangen af dagsordenspunkterne til dialogmøderne viser, at regionerne drøfter målene og udviklingen i disse og særligt overholdelse af patientrettighederne og budgetterne.

Ud over dialogmøderne følger det lavere administrative niveau centralt i regionen op på målene og har dialog og møder med sygehusenes økonomiafdelinger.

75. Alle regioner har oplyst, at der ud over den opfølgning, som finder sted mellem region og sygehus, også er en tæt opfølgning på de fastlagte styringsmål på det enkelte sygehus.

### **Sammenhæng mellem resurser og aktiviteter**

76. Vores gennemgang af materiale og redegørelser fra regionerne viser, at regionerne ikke kobler resurser og aktiviteter i deres egne systemer. Den manglende kobling betyder, at regionerne ikke har et gennemsigtigt sammenhængende styringsgrundlag, hvor de løbende har mulighed for at få viden om og arbejde med sammenhængen. Denne viden skal understøtte regionerne i deres vurdering af, om resurserne kunne udnyttes bedre på tværs af sygehusene inden for den enkelte region. Det manglende gennemsigtige besluningsgrundlag gør det vanskeligt for regionerne at foretage større omprioriteringer både løbende og i forbindelse med større besparelser.

Undersøgelsen viser, at regionerne generelt vurderer, om sygehusene udnytter resurserne optimalt, ved at basere sig på en kombination af budgetoverholdelse og overholdelse af patientrettighederne. Hvis sygehuset overholder budgettet og samtidig forbedrer eller som minimum fastholder målopfyldelsen på patientrettighederne, har sygehuset på grund af den demografiske udvikling udnyttet resurserne optimalt.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det ikke er tilstrækkeligt kun at have fokus på budgetoverholdelse og målopfyldelse på patientrettigheder. Hvis regionerne løbende skal kunne følge op på, om deres sygehuse udnytter resurserne optimalt, er det nødvendigt, at regionerne kobler sygehusenes resurser og aktiviteter og arbejder med sammenhængen. Patientrettighederne omfatter desuden ikke alle aktiviteter på sygehusene.

77. Region Nordjylland har oplyst, at regionen arbejder på en model, hvor oplysninger om resurser og aktiviteter kobles. Modellen er et forsøg på at udvikle en alternativ omkostningsdatabase. Modellen har fokus på de direkte omkostninger, der kan forbindes med aktiviteterne, og adskiller sig dermed fra Omkostningsdatabasen, hvor alle omkostninger er fordelt ud på de forskellige aktiviteter. Dette fokus giver ifølge regionen et bedre billede af afdelingernes resurseudnyttelse, og modellen er derfor mere operationel for de enkelte afdelinger.

78. Det er generelt Rigsrevisionens vurdering, at det er den enkelte region, der er bedst til at vurdere, hvor detaljeret aktiviteterne skal opgøres. Det afgørende er, at det er styringsrelevant for den enkelte region i forhold til at sikre viden om, hvad aktiviteterne koster, og dermed at regionerne har et gennemsigtigt grundlag for at kunne foretage fx omprioriteringer.

En sådan viden vil også kunne understøtte regionerne i den værdibaserede styring, som regionerne gradvist er ved at indføre, hvor der er fokus på det samlede patientforløb og effekten af behandlingen. En vigtig del af denne styring er, at regionerne skal have fokus på, hvordan resurserne fordeler sig over hele behandlingsforløbet. Det er derfor vigtigt, at regionerne sikrer, at de har etableret denne viden.

79. Undersøgelsen viser, at regionerne udarbejder ad hoc analyser, hvor de kobler ressourcer og aktiviteter. Analyserne har ofte afsæt i en konkret sag, fx at der skal flyttes aktiviteter mellem sygehusene eller hjemtages aktiviteter fra andre regioner eller private sygehuse. Det kan dog også være i forbindelse med, at et sygehus har en utilstrækkelig kvalitet i sygehusbehandlingen, så der kan være behov for, at regionen flytter behandlingen til et andet sygehus. Ved disse sager beregner regionerne de økonomiske konsekvenser, hvor de anvender de marginale omkostninger i beregningerne.

Undersøgelsen viser, at regionerne herudover ikke udarbejder analyser, der vil kunne bidrage til at give mere viden om og dermed identificere områder, hvor ressourcerne sammenlignet med andre sygehuse ikke udnyttes lige så effektivt.

80. Region Hovedstaden og Region Nordjylland etablerede i 2016 mindre analyseenheder centralt i regionen. De 2 enheder udarbejder primært analyser efter ønske fra sygehusene. Det kan fx være en analyse af arbejdsgangene på en afdeling. Analyseenhederne har ikke fokus på at udarbejde tværgående analyser, der kan understøtte regionernes arbejde med at få viden om mulighederne og behovet for at frigive ressourcer til mere og/eller bedre behandling. Region Hovedstadens analyseenhed havde før 2017 fokus på også at identificere områder på sygehusene, hvor det var muligt at frigive ressourcer. Regionen har oplyst, at disse analyser blev sat i bero i december 2016, da det på grund af Sundhedsplatformen kun var muligt at få sammenlignelige data frem til 2015. Det ville være en arbejdskrævende proces at korrigere for dette, og regionen vurderede derfor, at der ikke var grundlag for at gennemføre større sammenlignende analyser.

81. Undersøgelsen viser, at analyser af, om sygehusene anvender ressourcerne optimalt, typisk sker på sygehusene. Det er regionernes opfattelse, at det er det enkelte sygehus, der bedst kan foretage de lokale optimeringer. Regionerne har oplyst, at de forventer, at sygehusenes egne økonomiafdelinger analyserer og følger op på udviklingen i ressourcer og aktiviteter, og at sygehusene selv tager initiativ til forbedringer, hvis de vurderer, at fx økonomien udvikler sig i en uønsket retning. Region Hovedstaden har desuden oplyst, at regionens sygehuse også har et overordnet overblik, da kommunikationen ikke kun foregår mellem region og sygehus, men i ligeså høj grad på tværs af sygehusene.

## Resultater

Undersøgelsen viser, at regionerne ikke har tilrettelagt en løbende styring af sygehusene, hvor de anvender egne data om sammenhængen mellem sygehusenes ressourcer og aktiviteter. Dermed får regionerne ikke en systematisk viden om, hvorvidt der er muligheder og behov for at omprioritere på tværs af regionens sygehuse.

Undersøgelsen viser, at regionerne fastlægger budgetterne ud fra sidste års budget eller regnskab. Regionerne udarbejder generelt ikke budgetanalyser, hvor de med mellemrum gennemgår, om budgetterne fortsat er tidssvarende i forhold til det forventede aktivitetsniveau.



Undersøgelsen viser, at regionerne i forskellige styringsdokumenter har fastlagt de krav, som sygehusene skal opfylde. Alle regioner har samlet relevante data om sygehusenes resurser og aktiviteter i deres ledelsesinformationssystem, som regionerne anvender i deres opfølgning. Regionerne har tilrettelagt en styring, der sikrer, at de følger op på de fastlagte krav. Særligt budgetoverholdelse og patientrettigheder er krav, som regionerne følger op på.

Undersøgelsen viser, at regionerne ikke kobler oplysninger om sygehusenes resurser og aktiviteter i deres egne systemer. Det betyder, at regionerne ikke har et sammenhængende gennemslagsgrundlag for systematisk at kunne vurdere, om der er muligheder og behov for at frigive midler til andre områder, og dermed om resurserne kunne udnyttes bedre på tværs af sygehusene inden for den enkelte region.

Undersøgelsen viser, at regionerne generelt ikke udarbejder systematiske analyser, hvor regionerne kobler resurser og aktiviteter. De analyser, som regionerne udarbejder, har typisk afsæt i en konkret sag, fx at der skal flyttes aktiviteter mellem sygehusene eller hjemtages aktiviteter fra andre regioner eller private sygehuse. Generelt viser undersøgelsen, at de analyser, der bliver udarbejdet, typisk sker på sygehusene, da det efter regionernes opfattelse er det enkelte sygehus, der bedst kan foretage de lokale optimeringer.

### 3.2. Egne data ved gennemførelse af besparelser

82. Vi har undersøgt, om regionerne anvender sammenhængen mellem resurser og aktiviteter, når de fastlægger besparelseskraV til sygehusene. Vi har derfor gennemgået de enkelte regioners besparelsesplaner for at afdække, om regionerne har baseret kravene på analyser af sammenhængen mellem resurser og aktiviteter.

83. Vores gennemgang af regionernes besparelsesplaner viser, at flere af regionerne i undersøgelsesperioden har gennemført besparelser for at sikre budgetbalance. Alle regioner har oplyst, at de har behov for at involvere sygehusene, når de skal gennemføre større besparelser, for at sikre, at relevante forhold for den kliniske virksomhed og konsekvenser for patienter og personale bliver taget med i betragtning. Regionerne beder således de enkelte sygehuse om at melde forslag til besparelser eller andre løsningsforslag ind til regionen. Flere af regionerne har til brug herfor udarbejdet skabeloner, der fastlægger, hvilke oplysninger sygehusene skal tage stilling til. Sygehusene skal fx redegøre for, hvilke konsekvenser den foreslåede besparelse har for fx resurser, aktiviteter og kvalitet/service.

84. Undersøgelsen viser, at de gennemførte sparerunder i undersøgelsesperioden har været karakteriseret ved, at regionerne fastlagde rammer for deres sygehuse, som satte en retning for arbejdet med besparelser.

Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland fastlagde temaer, som sygehusene skulle indmelde deres forslag til besparelser indenfor. Det kunne fx være medicinudgifter, indkøb, arbejdsgange, bedre tilrettelæggelse af arbejdstid og strukturændringer. Det fremgår ikke af materialet, hvilke analyser og overvejelser regionerne har haft, da de fastlagde de regionale temaer for besparelserne.



Region Hovedstaden, Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Sjælland havde på forhånd udmeldt en vejledende rammebesparelse til hvert enkelt sygehus. Region Hovedstaden fastlagde beløbets størrelse for det enkelte sygehus ud fra en vægtesammenvæjning af sygehusets lønbudget og nettodriftsbudget. Region Midtjylland havde på forhånd fastlagt beløbets størrelse i forhold til de enkelte besparellestemaer, og det blev herefter fastlagt, hvor stor en besparelse det enkelte sygehus skulle løfte. Fastlæggelsen tog generelt afsæt i, hvordan udgifterne på de konkrete besparellestemaer var fordelt på sygehusene, og dermed om der var behov for differentierede besparelseskraav.

Rigsrevisionen kan konstatere, at regionerne generelt fastlægger krav til besparelser ved at tage afsæt i en sammenvæjning af sygehusenes lønbudgetter og nettodriftsbudgetter eller sygehusenes udgifter til et konkret besparelssystem. Regionerne baserer sig således ikke på data, hvor resurser og aktiviteter er koblet. Dermed er der risiko for, at nogle sygehuse måske skal løfte et større eller mindre krav til besparelse, end hvad det havde været hensigtsmæssigt ud fra en tværgående tilgang til en optimal udnyttelse af resurserne.

85. Vores gennemgang af forslagene til besparelser viser, at de generelt er beskrevet på et overordnet niveau. Forslagene tager fx ikke stilling til, hvordan det vil påvirke resurseudnyttelsen på det enkelte sygehus.

86. Undersøgelsen viser, at alle regioner indarbejdede den forventede besparelse og/eller effektiviseringsgevinst i sygehusenes rammebudgetter. Regionerne fulgte op på besparelsen og/eller effektiviseringsgevinsten gennem den løbende opfølgning på sygehusenes resurser, hvor det påses, at sygehusene overholder budgetterne.

Undersøgelsen viser, at flere af regionerne generelt ikke fulgte specifikt op på, hvorvidt ændringerne på de berørte sygehuse blev gennemført som forventet. Et eksempel herpå er den ledelsesmæssige sammenlægning af henholdsvis Rigshospitalet og Glostrup samt Herlev og Gentofte, som Region Hovedstaden gennemførte i 2016. Regionen har oplyst, at regionen vurderede, at der kunne opnås en samlet effektiviseringsgevinst på ca. 130 mio. kr. ved sammenlægningerne. Det var op til sygehusene selv at udmønte rammebesparelsen på ca. 130 mio. kr., og sygehusene skulle ikke af-rapportere på, hvordan besparelsen blev implementeret.

## Resultater

Undersøgelsen viser, at regionerne ikke baserer besparelseskraV til sygehusene på analyser af sammenhængen mellem resurser og aktiviteter.

Undersøgelsen viser, at regionerne generelt fastlægger krav til besparelser ved at tage afsæt i en sammenvejning af sygehusenes lønbudgetter og nettodriftsbudgetter eller sygehusenes udgifter til et konkret besparelsestema. Regionerne baserer sig således ikke på data, hvor resurser og aktiviteter er koblet tættere sammen. Det betyder, at der er risiko for, at nogle sygehuse måske skal løfte et større eller mindre krav til besparelse, end hvad der havde været hensigtsmæssigt ud fra en tværgående tilgang.

Undersøgelsen viser, at regionerne inddrager sygehusene i arbejdet med at finde besparelser, men det er uklart, om regionerne i arbejdet med sygehusenes konkrete spareforslag også har fokus på, hvordan forslagene påvirker den samlede udnyttelse af resurserne på tværs af regionens sygehuse.

Undersøgelsen viser, at regionerne implementerer besparelserne ved at reducere sygehusenes rammebudget, og regionernes opfølgning sker primært i form af den løbende økonomiopfølgning. Dermed er der risiko for, at regionerne ikke får en helt tilstrækkelig viden om, hvorvidt ændringerne er blevet implementeret som aftalt.

Rigsrevisionen, den 6. maj 2020

Lone Strøm

/Claus Vejlsø Thomsen

## Bilag 1. Metodisk tilgang

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene i tilstrækkelig grad er baseret på viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter. Derfor har vi undersøgt følgende:

- Udnytter regionerne i tilstrækkelig grad potentialet i de nationale data om sammenhængen mellem sygehusenes resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene?
- Anvender regionerne i tilstrækkelig grad egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene?

Undersøgelsen omhandler perioden 2014-2019, fordi vi har vurderet, at det er en passende periode til at få et indblik i, hvordan regionerne har arbejdet med at sikre, at sygehusenes resurser og aktiviteter styres på et gennemsigtigt grundlag. Desuden blev der med aftalen om regionernes økonomi for 2014 sat øget fokus på økonomistyring og gennemsigtighed i omkostningseffektiviteten.

Undersøgelsen bygger på møder med og gennemgang af dokumenter fra de 5 regioner. Vi har derudover holdt møde med Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsdatastyrelsen. Vi har desuden gennemgået og analyseret data fra Omkostningsdatabasen for 6 udvalgte økonomisk væsentlige DRG-grupper.

Nedenfor beskrives vores data og metode i flere detaljer.

### Kvalitetssikring

Denne undersøgelse er kvalitetssikret via vores interne procedurer for kvalitetssikring, som omfatter høring hos de reviderede samt ledelsesbehandling og sparring på forskellige tidspunkter i undersøgelsesforløbet af chefer og medarbejdere i Rigsrevisionen med relevante kompetencer.

### Væsentlige dokumenter

Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder:

- sundhedsloven
- aftaler om regionernes økonomi for 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 og 2020
- nationale mål for sundhedsvæsenet for 2016, 2017 og 2018
- "Anvendelse af enhedsomkostninger i sygehusenes økonomistyring" fra 2015 udarbejdet af Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet og Danske Regioner
- "Kortlægning og analyse af dataanvendelse til økonomistyring på hospitaler i Danmark" fra 2017 udarbejdet for Moderniseringsstyrelsen og Danske Regioner af Health Innovation Institute
- "Inspiration til udvikling af økonomistyringskompetencer på hospitaler i Danmark" fra 2018 udarbejdet af Danske Regioner, regionerne og Moderniseringsstyrelsen
- nationale retningslinjer for udarbejdelse af fordelingsregnskaber ("Kogebog 2016" "Kogebog 2017" og "Kogebog 2018")
- Omkostningsdatabasen vedrørende regnskabs- og aktivitetsårene 2016 og 2017

- de årlige nationale produktivetsopgørelser ("Løbende Offentliggørelse af Produktivitet i Sygehussektoren" – delrapport 8 og 9) fra 2017, 2018 og 2019
- mødemateriale og referater fra møder mellem Sundheds- og Ældreministeriet og regioner mfl. om Omkostningsdatabasen og de årlige produktivetsopgørelser
- redegørelser fra Sundhedsdatastyrelsen om arbejdet med dannelsen af Omkostningsdatabasen m.m.
- redegørelser fra regionerne om bl.a. udarbejdelse af fordelingsregnskaber, anvendelsen af Omkostningsdatabasen og produktivetsopgørelserne samt regionernes styring af sygehuse
- redegørelser fra regionerne om forskellene i kategoriseringer i Omkostningsdatabasen
- de enkelte regioners årshjul og diverse budgetlægningsmateriale
- driftsaftaler mellem regioner og sygehuse
- spare- og effektiviseringsplaner fra regionerne
- ledelsesinformationsmateriale om regionale visioner og mål
- materiale om regionernes opfølgning på de nationale mål.

Formålet med gennemgangen af dokumenterne har været at få kendskab til regionernes og Sundhedsdatastyrelsens arbejde med data om sammenhængen mellem sygehuses resurser og aktiviteter og regionernes styring af sygehuses resurser og aktiviteter.

### **Møder**

Vi har holdt flere møder med:

- alle 5 regioner
- Danske Regioner
- Sundheds- og Ældreministeriets departement
- Sundhedsdatastyrelsen.

Formålet med møderne med regionerne og Danske Regioner har været at afdække dels regionernes arbejde med at sikre styringsrelevante data, dels rammer, processer og indhold i regionernes styring.

Formålet med møderne med Sundheds- og Ældreministeriets departement og Sundhedsdatastyrelsen har været at få en forståelse af arbejdet med Omkostningsdatabasen.

Vi har drøftet metode og resultater af analysen af omkostningsdata med både Sundhedsdatastyrelsen og regionerne.

## Gennemgang og analyse af data fra Omkostningsdatabasen

### Data

Vi har fra Sundhedsdatastyrelsen modtaget data fra Omkostningsdatabasen for regnskabs- og aktivitetsårene 2016 og 2017. Vi har modtaget data i samme form, som sygehuse og regioner har modtaget fra Sundhedsdatastyrelsen (2 excelark for hvert år med henholdsvis *sammenligning af omkostninger for regionerne, sygehuse eller afdelinger og omkostningselementer pr. DRG-gruppe*).

Data indeholder de samlede gennemsnitsomkostninger for hver af de i alt ca. 945 DRG-grupper opdelt i de 3 hovedkategorier *ydelsesomkostninger, ambulante omkostninger og sengeomkostninger* samt underkategorier. Data er opgjort på lands-, regions-, sygehus- og afdelingsniveau.

### Udvælgelse af DRG-grupper

Vi har udvalgt 6 økonomisk væsentlige DRG-grupper, hvor aktiviteterne har en vis volumen og er fordelt på mange sygehuse. Vi har anvendt disse som cases. Vi har undgået brede DRG-grupper, der omfatter meget uensartede og/eller usammenlignelige procedurer, forløb og/eller patientgrupper. Formålet har været at sikre størst mulig robusthed og sammenligningsmulighed i data. Kriterierne for udvælgelsen af DRG-grupperne fremgår af nedenstående boks.

### Udvælgelse af DRG-grupper

#### Kriterier for udvælgelse af DRG-grupper

- *Volumen* – dvs. antallet af registrerede aktiviteter (kontakter/forløb) > 4.000.
- *Økonomisk væsentlighed* – dvs. de samlede omkostninger på landsplan > 80 mio. kr.
- *Relativt ensartede og afgrænsede DRG-grupper* – dvs. DRG-grupper, der omfatter forholdsvis ensartede forløb/indgreb/procedurer/diagnoser mv., fx ikke forløb med mange akutte eller medicinske forløb/indgreb/procedurer mv.
- *Sammenligningsmulighed* – dvs. DRG-grupper, der er repræsenteret på mindst 2 sygehuse pr. region.
- *Forskelle i gennemsnitlige omkostninger* – dvs. mindst faktor 1,5 i forskel mellem sygehuse inden for den enkelte region.

#### Udvalgte DRG-grupper

1. 06MP10 Større operationer på tyndtarm og tyktarm u. kompl. bidiag.
2. 06MP29 Mindre hernier, åben operation
3. 08MP20 Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led
4. 13MP11 Standard gynækologisk indgreb
5. 14MP31 Spontan fødsel, førstegangsfødende
6. 14MP32 Spontan fødsel, flergangsfødende.

Vi har drøftet udvælgelseskriterier og de konkrete udvalgte DRG-grupper med både Sundhedsdatastyrelsen og regionerne. I forbindelse med drøftelserne præsenterede vi også regionerne for en liste over alternative DRG-grupper. Det gav dog ikke anledning til ændringer.

### Metode

Vi har for hver region for hver af de 6 DRG-grupper sammenlignet gennemsnitlige omkostninger fordelt på de 3 hovedkategorier *ydelsesomkostninger*, *ambulante omkostninger* og *sengeomkostninger*. Ydelsesomkostninger er yderligere opdelt i 27 underkategorier, fx operationer. Vi har ikke sammenlignet underkategorierne for ambulante omkostninger, da de er mindre økonomisk væsentlige. Vi har både sammenlignet omkostningerne på sygehusniveau og på afdelingsniveau (for udvalgte afdelinger med betydelig volumen). Vi har i sammenligningen haft fokus på at identificere forskelle i kategoriseringer og omkostningsniveauer inden for den enkelte region.

Formålet med dataanalysen har været at vurdere, hvor sammenlignelige og retvisende data i Omkostningsdatabasen er for de udvalgte DRG-grupper inden for den enkelte region.

Vores primære fokus har været på data fra regnskabs- og aktivitetsåret 2017. Vi har dog også gennemgået data fra regnskabs- og aktivitetsåret 2016 for de DRG-grupper, hvor vi i data fra 2017 identificerede væsentlige forskelle i kategoriseringerne inden for de enkelte regioner. I de tilfælde, hvor vi har fundet kategoriseringer, der ikke er i overensstemmelse med de nationale retningslinjer for udarbejdelse af fordelingsregnskaber, har vi desuden gennemgået data for beslægtede DRG-grupper for at undersøge, om uoverensstemmelserne går igen i de beslægtede grupper.

Vi har kun sammenlignet sygehuse og afdelinger inden for samme region og ikke på tværs af regioner. Det har vi gjort, fordi særligt sammenligningen inden for regionen er mest relevant i forhold til den enkelte regions styring af resurser og aktiviteter. Desuden har regionerne selv mulighed for at sikre, at omkostningsdata er så sammenlignelige som muligt inden for deres egen region. Vi har dog udvalgt samme DRG-grupper for alle regioner.

Vi har forelagt resultaterne af vores sammenligninger for den enkelte region og bedt regionen om at redegøre for de forskelle i kategoriseringer i Omkostningsdatabasen, som vi har fundet.

### Generaliserbarhed

Gennemgangen er ikke repræsentativ, men de udvalgte cases giver et indblik i data og har dannet grundlag for en dialog med regionerne om, hvor sammenlignelige og retvisende data i Omkostningsdatabasen er. Det øger dog robustheden af resultaterne, at vi har udvalgt DRG-grupper med betydelig økonomisk væsentlighed, og at vi i relevant omfang også har inddraget data fra 2016 og beslægtede DRG-grupper.

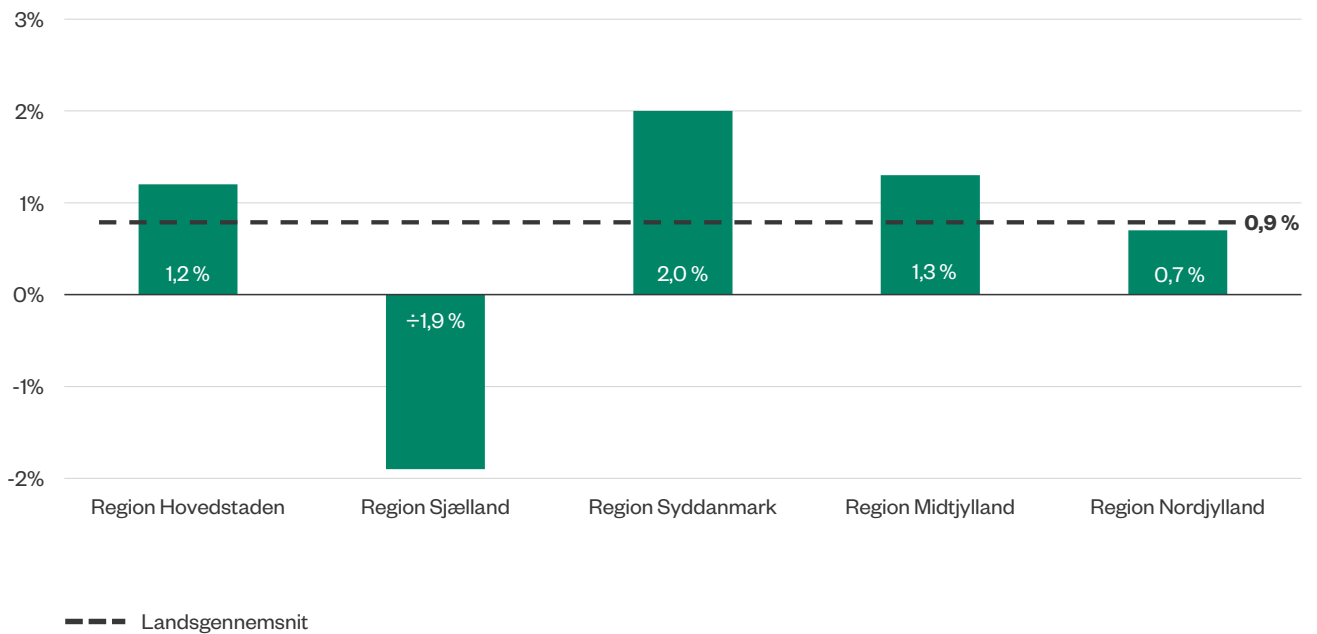
### Standarderne for offentlig revision

Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision. Standarderne fastlægger, hvad brugerne og offentligheden kan forvente af revisionen, for at der er tale om en god faglig ydelse. Standarderne er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).

## Bilag 2. Produktivitetsudvikling og -niveau fordelt på regioner

Figuren nedenfor viser den senest opgjorte udvikling i sygehusenes produktivitet fordelt på regioner.

### Sygehusenes produktivitetsudvikling fra 2016 til 2017 fordelt på regioner



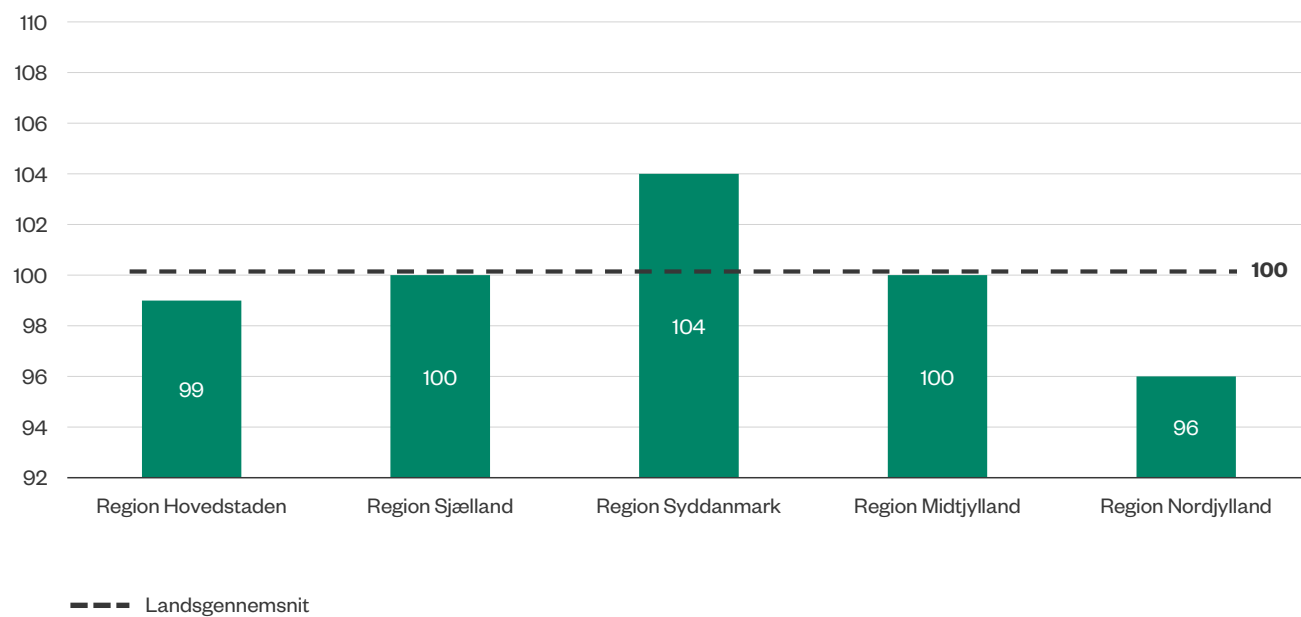
Note: De Vestdanske Friklinikker, Give, er udeladt af figuren, da det ikke er et almindeligt sygehus.

Kilde: Løbende Offentliggørelse af Produktivitet i Sygehussektoren – Udviklingen fra 2016 til 2017, februar 2019.

Det fremgår af figuren, at der i produktivitetsudviklingen fra 2016 til 2017 er en betydelig spredning mellem regionerne. Region Sjællands produktivitet faldt fra 2016 til 2017 med 1,9 %, hvorimod Region Syddanmarks produktivitet steg med 2 %.

Nedenstående figur viser det senest opgjorte produktivetsniveau fordelt på regioner.

### Sygehusenes produktivetsniveau i 2017 fordelt på regioner (indeks)



**Kilde:** Løbende Offentliggørelse af Produktivitet i Sygehussektoren – Udviklingen fra 2016 til 2017, februar 2019.

Det fremgår af figuren, at der er forskelle i produktivetsniveauet i de enkelte regioner. I forhold til et landsgennemsnit på indeks 100 lå Region Syddanmark højest med et produktivetsniveau på indeks 104, og Region Nordjylland lå lavest med et produktivetsniveau på indeks 96.



## Bilag 3. Eksempler på uensartede omkostningsfordelinger

### Boks A

#### Forskelle i kategorisering af omkostninger til fødsler

- Amager og Hvidovre Hospital har ingen omkostning til fødsler – *Region Hovedstaden, 2017 og delvist 2016, DRG-grupperne 14MP31 og 14MP32 samt de beslægtede DRG-grupper 14MP25-30.*
- Rigshospitalet har ingen omkostninger til fødsler – *Region Hovedstaden, 2016, DRG-grupperne 14MP31 og 14MP32.*
- 3800B91 Ros. Obstetrisk Afd. har ingen omkostning til fødsler eller til operationer og anæstesi – *Region Sjælland, 2017, DRG-grupperne 14MP31 og 14MP32 samt de beslægtede DRG-grupper 14MP25-30.*
- 7603101 Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling har ingen omkostninger til fødsler. Afdelingen har til gengæld relativt høje sengeomkostninger – *Region Nordjylland, 2016, DRG-grupperne 14MP31 og 14MP32.*

**Kilde:** Rigsrevisionen på baggrund af Omkostningsdatabasen.

### Boks B

#### Forskelle i kategorisering af omkostninger til operationer og anæstesi

- 8001532 Thy Ortopæd. Sengeafd. har ingen omkostninger til operationer eller anæstesi, men omkostninger til implantater (7.395 kr.) – *Region Nordjylland, 2017, DRG-gruppe 08MP20.*
- 7603101 Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling har omkostninger til anæstesi, men ingen omkostninger til operationer – *Region Nordjylland, 2017, DRG-gruppe 13MP11.*
- 800307D Frh. Kirurgisk Dagafdeling har omkostninger til anæstesi, men ingen omkostninger til operationer – *Region Nordjylland, 2017, DRG-gruppe 06MP29 og den beslægtede DRG-gruppe 06MP28.*
- 550104P Svs. Parenkymkirurgisk Ambulatorium (Esbjerg) og 5000716 Shs. Kirurgi Dagkirurgi (Sønderborg) har omkostninger til anæstesi (omkring 2.000 kr. i gennemsnit), men ingen omkostninger til operationer – *Region Syddanmark, 2017, DRG-gruppe 06MP29.*
- 662018K Knæ Stamafdeling Ortopædkirurgi (AUH) har ingen omkostninger til operationer og anæstesi – *Region Midtjylland, 2016, DRG-gruppe 08MP20 og den beslægtede DRG-gruppe 08MP17.*
- 3800P70 Næe. Ortopædkirurgisk Afd. har omkostninger til implantater (6.475 kr. i gennemsnit), men stort set ingen omkostninger til operationer og anæstesi (18 kr. i gennemsnit) – *Region Sjælland, 2016, DRG-gruppe 08MP20.*
- 3800S10 Sla. Kirurgisk Afd. har stort set kun implantatomkostninger (16.165 kr. ) og sengeomkostninger og næsten ingen omkostninger til operationer og anæstesi (97 kr. i gennemsnit) – *Region Sjælland, 2016, DRG-gruppe 06MP29.*

**Kilde:** Rigsrevisionen på baggrund af Omkostningsdatabasen.

**Boks C****Store forskelle i omkostninger til implantater**

- Store forskelle i omkostninger til implantater (104-17.116 kr.) – særligt 3800S10 Sla. Kirurgisk Afd. skiller sig ud. 3800S10 Sla. Kirurgisk Afd. har stort set kun implantat-omkostninger (16.165 kr.) og sengeomkostninger og næsten ingen omkostninger til operationer og anæstesi (97 kr. i gennemsnit) – *Region Sjælland, 2016, DRG-gruppe 06MP29.*
- Der er ingen implantatomkostninger på 662018G Hofte Stamafdeling Ortopædkirurgi og 662018K Knæ Stamafdeling Ortopædkirurgi på AUH – *Region Midtjylland, 2016, DRG-gruppe 08MP20.*
- Store forskelle i omkostninger til implantater, hvor 7005071 Mave-, Tarm- og Brystkirurgi – Randers skiller sig ud med 11.413 kr. til implantater i gennemsnit (implantat-omkostningerne ligger i gennemsnit på 49-267 kr. på regionens øvrige sygehuse) – *Region Midtjylland, 2017, DRG-gruppe 06MP10.*
- Forskelle i implantatomkostninger mellem afdelinger, sygehuse og år. Gennemsnitsomkostningerne til implantater er relativt høje i Kolding og Vejle i 2017 modsat 2016, hvor ingen af afdelingerne har udgifter til implantater. I 2016 er der ingen implantat-omkostninger på nogen sygehuse i regionen – *Region Syddanmark, 2017, DRG-gruppe 06MP29.*
- Store forskelle i omkostninger til implantater. Fra 0 kr. på 5000421 Shs. Ortopædkirurgi Sengeafsnit (Aabenraa) til 11.946 kr. på 5000420 Shs. Ortopædkirurgi Sengeafsnit (Sønderborg) – *Region Syddanmark, 2017, DRG-gruppe 08MP20.*
- Betydelige forskelle i omkostninger til implantater (5.198-12.482 kr.) – *Region Nordjylland, 2017, DRG-gruppe 08MP20.*
- Meget store forskelle i omkostninger til implantater (5.545-62.872 kr.). Implantatomkostningerne er over 10 gange større på Rigshospitalet – *Region Hovedstaden, 2017, DRG-gruppe 08MP20.*

**Kilde:** Rigsrevisionen på baggrund af Omkostningsdatabasen.

## Bilag 4. Ordliste

---

<b>Alloplastik</b>	Rekonstruktiv operation, oftest på led, med indsættelse af kropsfremmed materiale, fx indsættelse af en hofteprotese.
<b>Ambulante omkostninger</b>	Omkostninger, der er koblet til ambulante kontakter, dvs. udredning, behandling e.l., hvor patienten ikke er indlagt.
<b>Anæstesi</b>	Bedøvelse og smertelindring, fx i forbindelse med en operation.
<b>DRG-grupper</b>	DRG (Diagnose Relaterede Grupper) henviser til en opdeling af alle patienter i sygehusvæsenet i grupper. DRG-grupperne anvendes til at udregne gennemsnitlige omkostninger for behandling og pleje for de enkelte grupper af patienter og til at fastsætte DRG-takster for hver gruppe.
<b>DRG-takster</b>	DRG-takster er baseret på gennemsnitlige omkostninger for behandling og pleje for de enkelte DRG-grupper.
<b>Fordelingsregnskaber</b>	Omkostningsfordelinger for de enkelte sygehuse, hvor sygehuset eller regionen har fordelt alle omkostninger fra årsregnskaberne, så Sundhedsdatastyrelsen kan koble dem til hver enkelt sygehuskontakt.
<b>Kliniske systemer</b>	Kliniske systemer indeholder oplysninger om de ydelser, som sygehuset har udført.
<b>Landpatientregisteret (LPR)</b>	I LPR bliver en række oplysninger om patientens kontakt med sygehuset samlet. Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen, registrerer sygehusene en række oplysninger. Oplysningerne kan fx beskrive, hvornår og hvor patienten er blevet indlagt samt patientens diagnoser, undersøgelser, behandlinger, operationer m.m.
<b>Obstetrik</b>	Medicinsk speciale, der beskæftiger sig med graviditet og fødselshjælp.
<b>Omkostningsdatabasen</b>	Omkostningsdatabasen danner grundlag for beregningen af DRG-taksterne. Databasen indeholder oplysninger om udgifter og aktiviteter vedrørende de patienter, som er blevet behandlet på de offentlige sygehuse.
<b>Patientadministrative systemer</b>	De patientadministrative systemer indeholder oplysninger om den enkelte patients indlæggelses- og udskrivningsdato, sygehusafdeling, diagnoser, operationer mv.
<b>Produktivitetsopgørelser</b>	Sundheds- og Ældreministeriet opgør årligt produktiviteten i sygehussektoren for at skabe et overblik over udviklingen og niveaueet i produktiviteten på de offentlige sygehuse. Produktiviteten opgøres på lands-, regions- og sygehusniveau.
<b>Sengeomkostninger</b>	Omkostninger, der er koblet til en sengeafdeling eller ikke kan henføres til en konkret ydelse eller ambulanskontakt, fx omkostninger til ambulansbehandling, der ikke kan kobles til en ambulanskontakt.
<b>Ydelsesomkostninger</b>	Omkostninger, der er koblet til konkrete ydelser, typisk foretaget på indlagte patienter, fx en operation.

---