

Notat til statsrevisorerne
om
den fortsatte udvikling i sagerne om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998
(beretning nr. 4/99) og H:S' styring (beretning nr. 10/99)

I. Indledning

1. I mit notat af 23. oktober 2000 om beretning nr. 10/99 om H:S' styring, jf. Endelig betænkning over statsregnskabet for finansåret 1999, s. 268, tilkendegav jeg, at jeg i et samlet notat ville orientere statsrevisorerne om resultatet af den fortsatte opfølgning af de udestående forhold vedrørende denne beretning og beretning nr. 4/99 om H:S' økonomi og aktiviteter:

- Om Sundhedsstyrelsen offentliggør personale- og økonomistatistik hurtigere, end det tidligere var tilfældet (beretning nr. 4/99).
- Om kvaliteten i indberetningerne til Landspatientregistret er forbedret (beretning nr. 4/99).
- Om muligheden for at gennemføre produktivitetsanalyser på sygehusområdet er forbedret, bl.a. ved hjælp af DRG (Diagnose Relaterede Grupper) (beretning nr. 4/99).
- Hvorledes H:S prioriterer kvalitetsudvikling i sygehusbehandlingen (beretning nr. 10/99).

- Om H:S udvikler systemer, der i højere grad muliggør en sammenkædning af økonomiske ressourcer og aktiviteter, og dermed giver ledelsen et bedre grundlag for prioritering og opfølgning i forhold til aktivitetsmål og produktivitet for de 4 overordnede opgaver; patientbehandling, forskning, uddannelse og forebyggelse (beretning nr. 10/99).

2. Rigsrevisionens opfølgning er baseret på møder og gennemgang af materiale udarbejdet af H:S og Sundhedsstyrelsen. Rigsrevisionen har endvidere brevvekslet med H:S og sendt revisionsnotater til H:S og Sundhedsstyrelsen. Notatudkastet har været forelagt H:S og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der har indhentet udtalelse i Sundhedsstyrelsen. Ministeriets, H:S' og styrelsens bemærkninger er i videst muligt omfang indarbejdet i notatet.

II. Sundhedsstyrelsens offentliggørelse af personale- og økonomistatistik

3. I mit notat af 8. august 2000 om beretning nr. 4/99, jf. Endelig betænkning over statsregnskabet for finansåret 1999, s. 261, fremgik det, at ministeriet og styrelsen ville etablere et løn- og beskæftigelsesregister. Ministeren forventede, at dette register ville blive etableret i løbet af 2000 og ville indeholde data fra 1. januar 1999. Registeret havde til formål at forbedre personale- og økonomistatistikken, så den kunne offentliggøres hurtigere, end det tidligere var tilfældet. Ministeren forventede, at ministeriet efter en indkøringsperiode ville kunne offentliggøre årsopgørelsen vedrørende sygehuspersonale få måneder efter årets udgang.

4. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at Sundhedsstyrelsen i 2003 har etableret en personale- og økonomistatistik baseret på et nyt løn- og beskæftigelsesregister, der bygger på lønindberetninger fra amternes og kommunernes leverandører af personale- og økonomistatistik. Styrelsen offentliggjorde i juni 2003 endelige tal for beskæftigelsen for 2000-2002. Styrelsen vurderer, at statistikkerne er relativt valide, da amterne og kommunerne anvender dataene til lønstatistik samt overenskomstforhandlinger. Styrelsen har oplyst, at de planlægger, at produktionstiden for statistiske oplysninger fremover højst må udgøre 12 måneder og 6 måneder afhængig af, om oplysningerne er baseret på endelige eller foreløbige tal. Styrelsen anser denne produktionstid for acceptabel for et landsdækkende register af det pågældende omfang.

Rigsrevisionen kan dermed konstatere, at styrelsen har været 3 år om at forbedre personale- og økonomistatistikken, så den først blev offentliggjort i 2003. Styrelsen har efterfølgende erkendt, at forbedringen af personale- og økonomistatistikkerne med etablering af et løn- og beskæftigelsesregister har taget længere tid end forventet, og at dette ikke er fuldt tilfredsstillende. Årsagen til det lange forløb har ifølge styrelsen hovedsagligt været, at det viste sig overordentligt vanskeligt at indhente data fra dataleverandøren. Hertil kommer, at afklaringen af de personalemæssige forhold i styrelsen tog længere tid end forventet.

5. Rigsrevisionen har endvidere konstateret, at opgørelsesmetoden for løn og personale er ændret efter etableringen af det nye register, og at nye data ikke længere kan sammenlignes med data for perioden 1997-1999. Styrelsen har oplyst, at data fra tidligere år ikke fuldt ud kan sammenlignes med data fra løn- og beskæftigelsesregistret, fordi data nu modtages på individuelt niveau frem for på aggregeret niveau, som det tidligere var tilfældet. Styrelsen har ikke planer om at skabe bro mellem tidligere og nye datasæt og har valgt ikke at offentliggøre tal fra tidligere år, da de kan føre til vildledende konklusioner og fejlfortolkninger blandt brugerne. Styrelsen tilføjer, at datafangsten nu er mere præcis, og at databrud er et almindeligt forekommende fænomen ved videreudvikling af statistik. Styrelsen prioriterer i den sammenhæng det forbedrede datagrundlag højt.

6. Jeg har noteret mig, at Sundhedsstyrelsen har været 3 år om at forbedre personale- og økonomistatistikken, så den først blev offentliggjort i 2003, dvs. væsentlig senere end ministeren forventede. Jeg finder det tilfredsstillende, at personale- og økonomistatistikken nu forventes at blive offentliggjort inden for 12 måneder, og dermed hurtigere end det tidligere var tilfældet. Jeg anser sagen om styrelsens personale- og økonomistatistik for afsluttet.

III. Kvaliteten i sygehusenes indberetninger til Landspatientregistret

7. I mit notat af 8. august 2000 gav jeg udtryk for, at kvaliteten af indberetningerne til Landspatientregistret efter min opfattelse ikke gjorde det muligt entydigt at vurdere og drage sikre konklusioner om aktivitetsudviklingen i H:S fra 1995-1998. Det er

Sundhedsstyrelsen, der er ansvarlig for driften af registret, som navnlig anvendes til sundhedsovervågning, sundhedsplanlægning, kvalitetsudvikling og administration.

8. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at registreringspraksis i de seneste år på flere områder er ændret betydeligt, idet registret nu også danner grundlag for udbetaling af stats-tilskud under meraktivitetsordningen, der har til formål at sænke ventetiderne i sygehussektoren. Sundhedsstyrelsen gennemfører maskinelle kontroller af data og kontrollerer oplysningerne ved en gennemgang af hospitalernes månedlige aktivitetsrapporter. Styrelsen har i øvrigt oplyst, at en undersøgelse af registrets data viser, at de administrative data er valide, mens de kliniske data er valide i mindst 73 % af tilfældene. Endvidere, at Danmark ikke adskiller sig med hensyn til validiteten af data fra de øvrige nordiske landes landspatientregistre. Styrelsen har i efteråret 2003 nedsat en referencegruppe med repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, H:S, Amtsrådsforeningen og enkelte amter til kvalitetssikring af data i Landspatientregistret. Formålet med gruppen er primært at sikre en tæt sammenhæng mellem centrale og lokale tiltag, herunder navnlig at dokumentere og forbedre data-kvaliteten i Landspatientregistret. Styrelsen forventer, at gruppen i efteråret 2004 vil have indblik i den nuværende kvalitet og overblik over centrale og lokale tiltag til forbedring af datakvaliteten i registret samt have forslag til forbedring heraf. Styrelsen finder i øvrigt, at det påhviler sygehusejerne at sikre, at indberetningerne til Landspatientregistret afspejler patientjournalerne, og at sygehusejerne derfor i første omgang har ansvaret for den revisionsmæssige forpligtigelse i forhold til patientregistrering.

9. Rigsrevisionen har konstateret, at H:S i 2002 har gennemført opfølgning på fejlregistreringer og er ved at udarbejde en registreringshåndbog, som vil foreligge i foråret 2004. H:S vil endvidere årligt tilvejebringe en evaluering af kvaliteten af registreringerne.

10. Jeg kan konstatere, at der er sket forbedringer på området siden 2000, idet H:S og Sundhedsstyrelsen har øget fokus på patientoplysninger, der registreres i Landspatientregistret. Styrelsen har desuden nedsat en referencegruppe, der skal bidrage til at kvalitetssikre data heri.

Jeg finder Sundhedsstyrelsens initiativer på området tilfredsstillende og anser derfor dette punkt for afsluttet.

IV. Produktivetsanalyser på sygehusområdet

11. Sundhedsstyrelsen udvikler og indsamler data til DRG-systemet, der bl.a. anvendes til produktivetsanalyser og fastsættelse af takster for behandlinger. Systemet bygger på aktivitetsregistreringer i Landspatientregistret og særlige omkostningsdata fra H:S og amterne.

Jeg konkluderede i mit notat af 8. august 2000, at det ikke var muligt at vurdere H:S' produktivitet på baggrund af DRG-systemet, og at der fortsat udestod et udviklingsarbejde med henblik på at kunne opgøre sygehusproduktionen mere nuanceret i hele sygehussektoren. Rigsrevisionen har derfor både undersøgt Sundhedsstyrelsens arbejde hermed siden 2000, og om H:S eller Sundhedsstyrelsen har udarbejdet analyser af H:S' produktivitet ved brug af DRG-systemet.

Sundhedsstyrelsens forbedringer af produktivetsanalyserne

12. Rigsrevisionen har konstateret, at Sundhedsstyrelsen har forbedret kvaliteten af produktivetsanalyserne på sygehusniveau for heldøgnsindlagte patienter gennem forbedringer af de registreringer, som DRG-systemet bygger på.

Rigsrevisionens undersøgelse har endvidere vist, at det i et vist omfang også er muligt at gennemføre produktivitetssammenligninger over tid for den ambulante aktivitet.

Rigsrevisionen har dog konstateret, at der først om nogle år vil foreligge tilstrækkeligt ensartede registreringer på tværs af afdelinger, som vil kunne anvendes til produktivetsanalyser på afdelingsniveau.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen har oplyst, at de er enige i, at produktivetsanalyserne endnu ikke har en sådan kvalitet, at de kan stå alene, men finder, at de kan anvendes til at indikere, hvor der er behov for dyberegående analyser.

Da psykiatrien vanskeligt lader sig måle ved DRG-systemet, er udviklingen i produktivitet på dette område vanskelig at opgøre entydigt.

13. Sundhedsstyrelsen har efterfølgende henvist til, at der i økonomaftalen for 2004 mellem regeringen og amterne er enighed om, at DRG-systemet skal videreudvikles med henblik på at tilvejebringe et mere præcist styringsredskab for amterne på sygehusområdet. Styrelsen oplyser, at den søger at efterkomme dette krav gennem en udbygning af beskrivelsen af omkostningerne ved de enkelte behandlinger på sygehuse i den omkostningsdatabase, som styrelsen har etableret.

Oplysningerne tager sigte på at kunne anvendes i forbindelse med opbygningen af takststyring og nye finansieringsmodeller på sygehusområdet. De indeholder bl.a. en kobling af sygehusenes stationære og ambulante aktivitet med løn- og beskæftigelsesoplysninger og økonomi på et detaljeret niveau.

Styrelsen oplyser videre, at oplysningerne giver mulighed for en direkte belysning af sammenhængen mellem sygehusenes produktion og de anvendte ressourcer. Dermed forventes det, at oplysningerne på sigt vil give mere pålidelige produktivetsberegninger på amts-, sygehus- og afdelingsniveau, end det er muligt på nuværende tidspunkt.

14. Rigsrevisionen her endelig konstateret, at Sundhedsstyrelsen ved brug af DRG-systemet har udarbejdet en produktivetsanalyse af H:S' hospitaler i 2001, hvori resultaterne for H:S og landsgennemsnittet sammenlignes. Analysen blev offentliggjort i april 2003 og viste, at produktiviteten på 4 af de 5 somatiske hospitaler i H:S ligger på niveau med landsgennemsnittet, men at Righospitalet umiddelbart var dyrere end landsgennemsnittet. Det skyldes ifølge Sundhedsstyrelsen og H:S, at DRG-systemet ikke er velegnet til at belyse særlige forhold på universitetshospitaler og højt specialiserede sygehuse, der har lands- og landsdelsfunktioner. Dette problem er i visse sammenlignelige lande søgt løst ved at tilføje korrektioner til DRG-systemet. Sundhedsstyrelsen har iværksat et tilsvarende initiativ, som forventes afsluttet i begyndelsen af 2004.

H:S' arbejde med produktivetsanalyser

15. Rigsrevisionen har undersøgt, om H:S har udarbejdet produktivetsanalyser ud fra DRG-systemet eller på anden måde. Undersøgelsen viste, at H:S ikke har udarbejdet produktivetsanalyser ved brug af DRG-systemet, men har forsøgt at analysere produktiviteten gennem benchmarking-undersøgelser og speciale gennemgange.

16. H:S har oplyst, at den er enig med Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen i, at produktivitsanalyser baseret på DRG-systemet endnu ikke har en sådan kvalitet, at de kan stå alene, men at de kan anvendes til at indikere, hvor der er behov for at foretage dyberegående analyser, jf. pkt. 12.

17. H:S har yderligere oplyst, at arbejdet med produktivitsanalyser i H:S i en periode har måttet nedprioriteres til fordel for registreringer til brug for meraktivitetsordningen. H:S vil imidlertid vedrørende det udestående arbejde på produktivitsområdet sætte fokus på en løbende ajourføring af datagrundlaget og en løsning på de validitetsproblemer, som kunne konstateres i tidligere faser. H:S forventer at kunne foretage benchmarking/produktivitsanalyser ved sammenligning med afdelinger uden for H:S.

18. Jeg kan konstatere, at Sundhedsstyrelsen har arbejdet på at forbedre mulighederne for at gennemføre produktivitsanalyser på sygehusområdet ved brug af DRG-systemet. Jeg kan endvidere konstatere, at Sundhedsstyrelsen fortsætter sine bestræbelser på at øge produktivitsanalysernes detaljeringsgrad på sygehusområdet. Jeg har noteret mig, at H:S forventer at kunne foretage benchmarking/produktivitsanalyser ved sammenligning med afdelinger uden for H:S. Det finder jeg er tilfredsstillende.

Jeg anser derfor dette punkt for afsluttet.

V. H:S' prioritering af kvalitetsudviklingen

19. I mit notat af 23. oktober 2000 omtalte jeg, at H:S havde igangsat en akkrediteringsproces af den samlede organisation, hvor organisationens kvalitetsniveau måles og vurderes af eksperter ud fra internationale standarder og indikatorer.

20. H:S gennemgik i perioden 1999-2002 en akkrediteringsproces til forbedring af styringen af kvaliteten i opgavevaretagelsen. Et amerikansk firma akkrediterede H:S primo 2002 for en 3-årig periode efter et 6 uger langt akkrediteringsbesøg. H:S implementerede 355 internationale standarder med tilhørende kriterier for god kvalitet inden for områder som medicingivning, sikkerhed for patienter, uddannelse af personale mv., og firmaet vurderede gennem besøg på afdelinger, interviews, stikprøver

mv., at H:S opfyldte 90 % af de internationale standarder. Firmaet akkrediterede på den baggrund H:S.

21. H:S har oplyst, at da akkrediteringen ikke indeholder en prøvelse af den sygdomsspecifikke kvalitet, har H:S etableret en enhed for klinisk kvalitet i oktober 2000. Enheden er en tværgående enhed, der har til opgave at udarbejde indikatorer for den sygdomsspecifikke kvalitet i en række specialer i tæt samarbejde med de sundhedsfaglige råd – samt at monitorere kvalitetsniveauet på disse områder løbende. Flere afdelinger i H:S modtager nu løbende rapporter fra enheden om deres faglige kvalitetsniveau sammenlignet med lignende afdelinger.

22. Derudover har H:S været i gang med at etablere et kvalitetsstyringssystem for ledelsen. H:S udarbejdede i november 2001 en kvalitetspolitik, der definerer grundlag og rammer for kvalitetsarbejdet, og som skal sikre, at kvalitetsmål defineres og opfyldes overalt i H:S. H:S har beskrevet de data, der skal indsamles og analyseres på de enkelte ledelsesniveauer og på tværs af organisationen. Kvalitetspolitikken fastlægger, hvem der har ansvaret for vurdering, opfølgning og udvikling af kvalitetstiltag.

H:S har desuden etableret en kvalitetsorganisation, der bl.a. består af et overordnet kvalitetsråd, 35 sundhedsfaglige råd og 7 tværgående komitéer og enheder. Endelig har hvert hospital en kvalitetsorganisation, der er opbygget med et lokalt kvalitetsråd samt kvalitetsudvalg og arbejdsgrupper på center-, afdelings- eller klinikniveau. Kvalitetsrådene rapporterer til hospitalsdirektionen og øvrige ledelsesniveauer om mål-opfyldelsen og kvaliteten af hospitalets ydelser.

23. H:S har oplyst, at de i september 2001 etablerede en enhed for patientsikkerhed som et 3-årigt udviklingsprojekt. Enheden samarbejder med hospitalerne om patientsikkerhed, indberetning og analyse af utilsigtede hændelser og generelt om metode-spørgsmål og kulturændring.

Fra 1. januar 2004 træder en ny lov om patientsikkerhed i kraft. Lovændringen indebærer, at sundhedspersoner i hele landet har pligt til at rapportere om utilsigtede hændelser, de enten selv involveres i eller observerer hos andre. Indrapporteringen

foretages anonymiseret til Sundhedsstyrelsen, dvs. uden oplysninger om involverede sundhedspersoner eller patienter.

24. Jeg finder, at H:S' kvalitetssikring er blevet mere systematisk med en kvalitetspolitik samt et kvalitetsstyringssystem, der sikrer ansvarsplacering og afrapportering til de forskellige niveauer. Akkrediteringssystemet og enheden til måling af den sygdomsspecifikke kvalitet viser, at H:S har ønsket at sikre sig gode indikatorer for kvaliteten af processer og ydelser. Jeg finder det tilfredsstillende, at H:S har opprioriteret styringen af kvalitetsudviklingen, og anser sagen for afsluttet.

VI. H:S' grundlag for prioritering af de overordnede opgaver

25. I mit notat af 23. oktober 2000 anførte jeg, at jeg ville følge, om H:S udvikler systemer, der i højere grad muliggør en sammenkædning af økonomiske ressourcer og aktiviteter, og dermed giver ledelsen et bedre grundlag for prioritering og opfølgning i forhold til aktivitetsmål og produktivitet for de overordnede opgaver i H:S; patientbehandling, forskning, uddannelse og forebyggelse.

26. Rigsrevisionen har undersøgt, om H:S har taget initiativer til at sikre en bedre sammenhæng mellem økonomi og aktivitet, bl.a. gennem incitamenter til øget produktivitet, og om H:S har fastlagt mål for alle dele af sine aktiviteter.

H:S har i oktober 2003 oplyst, at de har arbejdet videre på en styringsmodel, som omfatter indførelse af resultatkontrakter mellem H:S og hospitalernes direktioner, nettobevilling ved alle hospitaler og overførselsadgang ved mindreudgifter på indtil 1,5 % af nettodriftsudgifterne. Modellen omfatter desuden en såkaldt 90/10-ordning med DRG-baserede og aktivitetsbetingede bevillinger, dvs. begrænsede mer- eller mindrebevillinger afhængig af det realiserede aktivitetsomfang.

27. Modellen for styringen i 2004 skal danne ramme for sammenhængen mellem mål og økonomi under hensyntagen til H:S' 4 hovedopgaver. H:S har konkretiseret nogle overordnede aktivitets- og kvalitetsmål for de 4 hovedopgaver. Modellen medfører, at der skal udarbejdes resultatkrav for H:S og resultatkontrakter mellem H:S og de enkelte hospitaler. H:S har fortsat arbejdet med resultatkontraktmodellen siden 2001.

H:S har i oktober 2003 oplyst, at resultatkrav for 2004 vedrørende økonomi og aktivitet vil tage højde for de krav om årlige produktivetsforbedringer på 1,5 %, som er indeholdt i aftaler med regeringen om de årlige bloktilskud.

Med henblik på at skabe øget sammenhæng mellem aktivitet og økonomi har H:S fra 2000 indført en intern bevillingsregel, der indebærer, at hospitalerne ved en aktivitet ud over resultatkontraktens niveau opnår en merbevilling. Satsen udgjorde oprindeligt 10 % af værdien af merproduktionen. I 2003 udgjorde den 15 %, og i 2004 udgør den 20 % af merproduktionen. Bevillingerne reduceres tilsvarende ved en mindreproduktion.

28. Rigsrevisionens gennemgang af H:S' udkast til resultatkontrakter for de enkelte hospitaler for 2004 har vist, at der er opstillet mål for forskellige indsatsområder inden for H:S' hovedområder, hvilket er tilfredsstillende. Målene er generelt gode, men kan gøres mere dækkende for det enkelte hovedområde. Rigsrevisionen har endvidere konstateret, at den forventede målopfyldelsesgrad endnu ikke er fastsat for alle styringsrelevante områder i 2004. H:S har hertil oplyst, at de er enige i, at der specielt vedrørende uddannelse, forskning og forebyggelse udestår et udviklingsarbejde vedrørende de fastsatte mål mv. H:S har endvidere oplyst, at dette emne aktuelt drøftes med hospitalsdirektionerne med henblik på justering.

Opfølgning på målene for hospitalerne sker 4 gange årligt til H:S' bestyrelse. H:S' seneste ajourføring af styringsmodellen sammenkæder økonomiske ressourcer og aktiviteter til brug for ledelsens prioriteringer og opfølgning på de overordnede opgaver.

29. Jeg finder det tilfredsstillende, at H:S har indført en styringsmodel, der danner ramme for sammenkædning af H:S' økonomiske ressourcer og aktiviteter, hvorefter ledelsen får et bedre grundlag for prioritering og opfølgning i forhold til aktivitetsmål og produktivitet for de overordnede opgaver i H:S; patientbehandling, forskning, uddannelse og forebyggelse. Jeg finder det samtidig tilfredsstillende, at H:S har taget initiativ til en justering af målfastsættelsen. Jeg anser derfor dette punkt for afsluttet.

VII. Afslutning

30. Det er min generelle vurdering, at både Sundhedsstyrelsen og H:S har iværksat en række initiativer til at imødegå den kritik, der blev fremsat i beretningerne.

Jeg har noteret mig,

- at Sundhedsstyrelsen nu vil offentliggøre personale- og økonomistatistik hurtigere, end det tidligere var tilfældet,
- at kvaliteten i indberetningerne til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister er forbedret,
- at mulighederne for at gennemføre produktivitsanalyser ved brug af DRG-metoden er forbedret,
- at H:S har givet høj prioritet til kvalitetsudvikling i sygehusbehandlingen,
- at H:S har videreudviklet en styringsmodel, der sammenkæder økonomiske ressourcer og aktiviteter til brug for ledelsens prioriteringer og opfølgning på de overordnede opgaver.

Jeg finder initiativerne tilfredsstillende.

31. Jeg betragter hermed beretningssagerne om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998 (beretning nr. 4/99) og H:S' styring (beretning nr. 10/99) for afsluttet.

Henrik Otbo