

**Beretning til statsrevisorerne
om**

**H:S' økonomi og aktiviteter
1995-1998**

**Februar 2000
RB B201/00**



Rigsrevisionen

Indholdsfortegnelse

Side

I.	Resumé	5
II.	Indledning, formål, afgrænsning og metode	12
	A. Indledning	12
	B. Formål og metode	16
	C. Afgrænsning.....	18
III.	Etableringen af Hovedstadens Sygehusfællesskab – H:S-loven	18
	A. H:S’ formål	18
	B. H:S’ opgaver og organisering	22
	C. Ledelse og tilsyn	24
	D. Finansiering af H:S	25
	E. Økonomisk forvaltning og revision	27
IV.	H:S’ udgifter, indtægter, bidragsbetaling mv., regnskabets oplysninger om aktiviteter og regnskabets informationsværdi.....	28
	A. H:S’ økonomi.....	28
	a. Udgifter	28
	b. Økonomisk resultat	30
	c. Bidragsbetaling mv.	32
	B. H:S’ regnskabsmæssige oplysninger om aktiviteter og årsværk ...	33
V.	Gennemførelsen af Sygehusplan 2000	39
	A. Fysisk omstrukturering af H:S som følge af Sygehusplan 2000...	40
	a. De planlagte omstruktureringer i Sygehusplan 2000.....	40
	b. Status for omstruktureringerne.....	42
	B. Forudsætninger om sengekapacitet, liggetid og målopfyldelse	44
	a. Sengekapacitet.....	44
	b. Udviklingen i de gennemsnitlige liggetider	46
	c. Udviklingen i H:S’ sengekapacitet og gennemsnitlig liggetid sammenlignet med resten af landet	47
	C. Sygehusplan 2000’s økonomiske forudsætninger og den faktiske udvikling.....	48
	a. Udviklingen i H:S’ udgifter sammenholdt med Sygehusplan 2000	48
	b. De planlagte driftsbesparelser som følge af gennemførelsen af Sygehusplan 2000	51
	c. Ombygningsudgifter som følge af gennemførelsen af Sygehusplan 2000	57

D. Kvalitetsudvikling.....	59
a. Sygehusplan 2000	60
b. Status for Sygehusplan 2000's initiativer.....	62
c. Ventetider	63
d. Andre kvalitetselementer.....	66
VI. Aktivitetsregistreringer, aktivitetsudvikling og produktivits-	
analyser	67
A. Aktiviteter	67
a. Mindstekrav til aktivitetsregistreringer	67
b. H:S' aktivitetsoplysninger	70
c. Rigsrevisionens analyse af H:S' aktiviteter	71
B. Produktivitsanalyser og udvikling i H:S' produktivitet	79
a. Produktivitsmålinger	79
b. Undersøgelse af muligheder for at foretage produktivits-	
analyser på afdelingsniveau.....	82
c. DRG-produktivitsanalyse	85
d. Analyse af sygehusforbruget i H:S.....	93
Bilag	
1. Amtsrådsforeningens pris- og løntal.....	96
2. Fordelingen af de lægelige specialer på H:S' 5 akutte hospitaler pr.	
1. januar 1999	97

Beretning om H:S' økonomi og aktiviteter 1995-1998

I. Resumé

1. Denne beretning afgives til statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997. Beretningen omfatter forhold inden for Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S), som er oprettet ved Lov nr. 1132 af 21. december 1994 om Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S-loven). H:S blev etableret med virkning fra 1. januar 1995.

2. I juni 1994 indgik regeringen og Københavns og Frederiksberg kommuner aftaler om den kommunale økonomi for 1995. Aftalerne indeholdt en række elementer til genopretning af Københavns og Frederiksberg kommuners økonomi, herunder udlægning af sygehusdriften til en særlig forvaltningsenhed, Hovedstadens Sygehusfællesskab.

H:S omfattede ved etableringen 7 hospitaler: Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Sundby Hospital, Kommunehospitalet og Sct. Hans Hospital (tidligere Københavns Kommune), Frederiksberg Hospital (tidligere Frederiksberg Kommune) og Rigshospitalet (tidligere staten), som de deltagende parter vederlagsfrit indskød i fællesskabet med tilknyttede institutioner.

I aftalen indgik også, at de 2 hovedstadskommuner skulle betale den løbende drift i forhold til deres forbrug, suppleret med dels et statstilskud på ca. 800 mio. kr. som følge af fællesskabets overtagelse af de statslige forpligtelser i forbindelse med Rigshospitalet, dels et statstilskud til de 2 hovedstadskommuner på 1 mia. kr. begrundet i hovedstadsområdet særlige demografiske og sociale forhold. Sidstnævnte tilskud skulle nedtrappes med 100 mio. kr. årligt fra 1997 til og med år 2005.

Det blev lagt til grund, at H:S som et fælles sygehusvæsen kunne sikre, at et flerårigt effektiviseringsprogram ville blive ført ud i livet. Sammen med en forventet vækst i det kommunale udskrivningsgrundlag for de kommende år ville det betyde, at kvaliteten i hovedstadens sygehusvæsen kunne fastholdes trods nedtrapningen af det statslige tilskud.

3. Ifølge H:S-lovens § 13 skulle H:S Bestyrelsen udarbejde en plan for tilrettelæggelsen af sygehusfællesskabets virksomhed. H:S Bestyrelsen godkendte i december 1995 ”Sygehusplan H:S 2000” (herefter Sygehusplan 2000), som er en omstruktureringsplan for H:S for perioden 1996-1999.

4. Rigsrevisionen har som led i en gennemgang af større statslige tilskudsområder udvalgt H:S til nærmere undersøgelse. Det statslige tilskud til H:S har i den undersøgte periode udgjort 1,6-1,8 mia. kr. årligt. H:S administrerer ca. 1/5 af Danmarks samlede udgifter til hospitalsdrift.

Rigsrevisionens undersøgelse er sket med hjemmel i rigsrevisorlovens § 4, stk. 1, 2), jf. § 6. Rigsrevisionens hjemmel er tillige anført i H:S-lovens § 6, stk. 3, hvoraf det fremgår, at rigsrevisor af egen drift eller på anmodning af statsrevisorerne kan foranstalte undersøgelser i henhold til rigsrevisorloven af sygehusfællesskabets regnskaber samt udvalgte regnskabsområder herunder.

H:S’ årsregnskab udarbejdes af direktionen og forelægges bestyrelsen til godkendelse. Regnskabet revideres af et privat revisionsfirma, som bestyrelsen har udpeget, jf. § 42 i lov om kommunernes styrelse.

Legalitetstilsynet med H:S varetages af indenrigsministeren og udføres på samme måde som tilsynet med kommunerne efter lov om kommunernes styrelse.

5. Undersøgelsen har som overordnet formål at belyse, hvorvidt H:S gennem sin opgavevaretagelse og planlægning har formået at opfylde de forudsætninger, som H:S-loven byggede på, herunder i hvilket omfang H:S har gennemført Sygehusplan 2000 og bidraget til en bedre resourceudnyttelse.

Rigsrevisionen vil i en selvstændig undersøgelse – som er gennemført sideløbende med denne – belyse og vurdere økonomistyringen i H:S. Denne vil blive afrapporteret i en efterfølgende beretning til statsrevisorerne.

6. Det fremgår af Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 113 af 19. februar 1998 om kommunernes budget- og regnskabsvæsen, revision mv., som er fastsat med hjemmel i den kommunale styrelseslov §§ 46 og 54, at det er et krav, at H:S’ regnskab følger reglerne i Indenrigsministeri-

ets "Budget- og regnskabssystem for kommuner og amtskommuner".

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at fremstillingen i H:S' regnskab overholder Indenrigsministeriets mindstekrav. Rigsrevisionen finder dog, at H:S på flere punkter kunne ændre fremstillingen for at sikre et mere informativt regnskab. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at regnskaberne specielt for 1995, 1996 og 1997 er svært tilgængelige, idet det er vanskeligt at følge overførsler mellem finansår, forbrug af opsparede midler mv., herunder fordelingen mellem drifts- og anlægsmidler. Rigsrevisionen har bemærket, at regnskabet for 1998 er forbedret på en række af disse områder.

Det er dog Rigsrevisionens opfattelse, at der med fordel kan foretages en yderligere bearbejdning af regnskabet, så det fremtræder i en mere tilgængelig form. Supplerende oversigter til regnskabet kunne være med til at afhjælpe dette.

7. Rigsrevisionen har i analysen undersøgt, om udmøntningen af H:S' plan for omstrukturering, ændret arbejdsfordeling mellem sygehusene i fællesskabet og organiseringen af de enkelte sygehuse, jf. Sygehusplan 2000, synes at være realiseret.

Rigsrevisionen har konstateret, at H:S på stort set alle punkter har gennemført Sygehusplan 2000's mange og omfattende ændringer i strukturer og opgavefordeling. Der er dog 2 væsentlige undtagelser, idet afvikling af Kommnehospitalet blev forsinket, samt at akutklinikker ikke er etableret på alle hospitaler.

8. Rigsrevisionen har endvidere undersøgt udviklingen i H:S' kapacitet og kapacitetsudnyttelse, herunder om H:S har levet op til målsætningerne om kapacitetsreduktioner og bedre kapacitetsudnyttelse.

Rigsrevisionens undersøgelse har på dette punkt vist, at H:S frem til 1998 har foretaget en reduktion i sengekapa-citeten, som er større end det forventede. Rigsrevisionens undersøgelse har endvidere vist, at H:S har foretaget en større reduktion af den gennemsnitlige liggetid end forudsat i Sygehusplan 2000. Endelig har undersøgelsen vist, at H:S frem til 1997 både har haft en større reduktion i sen-

gekapaciteten og i den gennemsnitlige liggetid end resten af landet.

9. Rigsrevisionen har vurderet, i hvilket omfang de besparelser og effektiviseringer, som Sygehusplan 2000 lagde op til, er gennemført.

Undersøgelsen viste, at Sygehusplan 2000 har givet anledning til betydelige besparelser som følge af kapacitetsreduktioner. Der var dog en vis usikkerhed knyttet til H:S' opgørelse af både omfanget og årsagen til de gennemførte besparelser. Dette skyldes, at H:S ikke har udarbejdet en samlet opgørelse af realiserede besparelser. En endelig opgørelse af omfanget af de gennemførte besparelser har det således ikke været muligt at foretage.

Under hensyn til, at et af hovedformålene ved etableringen af H:S var at opnå effektiviseringer, er det Rigsrevisionens opfattelse, at regnskabsaflæggelsen vedrørende Sygehusplan 2000 burde have været tilrettelagt, så man efterfølgende kunne have afprøvet, i hvilket omfang Sygehusplan 2000's økonomiske forudsætninger var opfyldt. Rigsrevisionen har imidlertid noteret sig H:S' oplysning om, at H:S Direktionen løbende har informeret H:S Bestyrelsen om, at der på konkrete områder var problemer med fuldt ud at realisere Sygehusplan 2000's besparelser, da planen har haft så gennemgribende effekt overalt i H:S, ligesom H:S Bestyrelsen har været fuldt informeret om, at det ikke har været muligt at isolere virkningen af Sygehusplan 2000 fra andre udgiftsændringer på hospitalerne.

Rigsrevisionen skal anbefale, at den økonomiske styring fremover tilrettelægges med mere fokus på aktivitetsstyring, så det er muligt at efterprøve økonomiske beslutninger af større betydning.

10. Det fremgår både af H:S-loven og Sygehusplan 2000, at det overordnede formål med etableringen af H:S var at sikre borgerne adgang til undersøgelse, behandling og pleje af høj kvalitet. Det fremgår tillige af Sygehusplan 2000, at en systematisk anvendelse af kvalitetsudvikling var en væsentlig forudsætning for, at opgaverne kunne løses med høj kvalitet.

H:S opstillede i Sygehusplan 2000 forskellige initiativer til at opnå en højere kvalitet, herunder 10 generelle servicemål, som H:S Bestyrelsen vedtog i forbindelse med

dannelsen af H:S. Endvidere skulle der være en garanti om højst 3 måneders ventetid på operation. Rigsrevisionen har noteret sig, at det fremgik af H:S' status for Sygehusplan 2000 fra 1999, at ventetidsmålet er opfyldt fra 1. januar 1998.

11. Rigsrevisionen finder det positivt, at H:S' ventetider i 1995, 1996 og 1997 har ligget lavere end ventetiderne i Danmark som helhed. Rigsrevisionen finder det tilsvarende tilfredsstillende, at udviklingen i ventetider for 12 udvalgte operationer har udviklet sig positivt fra 1995 til 1998, og at H:S nærmer sig ventetidsmålet for disse operationer. De 10 servicemål og opfølgningen herpå vil blive behandlet i en efterfølgende beretning.

12. Sundhedsstyrelsen fastsætter mindstekravene til sygehusenes aktivitetsregistreringer ud fra Sundhedsstyrelsens "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 1999", som definerer de specifikke krav til dataindholdet i sygehusejernes indberetninger til Landspatientregistret. Landspatientregistret er et centralt individbaseret register, hvortil H:S og amterne månedligt indrapporterer oplysninger fra de lokale hospitalsinformationssystemer om behandlingsaktiviteten. Landspatientregistret indeholder oplysninger ved somatiske sygehuse siden 1977. Ifølge Sundhedsministeriets bekendtgørelse af 2. november 1998 om "Forskrifter for Landspatientregistret" er det bl.a. registerets formål at danne grundlag for Sundhedsstyrelsens løbende sygehusstatistik til belysning af sygehusenes aktiviteter, at forsyne de ansvarlige myndigheder med det nødvendige beslutningsgrundlag til sygehusplanlægningen og at bidrage til medicinsk forskning og kvalitetssikring i sygehusvæsenet.

Ifølge Sundhedsstyrelsens mindstekrav skal sygehusene indberette afsluttede behandlingsforløb for patienter i følgende 4 kategorier: heldøgns-, deldøgns-, ambulatorie- og skadestuepatienter.

13. Rigsrevisionen må konstatere, at det på baggrund af udtrækkene fra Landspatientregistret ikke har været muligt entydigt at vurdere og drage sikre konklusioner om aktivitetsudviklingen i H:S fra 1995 til 1998. Denne problemstilling er generel for hele sygehussektoren. Årsagen er

bl.a., at der først foreligger pålidelige tal for den ambulante aktivitet fra 1997. Rigsrevisionen finder dette utilfredsstillende, særlig når omfanget og udviklingen på det ambulante område i perioden tages i betragtning.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det er altafgørende for vurderingen af udviklingen i sundhedsvæsenets aktiviteter og anvendelsen af oplysningerne, at data er dækkende og rigtige. Rigsrevisionen finder, at Sundhedsstyrelsen bør opprioritere arbejdet hermed. Rigsrevisionen skal i øvrigt henvise til, at Landspatientregistrets formål bl.a. er at danne grundlag for Sundhedsstyrelsens løbende sygehusstatistik til belysning af sygehusenes aktiviteter, at forsyne de ansvarlige myndigheder med det nødvendige beslutningsgrundlag til sygehusplanlægningen og at bidrage til medicinsk forskning og kvalitetssikring i sygehusvæsenet.

Rigsrevisionen finder endvidere, at H:S' regnskabsoplysninger med fordel kunne udbygges med oplysninger om antal skadestuebesøg, og at det kunne give regnskabslæseren større information om aktiviteterne.

14. En af forudsætningerne for dannelsen af H:S var at opnå en effektiviseringsgevinst og en bedre udnyttelse af ressourcerne. Rigsrevisionen har noteret sig, at det imidlertid ikke er muligt at måle effekten af sygehusvæsenets ydelser i forhold til udgifterne. Heller ikke et tilnærmet mål som kvalitet og omfang af ydelser i forhold til udgifter er det muligt at måle. Tilbage står herefter muligheden for at vurdere ydelserne i forhold til udgifterne, dvs. analyse af produktivitet.

15. Rigsrevisionen har givet en beskrivelse af de gængse produktivitetsanalysemetoder, der har været anvendt i sygehussektoren, ikke alene i Danmark, men også internationalt set. En analysemetode er at måle produktiviteten i sygehussektoren ved at sammenholde udviklingen i sygehusudgifterne med udviklingen i aktiviteterne, primært for heldøgnsudskrivinger, som fx udvikling i udgifter pr. sengedag og udgifter pr. udskriving.

Det har dog i en årrække været erkendt, at dette produktivetsmål ikke i tilstrækkelig grad kan tilgodese økonomiske styringsbehov, idet det ikke udtrykker noget om patienttyngden og dermed om det økonomiske ressourceforbrug, der er medgået til at afslutte behandlingsforløbet.

Dette fører til introduktion af andre metoder, bl.a. case-mix-systemer. Det mest udbredte system, hvor ressourcenindsatsen bag aktiviteten mv. indgår, er DRG-systemet (Diagnose Related Groups). DRG-systemet blev udviklet i USA i slutningen af 1960'erne, og systemet har i Danmark været under udarbejdelse siden begyndelsen af 1990'erne.

DRG-systemet grupperer heldøgnsudskrivelser i 495 DRG-grupper på baggrund af diagnose, operationer, alder, køn og udskrivningsstatus.

16. Rigsrevisionen har bedt Sundhedsministeriet beregne H:S' DRG-placering for årene 1995-1998 i forhold til landstotalen. Sundhedsministeriet fandt imidlertid, at der var en del metodeproblemer i den valgte periode, så analysen ikke ville være retvisende. Sundhedsministeriet tilbød derfor alternativt at beregne H:S-hospitalernes placering i forhold til H:S-totalen, men da disse oplysninger kun vil give informationer om H:S-hospitalernes relative placering i perioden, er de fravalgt.

På baggrund af gennemgangen må Rigsrevisionen konkludere, at det ikke har været muligt at vurdere H:S' produktivitet på baggrund af en DRG-analyse. Der udestår fortsat et udviklingsarbejde med henblik på at kunne opgøre sygehusproduktion mere nuanceret.

Ønsket om at få et samlet produktivitetsmål og samtidig en korrektion for forskelle i patienttyngde har derfor hidtil ikke været muligt, hverken i H:S eller i amterne.

17. Rigsrevisionen skal pege på, at det er en forudsætning for at kunne udarbejde produktivitätsanalyser, at de økonomiske transaktioner og aktiviteter registreres i samme steddimension, dvs. at der kan dannes bro mellem aktivitetsregistreringer i Landspatientregistret og udgifter på afdelings-/afsnitsniveau. Dertil kommer, at forbruget af interne ydelser skal være registreret, så omkostningsfordelingen i rimeligt omfang afspejler trækket på ydelserne.

Rigsrevisionen har måttet konstatere, at der ikke er symmetri mellem specifikationsgraden i aktivitets- og økonomiregistreringerne.

Rigsrevisionen har gennem sin undersøgelse konstateret, at registrerings- og metodemæssige problemer vanskeliggør udarbejdelse af sikre produktivitätsanalyser af sygesektoren generelt. Det har betydet, at det ikke har været

muligt at vurdere produktivitetsudviklingen i H:S i perioden.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist:

- at fremstillingen i H:S' regnskab overholder Indenrigsministeriets mindstekrav, og at der er sket en positiv udvikling i regnskabets informationsværdi,
- at H:S på stort set alle punkter har gennemført Sygehusplan 2000's mange og omfattende ændringer i strukturer og opgavefordeling, men at der dog er 2 væsentlige undtagelser, idet afviklingen af Kommunehospitalet blev forsinket, samt at akutklinikker ikke er etableret på alle hospitaler,
- at Sygehusplan 2000 har givet anledning til betydelige besparelser som følge af kapacitetsreduktioner og effektiviseringer,
- at det ikke har været muligt at opgøre de realiserede besparelser som følge af Sygehusplan 2000, hvorfor det ikke er muligt entydigt at vurdere, i hvilket omfang Sygehusplan 2000's økonomiske forudsætninger er opfyldt,
- at det på grund af problemer med registreringer i Landspatientregistret ikke har været muligt entydigt at vurdere og drage sikre konklusioner om aktivitetsudviklingen i H:S fra 1995 til 1998. Denne problemstilling er generel for hele sygehussektoren,
- at der fortsat udestår et udviklingsarbejde med henblik på at kunne opgøre sygehusproduktionen mere nuanceret, og
- at registrerings- og metodemæssige problemer vanskeliggør udarbejdelse af sikre produktivitsanalyser af sygehussektoren generelt. Det har betydet, at det ikke har været muligt at vurdere produktivitetsudviklingen i H:S i perioden.

II. Indledning, formål, afgrænsning og metode

A. Indledning

18. Denne beretning afgives til statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997. Beretningen omfatter forhold inden for Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S), som er oprettet ved Lov nr. 1132 af 21. december 1994 om Hovedsta-

dens Sygehusfællesskab (H:S-loven). H:S blev etableret med virkning fra 1. januar 1995.

19. I juni 1994 indgik regeringen og Københavns og Frederiksberg kommuner aftaler om den kommunale økonomi for 1995. Aftalerne indeholdt en række elementer til genopretning af Københavns og Frederiksberg kommuners økonomi, herunder udlægning af sygehusdriften til en særlig forvaltningsenhed, Hovedstadens Sygehusfællesskab.

H:S omfattede ved etableringen 7 hospitaler: Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Sundby Hospital, Kommunehospitalet og Sct. Hans Hospital (tidligere Københavns Kommune), Frederiksberg Hospital (tidligere Frederiksberg Kommune) og Rigshospitalet (tidligere staten), som de deltagende parter vederlagsfrit indskød i fællesskabet med tilknyttede institutioner.

I aftalen fra juni 1994 indgik bl.a., at de 2 hovedstadskommuner skulle betale den løbende drift i forhold til deres forbrug, suppleret med dels et statstilskud på 800 mio. kr. som følge af fællesskabets overtagelse af de statslige forpligtelser i forbindelse med Rigshospitalet, dels et statstilskud til de 2 hovedstadskommuner på 1 mia. kr. begrundet i hovedstadsområdets særlige demografiske og sociale forhold. Sidstnævnte tilskud skulle nedtrappes med 100 mio. kr. årligt fra 1997 til og med år 2005. Det blev lagt til grund, at H:S som et fælles sygehusvæsen kunne sikre, at et flerårigt effektiviseringsprogram ville blive ført ud i livet. Sammen med en forventet vækst i det kommunale udskrivningsgrundlag for de kommende år ville det betyde, at kvaliteten i hovedstadens sygehusvæsen kunne fastholdes trods nedtrapningen af det statslige tilskud.

20. Det fremgik af bemærkningerne til lovforslaget om H:S, at formålet med etableringen af sygehusfællesskabet overordnet var at sikre borgerne adgang til undersøgelse, behandling og pleje af høj kvalitet på fællesskabets sygehuse. Den fælles planlægning og drift af sygehuse skulle som hovedformål sikre en bedre udnyttelse af den samlede kapacitet, hvorved effektiviteten ville blive øget til fordel for patienterne. Etableringen af sygehusfællesskabet skulle bl.a. muliggøre en samling af specialiserede lands- og landsdelsafdelinger, etablering af elektive funktioner (planlagte undersøgelser/behandlinger), en reduktion i antallet af

døgnbemandede afdelinger, et bredere patientunderlag under specialiserede afdelinger samt en styrkelse af grundlaget for forskning og undervisning.

Det fremgår af H:S-loven, at H:S skal varetage sygehusbehandling mv. af borgerne i Københavns og Frederiksberg kommuner, lands- og landsdelspatienter fra amtskommunerne samt af øvrige borgere, der efter lov om sygehusvæsenets regler om frit sygehusvalg ønsker behandling på sygehuse i sygehusfællesskabet.

H:S skal tillige som universitetssygehusvæsen i tæt samarbejde med det øvrige danske sundhedsvæsen sikre, at det danske sundhedsvæsen på et højt fagligt niveau kan varetage undersøgelse, behandling og pleje af patienter, forsknings- og udviklingsarbejde samt uddannelse af sundhedspersonale, herunder sikre Rigshospitalet som et sundhedsvidenskabeligt udviklingscenter med særlige opgaver inden for patientbehandling, forskning og uddannelse.

Herudover skal sygehusfællesskabet medvirke til at udvikle den sundhedsfremmende og forebyggende indsats samt varetage de opgaver, der i øvrigt efter lovgivningen er henlagt til sygehusvæsenet.

21. Ifølge H:S-lovens § 13 skulle H:S Bestyrelsen udarbejde en plan for tilrettelæggelsen af sygehusfællesskabets virksomhed. H:S Bestyrelsen godkendte i december 1995 "Sygehusplan H:S 2000" (herefter Sygehusplan 2000), som er en omstruktureringsplan for H:S for perioden 1996-1999. Sygehusplan 2000 tog sigte på at øge den faglige indsats og service for alle ydelser, men med særlig vægt på de ydelser, der retter sig mod de mest almindelige lidelser, som udgør langt hovedparten af alle indlæggelser. Planen havde endvidere til formål at forbedre ressourceudnyttelsen i H:S. Sygehusplan 2000 indebar, at den somatiske patientbehandling blev organiseret med udgangspunkt i 5 akutte hospitaler, hver med eget optageområde og med en række grundlæggende funktioner inden for medicin, psykiatri og akut modtagelse mv. De kirurgiske funktioner skulle hermed samles på færre sygehuse end tidligere samtidig med, at de højt specialiserede funktioner – med enkelte undtagelser – skulle samles på Rigshospitalet. De psykiatriske funktioner på Sct. Hans Hospital skulle i princippet videreføres. Kommunehospitalet blev foreslået ned-

lagt, idet de geriatriske funktioner på hospitalet skulle overflyttes til de øvrige hospitaler i H:S.

22. Rigsrevisionen har som led i en gennemgang af større statslige tilskudsområder udvalgt H:S til nærmere undersøgelse. Det statslige tilskud til H:S har i den undersøgte periode udgjort 1,6-1,8 mia. kr. årligt, og H:S administrerer ca. 1/5 af Danmarks samlede udgifter til hospitalsdrift.

Rigsrevisionens undersøgelse er sket med hjemmel i rigsrevisorlovens § 4, stk. 1, 2), jf. § 6. Rigsrevisionens hjemmel er tillige anført i H:S-lovens § 6, stk. 3, hvoraf det fremgår, at rigsrevisor af egen drift eller på anmodning af statsrevisorerne kan foranstalte undersøgelser i henhold til rigsrevisorloven af sygehusfællesskabets regnskaber samt udvalgte regnskabsområder herunder.

H:S' årsregnskab udarbejdes af direktionen og forelægges bestyrelsen til godkendelse. Regnskabet revideres af et privat revisionsfirma, som bestyrelsen har udpeget, jf. § 42 i lov om kommunernes styrelse.

Legalitetstilsynet med H:S varetages af indenrigsministeren og udføres på samme måde som tilsynet med kommunerne efter lov om kommunernes styrelse.

23. Statsrevisorerne har tidligere afgivet beretning nr. 3/96 om Rigshospitalets økonomi, økonomistyring og produktivitet 1991-1996. Formålet med denne beretning var at give en overordnet beskrivelse og vurdering af Rigshospitalets økonomiske forvaltning i perioden 1991-1996. Undersøgelsen var koncentreret om en gennemgang af forudsætningerne bag Rigshospitalets flerårige budgetaftale for 1993-1996 og en afdækning af, om elementerne i budgetaftalen var blevet gennemført samt en gennemgang af udviklingen i Rigshospitalets udgifter og indtægter.

24. Rigsrevisionen vil endvidere i en selvstændig undersøgelse – som er gennemført sideløbende med denne – belyse og vurdere økonomistyringen i H:S, herunder om H:S' resultatstyring, aktivitetsstyring og kapacitetsstyring sikrer, at ressourcerne anvendes, og aktiviteterne tilrettelægges, så H:S' målsætninger opfyldes bedst muligt. Undersøgelsen af økonomistyringen vil blive afrapporteret særskilt til statsrevisorerne.

B. Formål og metode

25. Denne undersøgelse har som overordnet formål at belyse, hvorvidt H:S gennem sin opgavevaretagelse og planlægning har formået at opfylde de forudsætninger, som H:S-loven byggede på, herunder i hvilket omfang H:S har gennemført Sygehusplan 2000 og bidraget til en bedre resourceudnyttelse.

Undersøgelsen er baseret på en gennemgang af udviklingen i en række udvalgte parametre.

Rigsrevisionen vil i undersøgelsen gennemgå:

- H:S' organisering og opgaver ud fra H:S-lovens forudsætninger.
- Udviklingen i H:S' udgifter, indtægter, bevillingsoverholdelse samt informationsværdien af de regnskabsmæssige oplysninger.
- Udmøntningen af H:S' plan for omstrukturering, ændret arbejdsfordeling mellem sygehusene i fællesskabet og organiseringen af de enkelte sygehuse, som ifølge Sygehusplan 2000 skulle medvirke til en realisering af H:S-lovens formål om en højere effektivitet.
- Udviklingen i H:S' kapacitet og kapacitetsudnyttelse, herunder vurdere, hvorvidt H:S har levet op til målsætningerne om kapacitetsreduktioner og bedre kapacitetsudnyttelse.
- Udmøntningen af de økonomiske målsætninger for H:S, herunder vurdere, hvorvidt H:S har formået at realisere de driftsbesparelser, der er angivet i Sygehusplan 2000.
- Udviklingen i kvalitet og service, herunder vurdere, hvorvidt H:S har sikret sig, at man lever op til Sygehusplan 2000's intentioner om, at effektivisering sker samtidig med, at borgerne sikres adgang til undersøgelse, behandling og pleje af høj kvalitet.
- Aktivitetsmålinger og udviklingen i H:S' aktiviteter.
- Produktivitetsmålinger og mulighed for at måle om etableringen af H:S har medført en bedre resourceudnyttelse.

26. Undersøgelsen bygger bl.a. på interview, møder og korrespondance med H:S samt gennemgang af regnskaber, bestyrelsesreferater, Sygehusplan 2000 og Status for Sygehusplan 2000 mv. samt analyse af regnskabstal og økonomidata, som H:S har stillet til rådighed. Desuden er der til analysen af H:S' aktiviteter og produktivitet anvendt udtræk fra Landspatientregistret (LPR), som Sundhedsministeriet har foretaget for Rigsrevisionen. Ved sammenligningerne i øvrigt, herunder landssammenligninger, er der taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens officielle statistikker, Nyt fra Sundhedsstyrelsen og Virksomheden ved sygehuse.

Undersøgelsen er primært gennemført i perioden marts 1999 - oktober 1999.

27. Som deflator ved indeksering er anvendt Amtsrådsforeningens pris- og løntal ekskl. sygesikring, idet H:S ikke har sygesikringsudgifter som i amterne. I bilag 1 er vist prisændringer både ekskl. og inkl. sygesikringsudgifter. Oprindeligt havde Rigsrevisionen efter forslag fra Sundhedsministeriet anvendt Amtsrådsforeningens sammenvejede indeks for den amtskommunale sektor (inkl. sygesikring), som Sundhedsministeriet i øvrigt selv anvender ved fastpristidsserier i sundhedsvæsenet. Sundhedsministeriet har efterfølgende oplyst, at ministeriet finder, at indregningen af sygesikringsområdet er en svaghed, når formålet er så præcist som muligt at fastlægge det reale ressourceforbrug hos en konkret sygehusmyndighed. H:S har bemærket, at PL-udviklingen i amterne særligt på lønområdet undervurderer udviklingen i H:S. Baggrunden er, at de sygehusansatte personalegrupper har opnået større overenskomstsmæssige forbedringer end de gennemsnitlige amtsansatte i forbindelse med overenskomsten foråret 1997. Hertil kommer, at personalesammensætningen i H:S særligt for sygeplejersker har udløst større lønstigninger i H:S 1997/1998, da H:S har flere sygeplejersker med lav anciennitet, for hvilken gruppe overenskomsten især gav forbedringer. H:S tilføjede, at man til trods herfor ikke fandt det i betydende omfang urimeligt at anvende Amtsrådsforeningens PL-udvikling.

Det skal bemærkes, at det statslige tilskud til H:S reguleres med pris- og lønudviklingen i den amtskommunale sektor.

28. Som led i beretningsarbejdet har Rigsrevisionen anvendt en fokus-gruppe bestående af personer fra forsknings- og hospitalssektoren med særligt kendskab til området. Rigsrevisionen har i den indledende fase bl.a. diskuteret undersøgelsens metode og kriterier med fokus-gruppen. Et beretningsudkast indeholdende undersøgelsens resultater og foreløbige konklusioner/anbefalinger har ligeledes været diskuteret med gruppen. Det skal dog understreges, at Rigsrevisionen har det fulde ansvar for undersøgelsens gennemførelse og konklusioner.

29. Et udkast til beretningen har været forelagt H:S, Sundhedsministeriet og Indenrigsministeriet. Kommentarerne herfra er i videst muligt omfang blevet indarbejdet i den endelige beretning.

C. Afgrænsning

30. Denne undersøgelse omfatter perioden fra gennemførelsen af H:S-loven 1. januar 1995 til endeligt regnskab for 1998. Det er H:S, der vurderes, idet økonomistyringen af de enkelte hospitaler og afdelinger/centre/klinikker som nævnt vil blive behandlet i en følgende beretning.

Ifølge H:S-lovens § 1 skal H:S bl.a. varetage de 4 hovedopgaver: patientbehandling, forebyggelse, forskning og uddannelse. Undersøgelsen omhandler hovedsageligt patientbehandling, idet denne opgave ressourcemæssigt er langt den væsentligste opgave.

III. Etableringen af Hovedstadens Sygehusfællesskab – H:S-loven

A. H:S' formål

31. I juni 1994 indgik regeringen og Københavns og Frederiksberg kommuner aftaler om den kommunale økonomi for 1995. Aftalerne indeholdt en række elementer til genopretning af Københavns og Frederiksberg kommuners økonomi, herunder udlægning af sygehusdriften til en særlig forvaltningsenhed, Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S). Ifølge aftalen af 10. juni 1994 mellem Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune og staten skulle parterne

etablere Hovedstadens Sygehusfællesskab pr. 1. januar 1995.

H:S blev oprettet pr. 1. januar 1995 ved Lov nr. 1132 af 21. december 1994 om Hovedstadens Sygehusfællesskab. H:S omfattede i alt 7 hospitaler: Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Sundby Hospital, Kommunehospitalet og Sct. Hans Hospital (tidligere Københavns Kommune), Frederiksberg Hospital (tidligere Frederiksberg Kommune) og Rigshospitalet (tidligere staten), som de deltagende parter vederlagsfrit indskød i fællesskabet med tilknyttede institutioner.

32. I aftalen af 10. juni 1994 mellem staten og de 2 kommuner blev det præciseret, at H:S skulle varetage planlægning og drift af områdets 7 sygehuse og de hertil knyttede servicefunktioner i henhold til sygehusloven. Formålet med en fælles planlægning og drift af sygehusene var at sikre en bedre udnyttelse af den samlede sygehuskapacitet i hovedstadsområdet, så effektiviteten blev øget til fordel for patienterne, og væsentlige elementer var

- samling af specialiserede lands- og landsdelsafdelinger
- etablering af elektive funktioner (planlagte undersøgelser/behandlinger)
- en reduktion i antallet af døgnbemandede afdelinger
- bredere patientunderlag under specialiserede afdelinger
- styrkelse af grundlaget for den kliniske forskning og undervisning.

Desuden fremgik det af aftalen, at krav til servicemål, informationssystemer, ventetider mv., som indeholdtes i den rammeaftale, som blev indgået mellem regeringen og de kommunale parter om udviklingen af sygehusvæsenet i perioden 1995-1998, ligeledes skulle gælde for H:S.

33. Finansieringsmæssigt var udgangspunktet i aftalen af 10. juni 1994, at de 2 hovedstadskommuner skulle betale den løbende drift i forhold til deres forbrug, suppleret med dels et "permanent" statstilskud som følge af fællesskabets overtagelse af de statslige forpligtelser i forbindelse med Rigshospitalet, dels et ekstraordinært statstilskud til de 2

hovedstadskommuner begrundet i hovedstadsområdet særlige demografiske og sociale forhold. Det permanente statstilskud var i 1998 på 751,6 mio. kr. Det ekstraordinære statstilskud var på 1 mia. kr. i 1995 og 1996 og skulle derefter årligt nedtrappes med 100 mio. kr. frem til og med år 2005. I faste priser var der således tale om et ekstraordinært statstilskud på 6,5 mia. kr.

Det fremgik af aftalen, at et forpligtende fælles sygehusvæsen ville være den vigtigste sikring af, at et flerårigt effektiviseringsprogram ville blive ført ud i livet (effektiviseringspotentialer). Hertil kom de kommende års vækst i det kommunale udskrivningsgrundlag, og det forventedes således, at nedtrapningen af det ekstraordinære statstilskud kunne ske med fastholdelse af kvaliteten i hovedstadens sygehusvæsen.

Ved Akt 364 24/6 1994, der vedrørte det årlige bloktilskud til kommuner og amtskommuner for finansåret 1995, tiltrådte Finansudvalget således, at Finansministeriet gav tilsagn om at yde et tilskud til Københavns Kommune på 840 mio. kr. og et tilskud til Frederiksberg Kommune på 160 mio. kr., i alt 1 mia. kr., til aflastning af de 2 kommuners sygehusudgifter – forholdet mellem de 2 beløb afspejlede den omtrentlige relative størrelse på de 2 kommuners forbrug af sygehusydelser.

34. Ifølge bemærkningerne til lovforslaget om Hovedstadens Sygehusfællesskab var et af hovedformålene med oprettelsen af sygehusfællesskabet gennem fælles planlægning og drift af sygehusene at sikre en bedre udnyttelse af den samlede kapacitet, hvorved effektiviteten ville blive øget til fordel for patienterne.

Det fremgik af bemærkningerne til lovforslaget om Hovedstadens Sygehusfællesskab, at sygehusfællesskabet med et samlet budget på knap 7,3 mia. kr., ca. 19.000 årsværk og godt 5.200 sengepladser ville omfatte ca. 20 % af landets sygehuskapacitet.

Det blev i bemærkningerne til lovforslaget anført, at etableringen af sygehusfællesskabet ville gøre det muligt at samle specialiserede funktioner, bl.a. for at sikre et tilstrækkeligt patientunderlag under disse, at etablere elektive funktioner, at nedbringe antallet af døgnbemandede afdelinger og at styrke grundlaget for den kliniske forskning og undervisning. Bemærkningerne til lovforslaget var på

dette punkt en gentagelse af de formål, som var opregnet i aftalen mellem staten, Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune fra 10. juni 1994.

I bemærkningerne til lovforslaget var det endvidere anført, at der som led i aftalerne fra juni 1994 (rammeaftalerne) mellem regeringen, Amtsrådsforeningen, Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune om økonomien i 1995 var indgået en aftale om udviklingen af sygehusvæsenet i perioden 1995-1998, og at Sygehusfællesskabet vil blive omfattet af denne 4-årige aftale. Af bemærkningerne fremgår det, at aftalen bl.a. indebar, at sygehusfællesskabet var omfattet af målsætningerne om maksimalt 3 måneders ventetid til operation under indlæggelse, at sygehusfællesskabet i samarbejde med Københavns og Frederiksberg kommuner skulle medvirke ved udbygningen af indsatsen for sindslidende, og at sygehusfællesskabet i forbindelse med vedtagelsen af budgettet for 1995 skulle fastlægge mål for de enkelte sygehuses service over for patienterne.

35. H:S Direktionen skulle i overensstemmelse med H:S-lovens § 13 udarbejde en plan for tilrettelæggelsen af sygehusfællesskabets virksomhed. H:S Bestyrelsen godkendte i december 1995 "Sygehusplan 2000", som er en plan for H:S' sygehusstruktur for perioden 1996-1999. Planen har til hensigt at øge den faglige indsats og service for alle ydelser, dog med særlig vægt på ydelser, der retter sig mod de almindelige lidelser, som udgør hovedparten af alle indlæggelser. Dette skulle opnås bl.a. gennem samling af specialiserede funktioner, oprettelse af elektive enheder og reduktion af antal vagtberedskaber. Udgangspunktet for Sygehusplan 2000 var at tilpasse hospitalernes struktur bedre til borgerens behov på baggrund af følgende målsætninger:

- Service og faglige ydelser af høj kvalitet samt dokumentation herfor.
- Lige adgang til sygehusvæsenets ydelser.
- Respekt for borgernes personlige integritet.
- Sammenhæng og kontinuitet.
- Indsatsen på mindst ressourcekrævende niveau under hensyn til kravet om høj kvalitet.
- Effektiv ressourceudnyttelse.

36. Det var forventet, at den ”fysiske del” af Sygehusplan 2000 skulle være gennemført inden udgangen af 1998. På baggrund af rapporten ”Status for Sygehusplan H:S 2000 med forslag til den videre planlægning” fra juni 1998 har H:S’ Bestyrelse i januar 1999 vedtaget ”Status for Sygehusplan H:S 2000 og den videre planlægning”. I Status for Sygehusplan fra januar 1999 er det nævnt, at en egentlig evaluering af Sygehusplan 2000 og dens konsekvenser endnu ikke er mulig at gennemføre, bl.a. fordi et meget væsentligt argument for sammenlægning af funktioner er den fremadrettede kvalitets- og ressourcemæssige gevinst ved, at den sundhedsfaglige og teknologiske udvikling og udbygning kun skal ske et sted.

Rigsrevisionen er enig i, at etableringen af H:S kan have nogle fremadrettede gevinster, som endnu ikke er realiseret, hvorfor det bl.a. indgår i Rigsrevisionens undersøgelse, om H:S på de væsentligste områder tilvejebringer data, som vil gøre en sådan evaluering mulig på et senere tidspunkt. Rigsrevisionens undersøgelse fokuserer imidlertid primært på, om de forventede forbedringer i den nuværende drift synes at være realiseret.

B. H:S’ opgaver og organisering

37. Det fremgår af H:S-loven § 1, at H:S skal varetage sygehusbehandling mv. af borgerne i Københavns og Frederiksberg kommuner, af øvrige borgere, der efter lov om sygehusvæsenets regler om frit sygehusvalg ønsker behandling på sygehuse i sygehusfællesskabet, samt af lands- og landsdelspatienter fra amtskommunerne.

H:S skal videre, som universitetssygehusvæsen i tæt samarbejde med det øvrige danske sundhedsvæsen, sikre, at det danske sundhedsvæsen på et højt fagligt niveau kan varetage undersøgelse, behandling og pleje af patienter, forsknings- og udviklingsarbejde samt uddannelse af sundhedspersonale, herunder sikre Rigshospitalet som et sundhedsvidenskabeligt udviklingscenter med særlige opgaver inden for patientbehandling, forskning og uddannelse, jf. H:S-lovens § 2.

Herudover skal sygehusfællesskabet medvirke til at udvikle den sundhedsfremmende og forebyggende indsats samt varetage de opgaver, der i øvrigt efter lovgivningen er henlagt til sygehusvæsenet.

38. H:S bestod ultimo 1998 af 7 hospitaler, hvoraf 5 er akutte hospitaler: Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital og Amager Hospital, hver med eget optageområde og en række grundlæggende funktioner inden for de medicinske specialer, psykiatri og akut modtagelse. Hertil kom Kommunehospital, som imidlertid (medio 1999) er nedlagt. Det sidste hospital er det psykiatriske hospital, Sct. Hans Hospital.

I **tabel 1** vises hovednøgletal for hospitalerne, der indgår i H:S, opgjort ultimo 1998.

Tabel 1. Nøgletal, der belyser H:S-hospitalerne ultimo 1998

	Rigs- hospitalet	Hvidovre Hospital	Bispe- bjerg Hospital	Frederiks- berg Hospital	Amager Hospital	Sct. Hans Hospital	Kommune- hospitalet	I alt
	----- Antal -----							
Normerede senge (gennemsnit)	1.234	788	830	422	238 ¹⁾	502	432	4.446
Personaleforbrug (fuldtidsstillinger).....	6.441	3.297	3.452	1.806	1.325	1.231	1.122	18.674
	----- Mio. kr. -----							
Driftsudgifter (brutto)								
(ekskl. anlæg)	3.361,5	1.306,5	1.281,4	705,6	369,6	425,4	405,9	7.855,9
Driftsindtægter	1.545,0	89,2	71,8	33,6	-	35,0	6,3	1.780,9
¹⁾ Heraf er fraregnet senge, som Københavns Amt anvender, idet udgifterne alene vedrører H:S' bidrag til Amager Hospital. Antallet af senge på Amager Hospital udgør 340.								
Kilde: H:S' regnskab 1998.								

Som det ses af tabellen, er hospitalerne af varierende størrelse med Rigshospitalet som den største enhed af de 5 akutte hospitaler. De højt specialiserede funktioner er primært samlet på Rigshospitalet, men også Bispebjerg Hospital og Hvidovre Hospital varetager højt specialiserede funktioner. Amager Hospital er et driftsfællesskab etableret mellem H:S og Københavns Amt pr. 1. april 1997 bestående af de tidligere Sundby og Sankt Elisabeth hospitaler.

39. Hvad angår fordelingen af specialerne på de enkelte hospitaler henvises til bilag 1. Ud over hospitalerne omfatter H:S også en række selvstændige tværgående driftsinstitutioner: H:S Apotek, H:S Fællesindkøb, H:S Informatik og H:S Sygeplejerskeuddannelsen. Hospitalerne ledes af en hospitalsdirektion, mens de øvrige institutioner ledes af en chef og en bestyrelse. Ledelsen/bestyrelsen har alle refe-

rence til H:S' direktion. Herudover er der etableret særlige organisatoriske enheder: H:S Blodbank på Rigshospitalet og H:S PMI, Postgraduate Medicinske Institut (vedrører lægeuddannelse efter den medicinske embedseksamen).

C. Ledelse og tilsyn

40. I henhold til H:S-lovens § 9 er det overordnede ansvar for sygehusfællesskabet pålagt en bestyrelse bestående af 15 medlemmer, hvoraf sundhedsministeren udpeger 6 og Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser henholdsvis 7 og 2. Kommunalbestyrelserne og sundhedsministeren har instruktionsbeføjelse over for deres bestyrelsesmedlemmer og kan til enhver tid afsætte dem. Bestyrelsen kan træffe beslutninger ved stemmeflertal, idet forslag med vidtrækkende betydning for tilrettelæggelsen af det samlede danske sygehusvæsen dog kræver mindst 10 stemmer, jf. H:S-lovens § 12.

Ifølge H:S-lovens § 11 ansætter bestyrelsen en direktion, som varetager den daglige administrative og økonomiske ledelse inden for de rammer, der fastlægges af bestyrelsen. Det er i § 11 bestemt, at de nærmere regler om sygehusfællesskabets styrelse mv. fastsættes i en vedtægt, der vedtages af bestyrelsen og godkendes af indenrigsministeren efter forhandling med sundhedsministeren og Københavns og Frederiksberg kommunalbestyrelser.

41. Rigsrevisionen har i notat af 4. september 1997 til statsrevisorerne vedrørende statsrevisorernes beretning nr. 3/96 om Rigshospitalets økonomi, økonomistyring og produktivitet 1991-1996 omtalt sundhedsministerens ansvar over for H:S. Rigsrevisionen fandt, at det tilsyn, der efter gældende ret påhviler sundhedsministeren, bl.a. indebærer, at ministeren har en almindelig pligt til at følge udviklingen inden for det sundhedsfaglige område, og at sundhedsministeren har pligt til at følge sygehusfællesskabets økonomiske dispositioner gennem de 6 repræsentanter, som ministeren har udpeget. Herudover påhviler der, ifølge Rigsrevisionens opfattelse, sundhedsministeren en almindelig pligt til – som led i bevillingsansvaret – at føre tilsyn med anvendelsen af statens tilskud til H:S.

H:S-lovens § 16 fastslår, at indenrigsministeren varetager tilsynet med sygehusfællesskabets virksomhed. Indenrigsministeren har i redegørelse af 7. juli 1997 vedrørende

statsrevisorernes beretning nr. 3/96 om Rigshospitalets økonomi, økonomistyring og produktivitet 1991-1996 oplyst, at tilsynet svarer til det kommunale tilsyn, der udøves i henhold til den kommunale styrelseslov. Indenrigsministeren modtager som led i dette legalitetstilsyn regnskaber, revisionsberetninger og de afgørelser, som bestyrelsen har truffet i forbindelse hermed. Ministeriets tilsyn er udelukkende af retlig karakter og omfatter derfor ikke hensigtsmæssigheden af H:S' tilrettelæggelse af opgaver mv.

42. Ifølge lovens § 14 skal løn- og andre ansættelsesvilkår for personale, der ansættes i sygehusfællesskabet, godkendes af et nævn, der består af finansministeren, borgmesteren i Københavns Kommune og borgmesteren i Frederiksberg Kommune.

D. Finansiering af H:S

43. Af H:S-lovens § 8 fremgår det, at finansieringen af sygehusfællesskabets udgifter som udgangspunkt påhviler Københavns og Frederiksberg kommuner i forhold til deres forbrug, idet staten dog yder et årligt tilskud i forbindelse med H:S' overtagelse af særlige opgaver på Rigshospitalet. Tilskuddet skal finansiere særlige opgaver inden for patientbehandling, forskning og udvikling, som Rigshospitalet var tillagt ved lov, herunder også undervisning og særlige forskningsformål. Tilskuddet skal endvidere finansiere en kompensationspulje til amtskommunerne, Københavns og Frederiksberg kommuner, Bornholms Amt samt Færøernes og Grønlands hjemmestyre.

Det fremgår af H:S-lovens § 20, stk. 4 og 5, at staten i 1995 og 1996 indskød et beløb svarende til den bevilling, som staten i henhold til den 4-årige budgetaftale skulle have ydet Rigshospitalet i det pågældende år, mens staten for 1997 skulle indskyde et beløb svarende til beløbet for 1996 opregnet til pris- og lønniveauet for 1997. Hertil kom, at staten endvidere indskød de opsparede drifts- og anlægsmidler vedrørende Rigshospitalet inden for rammerne af den 4-årige budgetaftale for Rigshospitalet. Endelig kom, at staten i lighed med Københavns og Frederiksberg kommuner etablerede sygehusfællesskabet ved vederlagsfrit at overføre deres sygehuse og hertil knyttede institutioner til sygehusfællesskabet, jf. H:S-lovens § 4, stk. 1. Størrelsen på bevillingen til H:S – der skulle erstatte den hidtidige

statslige bevilling til Rigshospitalet – var til og med 1997 fastsat i H:S-loven. Tilskuddet i 1997 skulle svare til 1996-beløbet, dog opregnet til 1997 pris- og lønniveau. Bevillingen er nu optaget på finansloven under Sundhedsministeriet, statsregnskabet konto 16.51.02. Hovedstadens Sygehusfællesskab og udgjorde 751,6 mio. kr. for 1998.

Hertil kommer som tidligere nævnt det ekstraordinære statstilskud, som blev ydet for at nedbringe Københavns og Frederiksberg kommuners sygehusudgifter, begrundet i hovedstadsområdets særlige demografiske og sociale forhold.

De samlede statslige udgifter til H:S for årene 1995-1998 fremgår af [tabel 2](#).

Tabel 2. Statslige udgifter 1995-1998 opdelt efter type i løbende priser

	1995	1996	1997	1998
	----- Mio. kr. -----			
Ordinært tilskud (§ 16.51.02)	804,3 ¹⁾	726,7	739,3	751,6
Ekstraordinært statstilskud (§ 13.81.13)....	1.000,0	1.025,0	946,5	864,0
Udgifter i alt.....	1.804,3	1.751,7	1.685,8	1.615,6
¹⁾ Det statslige tilskud på 804,3 mio. kr. er inkl. overførsel af Rigshospitalets lagerbeholdninger, korrektion af Rigshospitalets akkumulerede opsparring ultimo 1994 mv. Disse posterings, der beløb sig til ca. 72 mio. kr., er ikke med i opgørelsen af det statslige tilskud i H:S' regnskab for 1995. Af H:S' regnskab for 1995 fremgår, at statsbidraget udgør 730,2 mio. kr. H:S har efterfølgende hertil anført, at når et beløb på 72 mio. kr. ikke indgår i statsbidraget i H:S' regnskab, skyldes det, at det pågældende beløb kan henføres til en række afsluttende posterings vedrørende Rigshospitalet 1994, og derfor er indeholdt i H:S' åbningsbalance (opsparring mv.) som primobeholdning i H:S' regnskab for 1995. Varebeholdningerne er overtaget uden værdiansættelse i H:S' status, da disse i henhold til Indenrigsministeriets budget- og regnskabssystem ikke værdiansættes i de kommunale regnskaber.				
Kilde: Statsregnskabet for de respektive år.				

Det fremgår af tabellen, at det ekstraordinære statstilskud i 1998 er på 864 mio. kr. i 1998-prisniveau, hvilket svarer til den forudsatte reduktion.

Hvor tilskuddet for 1995 blev bevilget ved aktstykke, ydes tilskuddet fra 1996 i henhold til H:S-lovens § 22 med et årligt tilskud på 1 mia. kr. i 1995 pris- og lønniveau. Tilskuddet skal i perioden fra 1997 til 2005 nedtrappes med 100 mio. kr. årligt.

Det ekstraordinære statstilskud er optaget på finansloven under Indenrigsministeriet, statsregnskabets konto 13.81.13. Midlertidigt tilskud til drift af sygehusvæsenet i hovedstadsområdet.

De samlede statslige udgifter til H:S udgjorde således knap 1,62 mia. kr. i 1998, mens Københavns og Frederiksberg kommuner i 1998 bidrog med knap 4,76 mia. kr. til sygehusfællesskabet.

E. Økonomisk forvaltning og revision

44. H:S-loven præciserer i § 6, at den kommunale styrelseslovs bestemmelser om økonomisk forvaltning som udgangspunkt er gældende for H:S, hvilket medfører, at fællesskabet i hovedsagen er omfattet af de samme regler om budgetlægning, bogføring, regnskabsaflæggelse og revision som landets øvrige sygehusejere.

Det følger af reglerne i den kommunale styrelseslov, at bestyrelsen bl.a. skal vælge en sagkyndig revision, der skal godkendes af Indenrigsministeriet, som er tilsynsmyndighed. Det fremgår af H:S-lovens § 6, stk. 2, at H:S' revision også skal påse, at der ved forvaltningen af midlerne og driften af de virksomheder, hvis regnskaber er omfattet af revisionen, er taget skyldige økonomiske hensyn, dvs. revisionen skal også udføre forvaltningsrevision.

Det fremgår videre af lovens § 6 stk. 3, at rigsrevisor af egen drift eller på anmodning fra statsrevisorerne kan foranstalte undersøgelser i henhold til Rigsrevisorloven af sygehusfællesskabets regnskaber samt udvalgte regnskabsområder herunder.

45. Bestyrelsen vedtog på et møde den 22. februar 1995 at opretholde den økonomiske rammestyring med den hovedbegrundelse, at den erfaringsmæssigt er velegnet til at dæmpe omkostningsudviklingen, men da rammestyring generelt ikke vurderes at indebære tilstrækkelige incitamenter til produktivitetsforbedringer, var det nødvendigt med krav om supplerende målfastsættelse, fx i form af krav til aktivitetsomfang mv. H:S' styring behandles nærmere i en efterfølgende beretning.

De tidligere kommunale sygehuse var bruttostyrede, mens statens Rigshospital var nettostyret. Ved nettostyring har institutionen ret til at beholde eventuelle merindtægter i forhold til budgettet, så der kan afholdes flere udgifter, uden at det samlede budget overskrides. Baggrunden for nettostyringen af Rigshospitalet var, at en stor del af aktiviteten var styret af amternes efterspørgsel, og derfor blev det fundet rimeligt, at Rigshospitalet bl.a. kunne afholde merudgifter, hvis der opstod øget efterspørgsel fra amterne. De tidligere styringsprincipper blev opretholdt, så Rigshospitalet forblev nettostyret, og de øvrige bruttostyrede.

IV. H:S' udgifter, indtægter, bidragsbetaling mv., regnskabs oplysninger om aktiviteter og regnskabs informationsværdi

A. H:S' økonomi

a. Udgifter

46. I henhold til § 23 i Vedtægt for Hovedstadens Sygehusfællesskab skal H:S' direktion forelægge årsregnskabet for bestyrelsen, så regnskabet kan afgives til revisionen inden den 1. juni året efter. Det endeligt godkendte regnskab sendes sammen med revisionsberetningen og de afgørelser, som bestyrelsen har truffet i forbindelse hermed, inden udgangen af september måned til Københavns og Frederiksbergs kommunalbestyrelser samt til Sundhedsministeriet, Finansministeriet og Indenrigsministeriet.

Det fremgår af Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 113 af 19. februar 1998 om kommunernes budget- og regnskabsvæsen, revision mv., som er fastsat med hjemmel i den kommunale styrelseslov §§ 46 og 54, at det er et krav, at H:S' regnskab følger reglerne i Indenrigsministeriets "Budget- og regnskabssystem for kommuner og amtskommuner". Dette autoriserede budget- og regnskabssystem indeholder et regelsæt om formen for kommunernes årsbudget, flerårige budgetoverslag og regnskab mv. Supplerende er der i den nævnte bekendtgørelse nr. 113 af 19. februar 1998 fastsat en række – især proceduremæssige – bestemmelser om kommunernes budget- og regnskabsvæsen, revision mv.

Det fremgår af Budget- og regnskabssystem for kommuner og amtskommuner, at regnskabet i fornødent omfang skal ledsages af bemærkninger til væsentlige afvigelser mellem bevilling og regnskab eller til manglende realisering af forudsatte aktiviteter eller formål.

Reglerne giver inden for rammerne af den autoriserede kommunale kontoplan, som er obligatorisk, udstrakt frihed i valg af regnskabsaflæggelsens form og omfang, idet der dog på visse områder er formkrav, fx til de særoversigter for sygehusområdet, der skal indsendes til Indenrigsministeriet og Danmarks Statistik.

H:S-regnskabet skal i øvrigt danne grundlag for den endelige opgørelse af de bidrag, som Københavns og Frede-

riksberg kommuner skal betale til finansieringen af H:S' virksomhed, jf. H:S-lovens § 8, stk. 1.

47. I **tabel 3** vises en oversigt over H:S' samlede udgifter opdelt på hovedkategorier, for 1995-1998.

Tabel 3. H:S' bruttoudgifter opdelt på drift og anlæg for 1995-1998 i løbende priser. I parentes er angivet indeks i faste priser med 1995=100

	1995	1996	1997	1998
	----- Mio. kr. -----			
Bruttodriftsudgifter, hospitaler	7.385,3 ¹⁾	7.544,8	7.516,7	7.856,0
Indeks	100,0	99,5	96,6	97,8
Bruttodriftsudgifter, øvrige institutioner, administration, udenamtsbehandling mv. .	152,2	136,8	224,9	223,9
Bruttodriftsudgifter i alt.....	7.537,4	7.681,7	7.741,6	8.079,9
Indeks	100,0	99,2	97,5	98,6
Anlægsudgifter.....	5,8	8,6	49,1	50,5
Sygehusplaninvesteringer.....	0,0	103,4	192,6	118,9
Øvrige udgifter	÷24,7 ²⁾	÷16,3	1,4	15,2
Bruttoudgifter i alt.....	7.518,5	7.777,4	7.984,6	8.264,5
Indeks	100,0	100,7	100,8	101,1
¹⁾ Ifølge 1995-regnskabet udgør bruttodriftsudgifterne 7.319,1 mio. kr. H:S har efterfølgende anført, at af hensyn til sammenlignelighed bør der i 1995 for alle hospitaler undtagen Rigshospitalet tillægges bruttodriftsudgifterne et samlet beløb på 66,1 mio. kr. Dette beløb svarer til pensionsopsparingen for tjenestemandsansatte, som for 1996, 1997 og 1998 i regnskabet er medtaget under de pågældende hospitaler.				
²⁾ Ifølge 1995-regnskabet udgør øvrige udgifter for dette år 41,4 mio. kr., men herfra trækkes udgifterne til pensionsopsparingen på de 66,1 mio. kr., jf. ¹⁾ .				
Note: Indeksering er sket med amternes pris- og løntal ekskl. sygesikring. For 1995-1996 udgør pris- og lønstigningen 2,7 %, for 1996-1997 2,6 % og for 1997-1998 3,2 %.				

Det ses af tabellen, at H:S' samlede bruttoudgifter i faste priser er vokset med 1,1 % i perioden, mens bruttodriftsudgifterne til hospitalerne i 1998 ligger 2,2 % og bruttodriftsudgifterne i alt 1,4 % under niveauet for 1995. Tabellen viser desuden, at anlægsudgifterne, der er opdelt på anlægsudgifter og sygehusplaninvesteringer, er steget i perioden hovedsageligt som følge af sygehusplaninvesteringer. H:S har efterfølgende bemærket, at det bør fremhæves, at periodens udvikling i bruttoudgifterne er opgjort inkl. a) anlægsudgifter, der er lånefinansieret, b) stigende udgifter vedrørende fondsfinansieret forskning og c) udgifter til øget opgavevaretagelse, herunder såvel for amtskommunerne som for Københavns og Frederiksberg kommuner. Udgifterne til øget opgavevaretagelse udgjorde 159 mio. kr. i faste priser i forhold til 1995.

b. Økonomisk resultat

48. Af **tabel 4** fremgår H:S' nettoudgifter for 1996, 1997 og 1998, således som de fremgår af regnskabsoversigterne. For 1995 er der, jf. noten til tabellen, efterfølgende sket korrektion. Anlægsudgifterne er særskilt anført, så udgifterne vedrørende den direkte sygehusdrift fremgår. Det skal bemærkes, at der på enkelte områder ifølge H:S' private revision ikke i den løbende registrering blev sondret fuldt tilstrækkeligt mellem drifts- og anlægsudgifter i 1995 og 1996.

Tabel 4. Nettoudgifter til sygehusdrift mv. i løbende priser, 1995-1998. I parentes er angivet indeks i faste priser med 1995=100

	1995	1996	1997	1998	I alt
	----- Mio. kr. -----				
Bruttodriftsudgifter, hospitaler	7.385,3	7.544,8	7.516,7	7.856,0	
Indtægter, hospitaler	1.607,3	1.613,2	1.709,5	1.781,0	
Nettodriftsudgifter, hospitaler ¹⁾	5.778,0	5.931,6	5.807,2	6.075,0	23.525,6
Indeks	100,0	100,0	95,4	96,7	
Hospitalsfordelte anlægsudgifter	5,8	8,6	49,1	50,5	
Investeringer, sygehusplan	0,0	103,4	192,6	118,9	
Nettoudgifter til drift og anlæg	5.783,9	6.043,6	6.048,9	6.244,3	24.054,5
Behandling på fremmede institutioner	73,9	70,2	87,3	83,3	
Tværgående institutioner i alt	24,8	13,1	62,8	63,5	
Administration	39,2	42,0	45,5	42,4	
Generelle puljer mv.	78,9	73,4	34,8	45,9	
Pensionsvæsen ¹⁾	+87,8	+85,4	+80,9	+71,2	
Resultat før renter og finansielle poster	5.912,9	6.156,8	6.198,2	6.408,2	
Renter og købsmoms	+22,4	+17,3	+6,8	+1,2	
Samlede drifts-, anlægs- og renteudgifter	5.890,5	6.139,5	6.191,4	6.407,1	24.628,5
Indeks	100,0	101,5	99,8	100,0	
Heraf forbrug af Rigshospitalets opsparing	71,3	114,7	4,5	10,4	200,9
Årets udgifter	5.819,1	6.024,9	6.187,0	6.394,4	24.425,5
Samlet bidragsbetaling	5.909,8	6.011,7	6.058,9	6.381,5	24.361,9
Årets regnskabstekniske "egenkapital"	90,7	+13,2	+128,1	+12,9	+63,5
¹⁾ Udgifterne til pensionsvæsen er i regnskabet for 1995 opgjort til 21,6 mio. kr. Dette beløb er tillagt 66,2 mio. kr. svarende til den fra 1996 og frem indførte betaling af pensionsbidrag for tjenestemænd. Korrektionen er baseret på en beregning af, hvad udgifterne havde været, hvis ordningen var indført i 1995. Nettoudgifterne er således tilsvarende forøget fra det i regnskabet opførte 5.711,8 mio. kr.					
Note: Mindre afrundingsdifferencer kan forekomme.					

H:S' samlede indtægter er steget fra ca. 1,6 mia. kr. i 1995 til godt 1,8 mia. kr. i 1998. Rigshospitalet har oppebåret knap 1,4 mia. kr. i indtægter for sygehusbehandling i 1995 og ca. 1,5 mia. kr. i 1998. Af de samlede indtægter har

Rigshospitalet oppebåret mellem 85 og 87 % i den undersøgte periode. Målt i faste priser er H:S' indtægter steget med 3 % fra 1995 til 1998.

Som det fremgår af tabellen, er de samlede netto drifts-, anlægs- og renteudgifter i løbende priser steget fra knap 5,9 mia. kr. i 1995 til 6,4 mia. kr. i 1998. Omregnet til faste priser er udgifterne uændrede. I faste priser er netto driftsudgifterne til hospitalerne faldet med 3,3 %.

H:S' samlede nettoudgifter efter fradrag af den forbrugte opsparing kan opgøres til 24.425,5 mio. kr., mens den samlede bidragsbetaling fra staten, Københavns og Frederiksberg kommuner i samme periode har udgjort 24.361,9 mio. kr. Den regnskabstekniske egenkapital ultimo 1998 kan herefter opgøres til ÷63,5 mio. kr., som H:S efterfølgende har specificeret.

De ÷63,5 mio. kr. udtrykker det beløb, der skulle tilføres, hvis H:S i en tænkt situation var blevet realiseret ultimo 1998 og virksomheden ophørte.

Hertil kommer dog også værdien af anlægsaktiver og varebeholdninger, som ikke er optaget som aktiver i balancen.

H:S har efterfølgende bemærket, at hvis H:S betragtes som "going concern" udtrykker de ÷63,5 mio. kr. nettoværdien af de af H:S Bestyrelsen truffne beslutninger om overførsler til følgende år og optagelse af lån til finansiering af sygehusplaninvesteringer.

I begyndelsen af 1995 overførte staten saldoen på Rigshospitalets akkumulerede opsparing pr. 31. december 1994 på i alt 336 mio. kr. til H:S. Den overførte opsparing dannede således grundlaget for H:S' "likvide arbejdskapital". Rigshospitalets opsparede midler udgjorde 270 mio. kr., ekskl. forskningsmidler.

Som det fremgår af tabel 4 er der i 4-års perioden forbrugt 200,9 mio. kr. af denne opsparing. Der er endvidere anvendt 3 mio. kr. til anlæg i 1995 (beløbet er bogført direkte på status), hvorefter opsparingen pr. 31. december 1998 udgjorde 132 mio. kr. Af dette beløb udgjorde de eksterne forskningsmidler 128,6 mio. kr., hvorfor der således tilbagestod uforbrugte handlingsplanmidler fra den flerårige budgetaftale 1993-1996 for Rigshospitalet på knap 4 mio. kr., som blev overført til 1999.

49. Det fremgår af revisionsberetningen for 1995, at 77,7 mio. kr. af årets overskud på 90,7 mio. kr. i 1995 blev overført til anvendelse i efterfølgende regnskabsår, mens 13 mio. kr. skulle tilbagebetales til Københavns og Frederiksberg kommuner.

c. Bidragsbetaling mv.

50. Ifølge H:S-lovens § 8, stk. 1, skal Københavns og Frederiksberg kommune indbetale acontobeløb ud fra deres forventede forbrug året før, hvorefter den endelige betaling fastsættes året efter, når regnskabet foreligger. Eventuelle mer- eller mindreindbetalinger indregnes i acontobetalingen det næstfølgende budgetår.

Som nævnt tidligere består det statslige tilskud dels af et tilskud som følge af H:S' overtagelse af de statslige forpligtelser omkring Rigshospitalets patientbehandlings-, forsknings- og udviklingsfunktioner samt en særlig mellemamtslig takst-kompensationspulje, dels af det ekstraordinære statstilskud begrundet i hovedstadsområdets særlige demografiske og sociale forhold. I **tabel 5** er vist acontobetalingernes fordeling imellem henholdsvis de 2 kommuner og staten.

Tabel 5. Bidragsfordeling årene 1995-1998 i løbende priser

	1995	1996	1997	1998	I alt
	----- Mio. kr. -----				
Københavns Kommune.....	3.416,0	3.649,3	3.728,6	3.989,7	14.783,6
Frederiksberg Kommune.....	763,6	615,7	657,5	769,2	2.806,0
Efterregulering	0,0	0,0	÷13,0	7,0	÷6,0
Kommunerne i alt.....	4.179,6	4.265,0	4.373,1	4.765,9	17.583,6
Staten ¹⁾	1.730,2	1.746,7	1.685,8	1.615,6	6.778,3
Samlede bidrag.....	5.909,8	6.011,7	6.058,9	6.381,5	24.361,9
¹⁾ I 1995 blev det statslige tilskud på 1 mia. kr. udbetalt til kommunerne og ikke direkte til H:S.					
Kilde: H:S' regnskaber.					

Det fremgår af tabellen, at de statslige tilskud har udgjort knap 6,8 mia. kr. i de 4 år, mens de 2 kommuners bidrag til H:S har udgjort knap 17,6 mia. kr.

51. Såfremt det endelige resultat for H:S afviger fra de modtagne acontobetalinge fra Københavns og Frederiks-

berg kommuner, skal der ske efterbetaling eller tilbagebetaling, jf. H:S-lovens § 8, stk. 1.

Når den kommunale bidragsbetaling opgøres på baggrund af nettoudgifterne og efter korrektion af statens bidrag, bevillingsoverførsler, låntagning, forbrug af Rigshospitalets opsparing mv., er det således andre "resultattal", der ligger til grund end de tal, som fremgik af tabel 4 ovenfor. Opgørelsen af endelig kommunal bidragsbetaling for årene 1995-1998 fremgår af **tabel 6**.

Tabel 6. Opgørelse af endelig kommunal bidragsbetaling til H:S for årene 1995-1998 i løbende priser

	1995	1996	1997	1998
	----- Mio. kr. -----			
Opgjort kommunalt bidrag.....	5.166,6	4.272,0	4.348,6	4.712,8
Kommunale acontobidrag	5.179,6	4.265,0	4.373,1	4.765,9
Regulering ¹⁾	÷13,0	7,0	÷24,5	÷53,1
¹⁾ Et ÷ foran tallet betyder, at H:S skal tilbagebetale beløbet til kommunerne. Beløbene for 1997 og 1998 er ikke tilbagebetalt til kommunerne, men overført til følgende år.				

Som det kan udledes af tabellen, kan tilbagebetalingen fra H:S til de 2 kommuner opgøres til netto 6 mio. kr. i alt i perioden 1995-1998.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen har konstateret, at H:S' samlede bruttoudgifter målt i faste priser er steget med 1,1 % fra 1995 til 1998. I denne stigning er indeholdt stigende lånefinansierede anlægsudgifter samt stigende udgifter til eksternt finansieret forskning og til en række meropgaver. H:S' indtægter er steget med 3 %, mens bruttodriftsudgifterne er faldet med 1,4 % fra 1995 til 1998. Ved beregningen er udgifterne i 1995 korrigeret for pensionsbidrag til tjenestemænd. Korrektionen er baseret på en beregning af, hvad udgifterne havde været, hvis ordningen var indført i 1995.

B. H:S' regnskabsmæssige oplysninger om aktiviteter og årsværk

52. Rigsrevisionen har gennemgået H:S' aktivitetsoplysninger, der fremgår af regnskaberne for 1995 til 1998. Oplysningerne baserer sig på sygehusenes aktivitetsregistre-

ringssystem, "Det Grønne System", som også er kilde til H:S' indberetninger til Landspatientregistret.

I **tabel 7** er vist de aktivitetsdata, der fremgår af H:S-årsregnskaberne aktivitetsoversigter.

Tabel 7. H:S' aktivitetsoversigter for 1995-1998

	1995- regnskab	1995, jf. 1997- regnskab	1996	1997	1998	Ændring 1995-1998
	----- Antal -----					%
Heldøgnsudskrivinger	171.981	168.128	166.534	165.649	168.778	0,4
Ambulante besøg	706.839	767.761	733.564	789.509	833.879	8,6
Deldøgnsseudage	181.798	175.848	164.460	179.866	189.441	7,7
Heldøgnsseudage	1.580.169	1.578.206	1.513.853	1.459.221	1.433.125	+9,2
Kilde: H:S' regnskaber – aktivitetsoversigterne.						

Det fremgår af tabellen, at aktivitetstallene i regnskaberne ikke er konsistente over tid. Endvidere har Rigsrevisionen konstateret, at der er manglende overensstemmelse mellem aktivitetsoversigter og de tilhørende specifikationer til regnskabet, hvorfor det er vanskeligt at belyse, hvilken udvikling der reelt er sket i aktiviteterne. H:S har hertil efterfølgende oplyst, at aktivitetstallene er korrigeret i tidligere år i det omfang, der er konstateret manglende konsistens imellem opgørelsesmetoder mellem hospitalerne. De ændrede tal for udskrivinger i senere regnskaber er derfor ikke udtryk for generelt manglende konsistens.

Vedrørende 1995-regnskabet oplyste direktionen den 30. september 1998 i sit svar på revisionsbemærkningerne til 1997-regnskabet, at H:S havde gennemført et arbejde med at gøre aktivitetstallene konsistente over tid og mellem hospitalerne. Dette betød fx, at antal deldøgnsseudage blev nedjusteret fra knap 182.000 til knap 176.000, mens antal ambulante besøg steg fra knap 707.000 til knap 768.000, jf. tabellen.

Rigsrevisionen har dog konstateret, at der trods dette arbejde, stadig er manglende overensstemmelse mellem aktivitetsoversigter og de tilhørende specifikationer.

Til eksempel kan nævnes regnskab 1998, hvor antal ambulante besøg i aktivitetsoversigten (hovedoversigten, s. 8 i regnskabet) blev opgjort til 833.879, mens en sammentælling fra specifikationerne over de enkelte hospitaler viser, at antallet af ambulante besøg udgjorde 846.304,

svarende til en forskel på godt 12.000. Tilsvarende var der uoverensstemmelse mellem heldøgnsudskrivinger i både 1997 og 1998. H:S har efterfølgende anført, at det er korrekt, at der kan være en vis uklarhed vedrørende aktivitetsoversigterne i regnskab 1998, idet tallene i oversigten ikke kan udledes af de underliggende institutionsoversigter. H:S anførte, at baggrunden var, at der i oversigtstabellen kun var medtaget 70 % af aktivitet og kapacitet vedrørende Amager Hospital svarende til H:S-befolkningens forbrugsandel. H:S nævnte, at en note til tabellen burde have nævnt dette forhold og anførte, at med en sådan note var tabellen korrekt.

53. I regnskabet for 1996 var "antal senge" opgivet til 4.894 i 1996, mens regnskabsoversigten i regnskabet for 1998 angav, at antal senge i 1996 var på 4.871. Tilsvarende ændringer findes for sengeantal vedrørende 1995 i regnskaberne. Dertil kommer, at der hvert år i regnskaberne er uoverensstemmelser mellem specifikationernes oplysninger om antal senge og oversigternes tal. Afvigelserne er for de respektive år henholdsvis 3 senge mere i 1996, 227 færre i 1997 og 102 senge i 1998 mere i hovedoversigten end der fremkommer af summen af specifikationer for hospitalerne.

Rigsrevisionen må konstatere, at der er uoverensstemmelse i H:S' årsregnskaber mellem oplysningerne vedrørende antal senge oplyst i regnskabets specifikationer og den tilsvarende aktivitetsoversigt i regnskabet.

H:S anførte hertil, at det var korrekt, at der manglede overensstemmelse mellem regnskabet specifikationer og den tilsvarende aktivitetsoversigt. H:S tilføjede, at årsagen til den manglende overensstemmelse var, at der i regnskabet blev forsøgt taget to hensyn, uden at der i noteapparatet var gjort tilstrækkeligt opmærksom på det. I aktivitetsoversigten indgik Amager Hospital med de senge, senge-dage, deldøgn og ambulante besøg, som kunne henføres til den del af Amager Hospital, der ejedes af H:S. Heroverfor var der i institutionsafsnittet i 1997 slet ikke anført sengetal for Amager Hospital, mens der i institutionsafsnittet 1998 var anført det samlede sengetal for hele hospitalet.

Rigsrevisionen finder, at der bør være overensstemmelse mellem H:S-årsregnskabets aktivitetsoversigter og regnskabsspecifikationerne.

54. Hvad angår operationsaktiviteten, blev der i 1995-regnskabet angivet et totaltal for hele H:S på 116.272. Imidlertid kan dette tal ikke sammenholdes med de efterfølgende års oplysninger om antal operationer, idet operationsklassifikationerne blev ændret i 1996. Sammenhængende oplysninger kan derfor kun opstilles for perioden 1996-1998, hvilket er sket ud fra H:S' årsregnskab for 1998. I **tabel 8** er vist udviklingen i antal operationer for de 4 hospitaler i perioden 1996-1998.

Tabel 8. Antal operationer på de 4 H:S-hospitaler i perioden 1996-1998

	1996	1997	1998	Ændring
	----- Antal -----			%
Rigshospitalet	27.561	30.037	31.728	15,1
Hvidovre Hospital.....	16.806	14.117	12.521	÷25,5
Bispebjerg Hospital	9.792	9.052	9.559	÷2,4
Frederiksberg Hospital	6.642	10.438	11.386	71,4
I alt.....	60.801	63.644	65.194	7,2
Kilde: H:S' årsregnskab 1998.				

Tabel 8 viser, at der er sket en stigning i antal operationer fra 60.801 i 1996 til 65.194 i 1998, svarende til en stigning på 7,2 %. Endvidere viser tabellen, at der er sket radikale ændringer i fordelingen mellem hospitalerne. Frederiksberg Hospital har forøget antallet af operationer fra 1996 til 1997. Udviklingen kan bl.a. tilskrives oprettelsen af Elektivt Kirurgisk Center (planlagte operationer), som har muliggjort en produktionsstigning. Antallet af operationer på Hvidovre Hospital er tilsvarende faldet, hvilket primært også må tilskrives effekten af Sygehusplan 2000, som ændrede opgavefordelingen mellem hospitalerne.

55. I forbindelse med undersøgelsen har Rigsrevisionen måttet konstatere, at det samlede antal årsværk, som var anført i 1997-regnskabet, ikke var det korrekte. I regnskabet for 1997 var antal årsværk i alt opgjort til 18.962, men i forbindelse med en specifikation af årsværk på stillingskategori viste det sig, at der skulle foretages en korrektion på 713 årsværk, og at regnskabets opgørelse over årsværk for 1997 rettelig skulle have været 18.249. Yderligere viste undersøgelsen, at der skulle foretages en række korrek-

tioner som følge af forskelle i hospitalernes opgørelsesprincipper mv.

56. Rigsrevisionen har konstateret, at den procedure, der anvendes ved aflæggelse af regnskab for H:S – hvor årsregnskaberne offentliggøres, før den private revision har revideret disse, og hvor det endelige regnskab således består af selve regnskabet og den private revisions revisionsberetning – betyder, at et givet års regnskabsoplysninger i efterfølgende år kan være ændret som følge af revisionens bemærkninger til regnskabet. Proceduren er dog ikke særegen for H:S, men det gør regnskabet mindre tilgængeligt og sammenhængen mellem de enkelte regnskaber mere kompleks. Hertil kommer de nævnte uoverensstemmelser mellem aktivitetsoversigterne for hele H:S og de tilhørende specifikationer for de enkelte hospitaler i det samme regnskab.

57. Rigsrevisionens fremstilling af H:S-regnskabet ovenfor i pkt. 46-55 har bygget på en egentlig regnskabs gennemgang. Tabellernes oplysninger fremgår ikke klart af regnskaberne. Rigsrevisionen har i forbindelse med gennemgangen hæftet sig ved, at det er vanskeligt at følge overførslerne mellem finansår, forbrug af opsparede midler mv., herunder fordelingen mellem drifts- og anlægs midler. Dette gælder specielt regnskaberne for 1995, 1996 og 1997.

Rigsrevisionen har endvidere hæftet sig ved de nævnte uoverensstemmelser mellem aktivitetsoversigterne for hele H:S og de tilhørende specifikationer for de enkelte hospitaler i det samme regnskab.

Endvidere har Rigsrevisionen noteret sig, at det samlede antal årsværk som anført i 1997 regnskabet ikke var korrekt. Hertil kom, at der var uoverensstemmelser mellem specifikationernes oplysninger om antal senge og oversigternes tal.

Dette gør regnskaberne vanskeligt tilgængelige for den læge læser, ligesom informationsværdien svækkes.

Rigsrevisionen finder, at det var hensigtsmæssigt, om regnskabsfremstillingen på en mere klar måde belyste udviklingen i H:S' virksomhed. H:S har efterfølgende påpeget, at man har taget initiativ til at forbedre regnskaberne især vedrørende aktivitets- og personaletal. Rigsrevisionen

er enig heri, men finder, at denne udvikling bør fortsætte. Man skal i den forbindelse pege på, at i revisionsberetningen for 1997 vurderede H:S' revision bl.a., at regnskabets fremstilling var vanskeligt tilgængelig for den læser, som ikke på forhånd havde nogen særlig indsigt i H:S' økonomiske forhold, og revisor anbefalede, at der skete en yderligere bearbejdning af regnskabet, så det kunne fremtræde i en lettere tilgængelig form.

Det fremgår af revisionsberetningen for 1998, at der i 1998 var arbejdet på at gøre regnskabet lettere tilgængeligt, og det var den private revisions opfattelse, at der var sket betydelige fremskridt på dette punkt. Efter revisionens vurdering var det vanskeligt at opnå yderligere forbedringer på dette punkt samtidigt med, at hensynet til en udførlig redegørelse til bestyrelsen og de formelle krav i Budget- og Regnskabsbestemmelserne blev fastholdt. Revisionen foreslog derfor, at det overvejedes at udarbejde en selvstændig publikation – i form af en beretning eller et regnskabs sammendrag – som supplement til årsregnskabet. Rigsrevisionen er enig i, at et supplement til regnskabet kunne være med at afhjælpe dette.

58. H:S' aktivitetsoversigter er formelt set udarbejdet i overensstemmelse med reglerne i Indenrigsministeriets "Budget- og regnskabssystem for kommuner og amtskommuner". Det er umiddelbart Rigsrevisionens opfattelse, at aktivitetsoversigterne kunne gøres mere informative end de nuværende, såfremt H:S valgte ikke kun at opfylde mindstekravene hertil. Under hensyn til H:S' størrelse finder Rigsrevisionen således at H:S på flere punkter kunne ændre fremstillingen af regnskabet, så det giver et klarere, mere dækkende og informativt billede. Fx kunne aktivitetsoplysningerne forbedres i form af forløbsoversigter, ligesom aktivitets- og kapacitetsoplysningerne kunne opdeles på henholdsvis det somatiske og det psykiatriske område. Endelig kunne aktivitetsoplysningerne i højere grad end nu kobles sammen med ressourceforbruget til det pågældende område.

Rigsrevisionens bemærkninger

Uanset at fremstillingen i H:S' regnskab overholder Indenrigsministeriets mindstekrav, finder Rigsrevisionen, at H:S på flere punkter kunne ændre fremstillingen for at sikre et mere informativt regnskab.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at regnskaberne for specielt 1995, 1996 og 1997 er svært tilgængelige, idet det er vanskeligt at følge overførsler mellem finansår, forbrug af opsparede midler mv., herunder fordelingen mellem drifts- og anlægsmidler. Rigsrevisionen har bemærket, at regnskabet for 1998 er forbedret på en række af disse områder.

Rigsrevisionen finder det uheldigt, at der ikke er konsistens mellem regnskabets oversigter og de underliggende specifikationer. Dette gælder sengetalsmål og aktiviteter. Endvidere var det samlede antal årsværk i 1997 regnskabet ikke korrekt. Dette gør regnskaberne svært tilgængelige, ligesom informationsværdien svækkes.

Det er dog Rigsrevisionens opfattelse, at der med fordel kan foretages en yderligere bearbejdning af regnskabet, så det fremtræder i en mere tilgængelig form. Supplerende oversigter til regnskabet kunne være med til at afhjælpe dette. Rigsrevisionen finder, at et sådant supplement med fordel bl.a. kunne udbygge regnskabets aktivitetsoplysninger, fx i form af forløbsoversigter og en opdeling af aktivitetsoplysningerne fordelt på henholdsvis det somatiske og det psykiatriske område, ligesom aktivitetsoversigterne i højere grad end nu kunne kobles sammen med ressourceforbruget til det pågældende område.

V. Gennemførelsen af Sygehusplan 2000

59. H:S Direktionen udarbejdede i overensstemmelse med H:S-lovens § 13 en plan for tilrettelæggelsen af Hovedstandens Sygehusfællesskab, nemlig Sygehusplan 2000. H:S Bestyrelsen godkendte i december 1995 Sygehusplan 2000. Formålet med planen var en konkretisering af H:S-lovens forventninger om kvalitetsmæssige forbedringer og en bedre ressourceudnyttelse.

Rigsrevisionen vil i dette kapitel beskrive, hvilke ændringer Sygehusplan 2000 lagde op til, og hvorledes disse ændringer er udmøntet. Endvidere vil Rigsrevisionen i dette kapitel tage udgangspunkt i de krav, som Rigsrevisionen stiller til god statslig økonomistyring.

Kravene til god statslig økonomistyring er, at alle offentlige institutioner skal formulere både kort- og langsigtede målsætninger og resultatkrav med henblik på realisering af de politiske målsætninger. På baggrund heraf bør institutionen foretage en opfølgning, som gør det muligt at vurdere opfyldelsen af de opstillede mål. Det skal nævnes, at de overordnede krav til god statslig økonomistyring også omfatter institutioner, som modtager betydelige statslige tilskud.

60. Gennemførelsen af Sygehusplan 2000's forskellige hovedmålsætninger vil blive gennemgået hver for sig.

I afsnit A beskrives de fysiske omstruktureringer og ændringerne i de enkelte hospitalers opgavevaretagelse.

I afsnit B undersøges, om H:S har opfyldt Sygehusplan 2000's målsætninger om en reduktion i sengekapaciteten og i den gennemsnitlige liggetid.

I afsnit C undersøges, om gennemførelsen af Sygehusplan 2000 har medført de forventede økonomiske konsekvenser.

I afsnit D undersøges, om gennemførelsen af Sygehusplan 2000 har givet de forventede forbedringer i kvaliteten og servicen over for patienterne.

A. Fysisk omstrukturering af H:S som følge af Sygehusplan 2000

61. Rigsrevisionen vil i dette afsnit gennemgå Sygehusplan 2000's væsentligste fysiske omstruktureringer og ændringer i de enkelte hospitalers opgavevaretagelse. Derefter vil det blive undersøgt, om de planlagte ændringer er realiseret.

a. De planlagte omstruktureringer i Sygehusplan 2000

62. Sygehusplan 2000 lagde op til betydelige omstruktureringer, herunder 2 væsentlige og overordnede organisatoriske ændringer, nemlig nedlæggelsen af Kommunehospitalet og etableringen af Amager Hospital.

Det fremgik af planen, at Kommunehospitalet skulle nedlægges, og hospitalets funktioner samt personale flyttes til de 5 øvrige somatiske hospitaler. Beslutningen om at nedlægge Kommunehospitalet byggede bl.a. på en

fremskrivning af befolkningsudviklingen, der indikerede et faldende sengebehov frem mod år 2000.

Det fremgik endvidere af Sygehusplan 2000, at etableringen af Amager Hospital skulle ske ved en sammenlægning af Sundby Hospital (H:S) og Sankt Elisabeth (Københavns Amt). H:S og Københavns Amt indgik den 18. august 1995 en aftale om en skitse til fælles sygehusbetjening på Amager.

63. Sygehusplan 2000 indeholdt tillige en række betydelige ændringer i de enkelte hospitalers opgavevaretagelse.

Det fulgte af planen, at den somatiske patientbehandling, som hidtil havde foregået på 6 hospitaler, kun skulle foregå på 5 hospitaler: Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital og Amager Hospital. Det var intentionen i planen, at der på hvert af disse 5 hospitaler skulle være et medicinsk center, en akutklinik, psykiatri, anæstesi og intensiv funktion samt tværgående specialer, fx røntgen og laboratorier.

Hensigten med de medicinske centre var at samle behandlingsforløbene for den almindelige medicinske patient i én enhed i stedet for den tidligere afgrænsning i afdelinger mellem grenspecialerne. Med etableringen af de medicinske centre var det forventningen, at der kunne ske en mere optimal patientbehandling, en bedre ressourceanvendelse og en tilpasning af hospitalernes specialiseringsgrad til den store andel af patienter, som ofte lider af flere, men almindelige sygdomme.

Akutklinikkerne skulle betjene borgerne med akut behov for behandling af skader og sygdomme. Formålet med etableringen var at styrke indsatsen over for borgerne samt at undgå overlap i henvendelser til skadestue, praktiserende læge og vagtlægeklinikker.

64. Det fremgik herudover af planen, at de kirurgiske funktioner skulle samles på færre hospitaler end tidligere. På Frederiksberg Hospital skulle der etableres et elektivt kirurgisk center, som udelukkende skulle varetage elektive funktioner. Dette skulle betyde, at arbejdet kunne tilrettelægges uden hensynstagen til afbrydelse på grund af akutte patienter. Der skulle dermed bl.a. kunne gennemføres mere veltilrettelagte patientforløb, være mindre vagtbered-

skab og være ressourcemæssige fordele ved tilrettelæggelse af en rationel og mere ensartet drift.

Desuden skulle de højt specialiserede specialer og behandlingstilbud (lands- og landsdelsfunktioner) primært samles på Rigshospitalet, dog skulle enkelte funktioner samles på Bispebjerg Hospital eller fordeles på både Rigshospitalet og Hvidovre Hospital eller Bispebjerg Hospital.

Endelig skulle der etableres en række nye organisatoriske enheder, fx en sårhelingsenhed og en palliativ enhed (lindrende medicin) på Bispebjerg Hospital samt en samling af apotekerne i et fælles H:S Apotek.

65. Sygehusplan 2000 skulle efter hensigten være gennemført ultimo 1998. Tidsplanen byggede på en forudsætning om, at der ikke skete forsinkelser ved udflytninger af specialer, idet der var indbyrdes afhængighed mellem udflytningen af en række specialer.

b. Status for omstruktureringerne

66. Det fremgår af Status for Sygehusplan 2000, at der primo 1999 i alt var gennemført ca. 150 større og mindre projekter, herunder flytning/sammenlægning af 22 større enheder og etablering af ca. 16 nye enheder. De første flytninger fandt sted primo 1996, den største del i løbet af 1996 og med en nedgang i takten i løbet af 1997.

67. I samarbejde med Københavns Amt blev Amager Hospital etableret pr. 1. april 1997. I forhold til den skitse for fælles sygehusbetjening på Amager, der indgik i Sygehusplan 2000, blev Amager Hospital – i henhold til den endelige aftale mellem H:S og Københavns Amt fra marts 1997 – etableret med en ændret specialesammensætning.

Nedlæggelsen af Kommunehospitalet var ikke gennemført ved udgangen af 1998. Den endelig beslutning om Kommunehospitalets udflytning var således blevet udskudt på baggrund af den politiske situation i Københavns Kommune efter kommunevalget i november 1997, og den endelig beslutning om Kommunehospitalets nedlæggelse blev truffet af H:S' bestyrelse i juni 1998.

Udflytningen af Kommunehospitalets somatiske funktioner er gennemført i løbet af foråret 1999, og Kommunehospitalet blev i april 1999 nedlagt som institution. Den psykiatriske afdeling vil fortsat være beliggende i det tidli-

gere kommunehospitals bygninger indtil færdiggørelsen af et igangværende nybyggeri for Amager Hospital i Ørestaden. Kommunehospitalets bygninger blev solgt i december 1999.

Den forsinkede udflytning fra Kommunehospitalet har haft konsekvenser for andre af Sygehusplan 2000's projekter. I H:S' regnskab for 1998 er det anført, at den endelige etablering af medicinsk center på Frederiksberg, Hvidovre og Amager Hospital er udskudt til 1999, idet den afventede udflytningen af geriatri og reumatologisk genoptræning fra Kommunehospitalet til disse hospitaler.

68. Af andre gennemførte ændringer som følge af Sygehusplan 2000 kan bl.a. nævnes:

- Medicinske centre er etableret på Bispebjerg Hospital og Frederiksberg Hospital primo 1998, på Hvidovre Hospital den 1. juli 1998 og på Amager Hospital den 1. august 1998. Centrene er dog først blevet komplette i løbet af foråret 1999 i forbindelse med indflytningen af funktioner fra Kommunehospitalet.
- Elektivt Kirurgisk Center (EKC) er etableret på Frederiksberg Hospital den 1. januar 1997, og der er etableret elektive funktioner på øvrige hospitaler.
- De højt specialiserede funktioner er samlet på først og fremmest Rigshospitalet, men også på Bispebjerg Hospital og på Hvidovre Hospital.
- Etableringen af H:S Apotek og H:S Blodbank.

69. Ud over forsinkelsen af udflytningen af opgaver fra Kommunehospitalet er den væsentligste anden forsinkelse ved opfyldelsen af Sygehusplan 2000 etableringen af akutklinikker. Der forventes at foreligge et planforslag til etablering af akutklinikker ved udgangen af 2000. Planforslaget vil medføre væsentlige ændringer i akutklinikkerne i forhold til det forventede i Sygehusplan 2000, idet der ikke længere sigtes mod en sammenlægning af lægevagtsklinikker og skadestuer. I stedet for sigtes nu mod at opnå et tættere samarbejde og fysisk nærhed mellem de 2 enheder.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen har konstateret, at H:S på stort set alle punkter har gennemført Sygehusplan 2000's mange og omfattende ændringer i strukturer og opgavefordeling. Der er dog 2 væsentlige undtagelser, idet afvikling af Kommunehospitalet blev forsinket samt, at akutklinikker ikke er etableret på alle hospitaler.

B. Forudsætninger om sengekapacitet, liggetid og målopfyldelse

70. Formålet med dette afsnit er at vurdere, om H:S har opfyldt Sygehusplan 2000's målsætninger om en reduktion i sengekapaciteten. I sygehussektoren fokuseres ofte på sengekapaciteten, som relateres til heldøgnsindlæggelse. Heldøgnsindlæggelse kræver døgnbemanding, der medfører et relativt stort ressourceforbrug.

Rigsrevisionen har endvidere i dette afsnit undersøgt udviklingen i den gennemsnitlige liggetid, der har stor betydning for behovet for sengekapacitet. H:S har i Sygehusplan 2000 opstillet konkrete mål for udviklingen i den gennemsnitlige liggetid.

a. Sengekapacitet

71. Det fremgik af Sygehusplan 2000, at der frem til år 2000 skulle ske en reduktion i antallet af somatiske senge på 650.

Reduktionen baseredes bl.a. på, at der som følge af udviklingen i befolkningens alderssammensætning kunne foretages en reduktion med ca. 200 senge. Hertil kom, at en effektivisering af behandlingsforløbene kunne føre til en reduktion i liggetiderne med ca. 2 % om året. På det kirurgiske område ville der endvidere være behov for færre senge, idet en række behandlinger kunne omlægges til ambulant behandling og sammedagskirurgi. Desuden forventes en generel bedre kapacitetsudnyttelse som følge af sammenlægningen af de højt specialiserede afdelinger. Endelig var det en forudsætning, at der efter forhandlinger med Københavns Amt skulle stilles 120 sengepladser til rådighed på Hvidovre Hospital for Hvidovre Kommunes borgere.

På det psykiatriske område skulle der oprettes 51 nye pladser. Sammenholdes den planlagte reduktion på 650 senge og den planlagte udvidelse på 51 senge, giver det en

netto reduktion på ca. 600 pladser frem til år 2000, svarende til næsten 12 % af kapaciteten i 1995. Sygehusplan 2000 indeholder en plan for, hvorledes faldet i senge forventes realiseret gennem perioden.

72. H:S har i Status for Sygehusplan 2000 oplyst, at udviklingen er gået hurtigere end forventet. Antallet af senge ved udgangen af 1998 var i Sygehusplan 2000 planlagt til 4.697. Ifølge Status for Sygehusplan 2000 budgetteres kapaciteten i 1998 til at være 4.444.

Rigsrevisionen har ud fra årsregnskaberne udarbejdet **tabel 9**, som viser den faktiske udvikling i sengekapaciteten fra 1995 til 1998.

Tabel 9. Udvikling i sengekapacitet fra 1995 til 1998 og procentvis ændring fra 1995 til 1998

	1995	1996	1997	1998	Ændring 1995-1998
	----- Antal -----				%
Sygehusplan 2000's forudsætninger:					
Sengepladser	5.155	4.976	4.918	4.697	÷8,9
Ændring i forhold til 1995.....		÷179	÷237	÷458	
H:S' årsregnskaber:					
Sengepladser (normerede gnsn.)	5.142	4.871	4.610	4.446	÷13,5
Ændring i forhold til 1995.....		÷271	÷532	÷696	
Årlig meropfyldelse af måltal i forhold til Sygehusplan 2000.....					
	-	92	295	238	
Note: I regnskabet for 1996 er "antal senge" opgivet til 4.894 i 1996, mens der i regnskabsoversigten i regnskabet 1998 for 1996 er angivet et antal senge på 4.871. Tilsvarende ændringer findes for sengeantal vedrørende 1995 i regnskaberne. Dertil kommer, at der hvert år i regnskaberne er uoverensstemmelser mellem specifikationernes oplysninger om antal senge og oversigternes tal. Afvigelserne er for de respektive år henholdsvis 3 senge mere i 1996, 227 færre i 1997 og 102 senge i 1998 mere i hovedoversigten, end der fremkommer af summen af specifikationerne for hospitalerne. H:S' forklaringer til afvigelserne er anført i pkt. 53.					
Kilde: Sygehusplan 2000 og H:S' regnskaber.					

Tabel 9 viser, at antallet af sengepladser er faldet med 696 senge, svarende til 13,5 %, i perioden 1995-1998. Der var forventet et fald på 458 senge, svarende til ÷8,9 % i samme periode. Ifølge Sygehusplan 2000 skulle der i 1999 være i alt 4.558 senge. Det fremgår af tabellen, at måltallet allerede er opnået i 1998. Målopfyldelsen er dermed opnået hurtigere end forventet på heldøgnsområdet. Hertil kommer, at H:S i budgettet for 1999 forventer et yderligere fald i antallet af senge på næsten 200.

Sundhedsministeriet har anført, at mulighederne for at gennemføre kapacitetsreduktioner i sygehusvæsenet kan afhænge af flere forhold, fx fald i det demografisk betingede sengedagsforbrug, ændrede opgavefordeling mellem sygehusvæsenet og den primære sundhedstjeneste samt gennemførelse af effektiviseringer i opgavevaretagelse.

b. Udviklingen i de gennemsnitlige liggetider

73. Sygehusplan 2000 forudsatte – som følge af effektivisering af behandlingsforløb – en årlig reduktion i den gennemsnitlige liggetid på 2 %, hvilket skulle bidrage til den planlagte reduktion i sengekapaciteten. Den gennemsnitlige liggetid beregnes som antal sengedage i forhold til antal udskrivelser. H:S har ikke i Status for Sygehusplan 2000 opgjort udviklingen i den gennemsnitlige liggetid, men foretager hvert år opgørelser heraf i årsregnskaberne. **Tabel 10** viser udviklingen fra 1995 til 1998 i den årlige gennemsnitlige liggetid i H:S.

Tabel 10. Udviklingen i den gennemsnitlige liggetid i H:S i perioden 1995-1998

	1995	1996	1997	1998
Gennemsnitlig liggetid, dage.....	9,4 ¹⁾	9,1	8,8	8,5
Ændring pr. år i %	-	÷3,3	÷3,4	÷3,5
¹⁾ Tallet er fra H:S' årsregnskab for 1997.				
Kilde: Årsregnskabernes aktivitetsoversigter for de enkelte år.				

Tabellen viser, at den gennemsnitlige liggetid er reduceret med 3,3 % p.a. fra 1995 til 1996, 3,4 % p.a. fra 1996 til 1997 og 3,5 % p.a. fra 1997 til 1998. Den gennemsnitlige liggetid er dermed reduceret mere end de forudsatte 2 % p.a., som følge af effektivitetsforbedringer.

Årsagerne til den faldende liggetid skyldes bl.a. ændrede sygdoms- og behandlingsmønstre. En anden vigtig forklaring er antallet af hospitalsindlagte, men reelt plejehjemsegnede patienter. I maj 1998 blev der indgået en aftale mellem H:S og Københavns Kommune om, at der maksimalt måtte være 50 plejehjemsgodkendte patienter indlagt på hospitalerne ved årsskiftet 1998-1999. H:S Direktionen oplyste i januar 1999, at antallet af hospitalsindlagte plejehjemspatienter var nedbragt fra over 150 til ca. 70-80. I løbet af 1998 har H:S således haft færre plejehjemsegnede patienter. H:S forventer i øvrigt, at man i lø-

bet af 1. halvår 1999 vil have nået målsætningen om faldet i plejehjemsgodkendte patienter.

74. Rigsrevisionen har konstateret, at H:S løbende følger udviklingen i den gennemsnitlige liggetid. Det sker bl.a. ved udsendelse af kapacitets- og belægningsoversigter via kvartalsrapporter til bestyrelsen og i regnskabet.

c. Udviklingen i H:S' sengekapacitet og gennemsnitlig liggetid sammenlignet med resten af landet

75. Rigsrevisionen har ud fra Sundhedsstyrelsens statistik "Virksomheden ved sygehuse" sammenholdt H:S' kapacitetstilpasninger med udviklingen i resten af landet. Det har ikke været muligt at få fuldt ajourførte data for udviklingen i sengekapacitet og gennemsnitlig liggetid for H:S og amterne, da Sundhedsstyrelsens senest offentliggjorte endelige tal, kun omhandler udviklingen frem til og med 1997.

Rigsrevisionens undersøgelse har tillige vist, at der i Sundhedsstyrelsens statistik har været problemer med opgørelsen af sengekapaciteten i 1997 for H:S.

Sundhedsstyrelsens statistik viser dog, at H:S i perioden 1995-1997 både har haft en større reduktion i sengekapaciteten og i den gennemsnitlige liggetid sammenlignet med resten af landet. Disse tal indikerer, at gennemførelsen af Sygehusplan 2000's mange fysiske omlægninger frem til 1997 har været en af årsagerne til, at H:S har kunnet foretage en så betydelig reduktion i både sengekapaciteten og i den gennemsnitlige liggetid.

Rigsrevisionens bemærkninger

Ifølge Sygehusplan 2000 skulle der foretages en reduktion i antallet af senge med 650 frem til år 2000.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at H:S frem til 1998 har foretaget en reduktion i sengekapaciteten, som er større end det forventede. H:S havde således allerede i 1998 opnået hele den forventede reduktion i sengekapaciteten, og H:S har endvidere budgetteret med yderligere reduktion i sengekapaciteten. Rigsrevisionens undersøgelse har endvidere vist, at H:S har foretaget en større reduktion af den gennemsnitlige liggetid end forudsat i Sygehusplan 2000. Dette er en af forklaringerne på, hvorfor det er lykkedes at reducere sengekapaciteten i H:S.

Rigsrevisionens undersøgelse har endelig vist, at H:S frem til 1997 både har haft en større reduktion i sengekapaciteten og i den gennemsnitlige liggetid end resten af landet.

C. Sygehusplan 2000's økonomiske forudsætninger og den faktiske udvikling

76. Ifølge bemærkningerne til lovforslaget om Hovedstadens Sygehusfællesskab var et af hovedformålene med oprettelsen af sygehusfællesskabet, at der gennem fælles planlægning og drift af sygehusene skulle sikres en bedre udnyttelse af den samlede kapacitet, hvorved effektiviteten ville blive øget til fordel for patienterne.

Det fremgik af aftalen om etableringen af H:S, at et forpligtende fælles sygehusvæsen ville være den vigtigste sikring af, at et flerårigt effektiviseringsprogram ville blive ført ud i livet. Hertil kom en forventet vækst i det kommunale udskrivningsgrundlag, hvorved nedtrapningen på 100 mio. kr. årligt af det ekstraordinære statstilskud på oprindeligt 1 mia. kr. kunne ske med fastholdelse af kvaliteten i hovedstadens sygehusvæsen.

Formålet med dette afsnit er at undersøge, om Sygehusplan 2000 har medført de planlagte effektiviseringer. Det vil blive gjort ved først at gennemgå, hvilken betydning Sygehusplan 2000 har haft for H:S' samlede udgifter. Herefter vil de gennemførte driftsbesparelser blive gennemgået for at konstatere, i hvilket omfang de hidrører fra Sygehusplan 2000. Gennemførelsen af Sygehusplan 2000 ville medføre betydelige ombygningsudgifter. Rigsrevisionen har derfor undersøgt, om ombygningerne er gennemført i overensstemmelse med forventningerne i Sygehusplan 2000.

a. Udviklingen i H:S' udgifter sammenholdt med Sygehusplan 2000

77. Det fremgår af Sygehusplan 2000, at de økonomiske konsekvenser ved gennemførelse af planen ville være en reduktion i H:S' udgifter. I **tabel 11** er vist H:S' forventninger til de samlede økonomiske konsekvenser af Sygehusplan 2000.

Tabel 11. Forventede økonomiske konsekvenser af Sygehusplan 2000 i faste priser, PL=1995

	1996	1997	1998	1999	2000	I alt
	----- Mio. kr. -----					
Driftsbesparelser	+50	+130	+225	+380	+435	+1.220
Reduceret moderniseringsbudget	+40	+40	+40	+40	+30	+190
Ombygningsudgifter mv.	160	275	165			600
Salg af Kommunehospitalet			+210			+210
I alt	70	105	+310	+420	+465	+1.020
Kilde: Sygehusplan 2000.						

Som det fremgår af tabel 11 forventede H:S en samlet besparelse i perioden fra 1996 til 2000 på 1.020 mio. kr. i forhold til 1995-niveauet. Gennemførelsen af planen skulle samlet indebære driftsbesparelser på i alt 1.220 mio. kr. samt på de eksisterende bevillinger til modernisering og vedligeholdelse på 190 mio. kr. Hertil kom, at det planlagte salg af Kommunehospitalet kunne indbringe ca. 210 mio. kr. Endelig skulle der anvendes 600 mio. kr. til ombygninger.

78. Det fremgik dog af Sygehusplan 2000, at der heri ikke var medregnet en række forventede merudgifter, bl.a. til udbygning og forbedringer inden for psykiatrien samt en forventet oprustning af kvalitetssikring, uddannelse, forskning, informatik og medicoteknik.

H:S har i december 1999 udarbejdet en oversigt over H:S' merudgifter i perioden 1996-2000. Det fremgår af **tabel 12**, at H:S har haft betydelige merudgifter, som ikke var indregnet i Sygehusplan 2000.

Tabel 12. Væsentligste merudgifter i H:S 1996-2000. Akkumuleret varigt udgiftsniveau i faste priser, PL=1995

	1996	1997	1998	1999	2000
	----- Mio. kr. -----				
Psykiatri uden for Amager	43,5	43,5	67,0	88,8	97,5
Nye medicinbehandling			13,9	40,9	75,7
Hjerteaktivitet	7,8	7,8	26,1	26,1	32,2
Kræftbehandling, garanti				4,4	7,0
Pensionsudgifter	6,1	8,7	21,8	30,5	30,5
Kapitalomkostninger			12,2	29,6	29,6
Frit sygehusvalg				5,2	46,1
Investeringer og uddannelse					43,1
Merudgift i alt	57,4	60,9	159,2	281,9	409,9
Note: Opgørelsen er foretaget af H:S Direktionen i december 1999. Omregnet fra 2000-PL til 1995-PL.					

Det fremgår af tabellen, at H:S har opgjort disse merudgifter til ca. 410 mio. kr. i 2000, hvilket er 55 mio. kr. mindre end de forudsatte driftsbespareser i Sygehusplan 2000, jf. tabel 11. Opgørelsen viser, at H:S – især i 1999 og 2000 – har fået påført betydelige merudgifter.

79. Rigsrevisionen har i **tabel 13** sammenholdt udviklingen i H:S' samlede nettoudgifter med den forventede udvikling i Sygehusplan 2000. Rigsrevisionen har fokuseret på udviklingen i nettoudgifter, idet den øgede aktivitet for amterne derved holdes ude af sammenligningen. I tabellen er endvidere medtaget de merudgifter, som H:S er blevet påført. Tabellen skal vise, i hvilket omfang H:S' udgifter har udviklet sig som forventet i Sygehusplan 2000.

Tabel 13. Udviklingen i H:S' udgifter sammenholdt med Sygehusplan 2000's forventede økonomiske besparelser og H:S' væsentligste merudgifter, PL=1995

	Regnskab				Budget	
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	----- Mio. kr. -----					
Besparelsesmål i Sygehusplan 2000 i forhold til 1995.....		70,0	105,0	÷310,0	÷420,0	÷465,0
Væsentligste merudgifter i forhold til 1995, jf. tabel 12		57,4	60,9	159,2	281,9	409,9
Forventet ændring i forhold til 1995 som følge af Sygehusplan 2000 og væsentligste merudgifter.....		127,4	165,9	÷150,8	÷138,1	÷55,1
H:S' samlede nettoudgifter.....	5.890,5	5.978,1	5.875,9	5.892,0	5.834,9	5.802,1
Ændring i H:S' samlede nettoudgifter i forhold til 1995		87,6	÷14,6	1,5	÷55,6	÷88,4
Forskel mellem "forventet ændring i forhold til 1995 som følge af Sygehusplan 2000 og væsentlige merudgifter" og "ændring i H:S' samlede nettoudgifter i forhold til 1995"		39,8	180,5	÷152,3	÷82,5	33,3
Note: Udgifterne for 1999 og 2000 er budgetterede.						

Det fremgår af tabellen, at H:S i 1998, som er det sidste år med regnskabstal, havde flere udgifter end forventet i Sygehusplan 2000. Sygehusplan 2000's besparelsesmål synes således ikke nået i 1998. Dette skal dog ses i sammenhæng med, at flere af Sygehusplan 2000's forudsætninger er ændret. Eksempelvis blev salget af Kommunehospitalet udskudt fra 1998 til 1999, hvilket har negativ betydning for H:S' udgifter i 1998. Omvendt er mange af de forventede

ombygninger udskudt, hvorfor udgifterne også er udskudt. Det fremgår videre af tabellen, at udviklingen i H:S' udgifter for 1999 fortsat vil være lidt større end forventet i Sygehusplan 2000, mens udgifterne i 2000 vil være lidt lavere end forventet i Sygehusplan 2000. Det skal dog bemærkes, at H:S' udgifter for 1999 og 2000 er budgetterede. H:S har hertil oplyst, at H:S i 1999 har et ikke ubetydeligt mindreforbrug i forhold til budgettet, ligesom H:S i lighed med tidligere år forventer budgetoverholdelse i 2000.

b. De planlagte driftsbesparelser som følge af gennemførelsen af Sygehusplan 2000

80. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at H:S ikke har udarbejdet en samlet opgørelse af realiserede besparelser som følge af Sygehusplan 2000. H:S har i stedet for opgjort de besparelser, som H:S indregner i de årlige budgetter. Besparelserne er således baseret på, hvilke korrektioner af hospitalernes budgetter eksempelvis en afdelingsammenlægning har givet anledning til. Det fremgår fx af H:S' regnskab for 1997, at "Merudgifterne i forhold til budgettet ved driften af H:S Blodbank skyldes især, at indkøringsvanskeligheder, herunder forsinkelser i ombygningsarbejder for blodbanken, har gjort det vanskeligere og mere tidskrævende at gennemføre de rationaliseringskrav, som blev forudsat ved sammenlægningen. Blodbankens merudgifter opvejes af mindreforbrug på Rigshospitalets ordinære drift". H:S' opgørelse over de budgetterede besparelser indeholder hele den forventede besparelse, selv om regnskabet viser, at besparelsen ikke blev indfriet. Eksemplet viser, at Sygehusplan 2000's budgetterede besparelser ikke nødvendigvis realiseres.

H:S har efterfølgende anført hertil, at det ud fra regnskabet kan konstateres, at de resulterende budgetter er overholdt. H:S finder derfor, at der mangler indikation for en antydning af, at besparelserne ikke er blevet realiseret.

Rigsrevisionen er ikke enig med H:S heri. Besparelserne er opgjort ud fra de årlige budgetter. Rigsrevisionen skal påpege, at der i hvert af de undersøgte år – i forbindelse med de 4 årlige økonomi- og aktivitetsrapporter – er foretaget betydelige ombudgetteringer.

H:S har efterfølgende anført, at H:S Direktionen aldrig har skjult, at der på konkrete områder var problemer med fuldt ud at realisere Sygehusplan 2000's besparelser i de

foregående år, og at der er gennemført andre varige driftsbesparelser, herunder tidligere kapacitetsreduktioner end forudsat i Sygehusplan 2000, bl.a. for at imødegå dette problem.

Endelig anførte H:S, at H:S Direktionen over for H:S Bestyrelsen havde redegjort for, hvorfor det ikke er muligt at isolere virkningen af Sygehusplan 2000 fra andre udgiftsændringer på hospitalerne.

81. Rigsrevisionens undersøgelse har endvidere vist, at H:S ikke har kunnet adskille besparelser som følge af Sygehusplan 2000 fra andre besparelser.

Som begrundelse herfor anførte H:S i december 1999 til Rigsrevisionen, at de forventede driftsbesparelser i Sygehusplan 2000 var opgjort som forskellen i driftsudgifter til et sygehusvæsen *efter* omstruktureringer sammenlignet med et sygehusvæsen *før* omstruktureringer. Herudover indeholder Sygehusplan 2000 et skøn over tidsrækkefølgen for opnåelsen af besparelserne. Der er således ikke tale om en på forhånd beregnet projektøkonomi, hvor hvert enkelt projekt har kunnet gøres op med hensyn til mer- eller mindrebesparelser. Dette skyldes bl.a., at Sygehusplan 2000 gennemgribende har ændret sygehusstrukturen i H:S. Der er således ikke noget område, hvor rationaliseringsmulighederne ikke er blevet påvirket af Sygehusplan 2000.

H:S Direktionen har i 1999 fordelt de budgetterede varige besparelser på 4 hovedformål. Ud over disse varige besparelser har H:S i perioden måttet foretage flere engangsbesparelser for at overholde udgiftsrammen. H:S har, fx både i 1996 og 1998, måttet foretage besparelser på anskaffelse af apparatur.

I **tabel 14** er vist H:S' opgørelse, inddelt på hovedformål af besparelser i H:S i 1995-2000.

Tabel 14. Besparelser i H:S 1995-2000 i faste priser, PL=1995

	1996	1997	1998	1999	2000
	----- Mio. kr. -----				
Kapacitetsreduktioner, afdelingssammenlægninger m.m.	÷33,9	÷121,0	÷143,6	÷241,9	÷295,0
Tværgående rationaliseringer	÷11,3	÷33,9	÷47,9	÷70,5	÷83,5
Opgaveafgrænsning.....				÷17,4	÷33,9
Andre besparelser.....	÷2,6	÷2,6	÷36,5	÷89,6	÷121,0
I alt.....	÷48,7	÷157,5	÷228,0	÷418,6	÷533,4
Note: Opgørelsen er foretaget af H:S Direktionen i december 1999.					

82. Tabel 14 viser, at H:S har indbudgetteret betydelige varige besparelser i perioden. Det fremgår af Sygehusplan 2000, at de forventede besparelser alene vedrører konsekvenser af specialesammenlægninger, effektiviseringer og kapacitetsændringer. Rigsrevisionen finder derfor, at opgaveafgrænsninger og i vidt omfang også andre besparelser bør holdes ude af en opgørelse heraf. Opgaveafgrænsninger er således primært en følge af en aftale – efter vedtagelsen af Sygehusplan 2000 – med Københavns Kommune om en tilpasning af H:S' opgaveprofil, hvorfor H:S fra 1999 fx er ophørt med at drive fysiurgiske klinikker og har reduceret antallet af socialrådgivere. Andre besparelser er forskellige besparelser, som ikke nødvendigvis skyldes effektiviseringer. Et eksempel herpå er, at H:S i 1998 budgetterede med besparelser som følge af, at amterne forventes at købe færre ydelser af H:S. Formålet med disse 2 typer af besparelser er ikke at effektivisere H:S, men at tilpasse opgavevaretagelsen. H:S anførte efterfølgende, at under kategorien andre besparelser bl.a. indgik en besparelse på 15 mio. kr. ved overflytning af patientrettede aktiviteter på Tagensvej til Blegdamsvej og en besparelse på 5 mio. kr. ved lukning af Rigshospitalets skadestue for selvhenvendende. I begge tilfælde var der efter H:S' opfattelse tale om, at H:S' opgaver varetages med lavere udgifter og dermed mere effektivt.

Rigsrevisionen har dernæst udarbejdet **tabel 15**, som opgør besparelser som følge af specialesammenlægninger, effektiviseringer og kapacitetsændringer, svarende til de typer af besparelser, som forudsættes i Sygehusplan 2000.

Tabel 15. H:S' opgørelse af akkumulerede budgetterede varige besparelser som følge af kapacitetsreduktioner, afdelingssammenlægninger og rationaliseringer i H:S sammenlignet med det planlagte i Sygehusplan 2000 i faste priser, PL=1995

	1996	1997	1998	1999	2000
	----- Mio. kr. -----				
Besparelser ifølge H:S.....	45,2	154,9	191,5	312,4	378,5
Forventede besparelser.....	50,0	130,0	225,0	380,0	435,0
Difference	÷4,8	24,9	÷33,5	÷67,6	÷56,5

Det fremgår af tabel 15, at H:S også har indbudgetteret betydelige varige besparelser som forudsat i Sygehusplan 2000, men at de forventede besparelser – på nær i 1997 –

ikke helt har nået det planlagte niveau som forudsat i Sygehusplan 2000.

83. Rigsrevisionens undersøgelse har endvidere vist, at H:S har haft sværere ved at nå de forventede varige besparelser som følge af Sygehusplan 2000, end tabel 15 antyder. Det fremgår således af H:S' regnskab for 1996, at det var forudsat, at Sygehusplan 2000's gennemførelse ville give budgetforbedringer på 56 mio. kr. i 1996. I regnskabet oplystes det, at dette mål ikke var opfyldt, idet der kun var hjemtaget en besparelse på 15 mio. kr. i 1996 som følge af Sygehusplan 2000. Årsagen blev angivet til forsinkelser i Sygehusplan 2000's gennemførelse. I stedet havde der været behov for at inddrage en række engangsbesparelser, og det er bl.a. disse engangsbesparelser, som er medregnet i tabellen 45,2 mio. kr. besparelser i 1996. I tabel 15 medtages i øvrigt også varige besparelser, som ikke er en følge af Sygehusplan 2000. Fx fjernes i 1996 et ekstra bidrag til at holde ferieåbent af visse medicinske afdelinger, hvilket er en reduktion i kapacitet ud over det forventede i Sygehusplan 2000. Fra og med 1997 har H:S ikke i regnskabet opgjort de realiserede driftsbesparelser i forhold til Sygehusplan 2000's mål.

Et af hovedformålene med at reducere sengekapaciteten og foretage afdelingssammenlægninger er at opnå besparelser. Rigsrevisionens undersøgelse indikerer, at omfanget af besparelserne ikke er blevet så stort som forudsat ved at gennemføre Sygehusplan 2000's kapacitetsreduktioner, afdelingssammenlægninger og rationaliseringer. H:S har imidlertid været i stand til at gennemføre en større reduktion i sengekapaciteten, end det var forventet i Sygehusplan 2000, jf. afsnit V.B.

Det var i Sygehusplan 2000 forventet, at den ændrede opgavefordeling og organisering af samarbejdet mellem hospitalerne sammen med en nedbringelse af sengetallet ville føre til en samlet personalereduktion i år 2000 på ca. 1.650 årsværk. H:S anførte, at årsværksreduktionen 1995-1998, som følge af Sygehusplan 2000 m.m., har udgjort ca. 800 stillinger. Omregnes den forventede personalereduktion i forhold til den akkumulerede driftsbesparelse, som ved udgangen af 1998 var forudsat til 225 mio. kr., er der stort set overensstemmelse mellem den forventede personalereduktion og den realiserede.

84. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at budgetterne for henholdsvis 1999 og 2000 er udarbejdet på baggrund af "1. delrapport fra arbejdsgruppen vedrørende det økonomiske grundlag for H:S 1999-2002" fra maj 1998. Arbejdsgruppen, som udarbejdede rapporten, bestod af embedsmænd fra Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune, Finansministeriet, Sundhedsministeriet og H:S Direktionen.

Det fremgår af rapporten, at Sygehusplan 2000 stort set er gennemført. Det fremgår endvidere, at gennemførelsen af Sygehusplan 2000 på mellemlang sigt vil give en yderligere driftsbesparelse på 140 mio. kr. som følge af lukningen af Kommunehospitalet. Denne besparelse er næsten fuldt ud indarbejdet i H:S' opgørelser over budgetterede besparelser for 1999 og 2000.

Rapportens udgangspunkt om, at Sygehusplan 2000 vil give anledning til 140 mio. kr. i yderligere besparelser medfører, at besparelserne som følge af Sygehusplan 2000 ikke vil blive så store som forventet i Sygehusplan 2000. Dette begrundes af Rigsrevisionen med, at de budgetterede driftsbesparelser, frem til og med 1998 bl.a. som følge af Sygehusplan 2000 (i alt på 191,5 mio. kr., jf. tabel 15) samt de nye besparelser på 140 mio. kr., ikke medfører de forventede driftsbesparelser på 435 mio. kr. i Sygehusplan 2000.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at H:S har formuleret klare målsætninger med henblik på at realisere de politiske målsætninger om en bedre ressourceudnyttelse. Dette er bl.a. gjort ved at opstille eksplicitte krav til varige driftsbesparelser. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at H:S ikke har foretaget specifikke opgørelser, som kan vise, om kravene er opfyldt.

Rigsrevisionen har imidlertid noteret sig, at H:S Direktionen løbende har informeret bestyrelsen om, at der på konkrete områder var problemer med fuldt ud at realisere Sygehusplan 2000's besparelser, ligesom H:S Bestyrelsen har været fuldt informeret om, at det ikke har været muligt at isolere virkningen af Sygehusplan 2000 fra andre udgiftsændringer på hospitalerne.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at H:S burde have foretaget opgørelser af besparelserne i forhold til de mål, som Sygehusplan 2000 opstillede, således at det efterfølgende kunne være afprøvet, i hvilket omfang målsætningerne var opfyldt.

Rigsrevisionens undersøgelse har således vist, at der er en vis usikkerhed ved H:S' opgørelser af både omfanget og årsagen til de gennemførte besparelser. Rigsrevisionen finder – på baggrund af H:S' egne opgørelser – at Sygehusplan 2000 har givet anledning til betydelige besparelser som følge af kapacitetsreduktioner og effektiviseringer, men besparelserne er dog ikke så store som forventet i Sygehusplan 2000. En endelig opgørelse over omfanget af de gennemførte besparelser har det dog ikke været muligt at foretage.

85. Sundhedsministeriet har i december 1999 over for Rigsrevisionen oplyst, at det er ministeriets vurdering, at det i perioden er lykkedes H:S i det væsentligste at gennemføre en meget omfattende og dybtgående, men nødvendig omstrukturering af sygehusvæsenet, og at det ligeledes er lykket at gennemføre besparelser i forventet størrelsesorden samtidig med, at man har gennemført en række omkostningskrævende forbedringer på lige fod med Sygehusvæsenet i det øvrige land inden for fx psykiatri, hjerteplan, ny medicin m.m.

Rigsrevisionen skal hertil anføre, at det klart fremgik af begrundelsen for etableringen af H:S, at formålet var at udnytte ressourcerne bedre. Ved førstebehandling af lovforslaget om H:S i november 1994 anførte den daværende sundhedsminister bl.a., at "H:S skaber mulighed for at gennemføre nogle klare serviceforbedringer for borgerne og oven i købet en række forbedringer, der samtidigt vil indebære en bedre udnyttelse af de eksisterende ressourcer på området".

Rigsrevisionen anerkender de store omstruktureringer og besparelser mv., der er gennemført i perioden. Endvidere har Rigsrevisionen noteret sig H:S' oplysning om, at man reelt ikke har haft mulighed for at opgøre Sygehusplan 2000's besparelser isoleret, da planen har haft så gennemgribende effekt overalt i H:S. Under hensyn til, at et af hovedformålene med etablering af H:S var at opnå effektiviseringer, er det fortsat Rigsrevisionens opfattelse, at regnskabsaflæggelsen vedrørende Sygehusplan 2000 burde være tilrettelagt på en sådan måde, at man efterfølgende kunne have afprøvet, i hvilket omfang Sygehusplan 2000's økonomiske forudsætninger var opfyldt.

Rigsrevisionen skal anbefale, at den økonomiske styring fremover tilrettelægges med mere fokus på aktivitetsstyring på en sådan måde, at det i større omfang er muligt at efterprøve økonomiske beslutninger af vidtrækkende betydning.

c. Ombygningsudgifter som følge af gennemførelsen af Sygehusplan 2000

86. Som led i Sygehusplan 2000 skulle der – som anført i tabel 11 – anvendes 600 mio. kr. til ombygninger. Heraf skulle der bruges 480 mio. kr. til ombygninger og 120 mio. kr. til montering og apparaturanskaffelser mv. Det fremgår af Sygehusplan 2000, at ombygningsudgifterne var opgjort i medio 1995-priser. Som tidligere anført var ombygningsudgifterne baseret på et groft skøn.

I modsætning til de planlagte driftsbesparelser har H:S i regnskaberne for 1996, 1997 og 1998 specifikt opgjort ombygningsudgifterne som følge af Sygehusplan 2000. H:S har i et notat fra maj 1999 opgjort status vedrørende forventningerne til det samlede investeringsprogram for Sygehusplan 2000. I **tabel 16** er de planlagte ombygningsudgifter, jf. Sygehusplan 2000 sammenholdt med oplysningerne i notatet for perioden 1996-1999.

Tabel 16. Forventede og realiserede ombygningsudgifter

	Revideret bevilling/ totaludgift	1996	1997	1998	1999	I alt
	----- Mio. kr. -----					
Sygehusplan 2000's forventede ombygningsudgifter	-	160,0	275,0	165,0	-	600,0
Totaludgift i alt	583,8	103,4	192,4	146,8	150,1	592,7
Kilde: Notat af 19. maj 1999, der blev behandlet på bestyrelsesmøde den 26. maj 1999.						

Det fremgår af tabel 16, at der i perioden umiddelbart har været et mindreforbrug på ca. 8 mio. kr. i forhold til Sygehusplan 2000's forventede udgifter.

H:S anfører, at der, ved en sammenligning af den nu forventede totaludgift med det oprindelige overslag, skal tages hensyn til, at der løbende er foretaget justeringer af programmet på en række punkter. Programmet er løbende blevet tilført en række øgede ombygningskrav, og programmet er afviklet i et andet prisniveau end det oprinde-

lige overslag. Omvendt er en række projekter fragået programmet, som i stedet finansieres i et særskilt program. Det drejer sig fx om etableringen af psykiatri på Amager og udgiften til ombygning af psykiatrien på Frederiksberg Hospital og Sct. Hans Hospital.

H:S har i januar 2000 opgjort ændringerne i henhold til disse justeringer.

Tabel 17. Justeringer i Sygehusplan 2000 investeringsprogram, grupperet efter type af ændringer

	Mio. kr.
Tilførsler ved projektførøgelser.....	86,5
Tilførsler som følge af pris-/indekskorrektion	48,1
Nedsættelser som følge af udgåede projekter	÷144,5

Det fremgår af **tabel 17**, at den væsentligste ændring er nedsættelser som følge af udgåede projekter. De projekter, som er fragået ombygningsprogrammet for Sygehusplan 2000, stod for ca. 142,6 mio. kr. eller næsten 1/4 af de samlede forventede udgifter til ombygninger som følge af Sygehusplan 2000.

Omvendt er der tilført ændringer i programmet ved projektførøgelser på ca. 86,5 mio. kr. Endvidere er udgifterne vokset med 48,1 mio. kr. som følge af priskorrektion, idet udgifterne i Sygehusplan 2000 var beregnet i 1995-priser.

Det fremgår således af tabellen, at H:S for de afsatte midler har fået færre ombygninger, end det var forventet i Sygehusplan 2000, da flere projekter er fragået programmet, end der er kommet nye projekter til.

87. Rigsrevisionen har konstateret, at mange af de planlagte ombygninger er blevet forsinket, hvilket også kan ses ved, at udgifterne til ombygninger i de 3 første år har været lavere end forventet. Endvidere udestår fortsat enkelte projekter, fx investeringer i akutklinikker på Bispebjerg Hospital og Frederiksberg Hospital.

Rigsrevisionens bemærkninger

En væsentlig begrundelse for etableringen af H:S var en forventning om en effektivisering af sygehusdriften med varige driftsbesparelser til følge. H:S angav i Sygehusplan 2000, hvorledes disse besparelser kunne opnås. I planen blev det opgjort, at der fra år 2000 og fremefter kunne forventes en årlig driftsbesparelse på 435 mio. kr.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at Sygehusplan 2000 har givet anledning til betydelige besparelser som følge af kapacitetsreduktioner og effektiviseringer. Der er dog en vis usikkerhed knyttet til H:S' opgørelser af både omfanget og årsagen til de gennemførte besparelser. Dette skyldes, at H:S ikke har udarbejdet en samlet opgørelse af realiserede besparelser som følge af Sygehusplan 2000, idet økonomistyringen ikke har været tilrettelagt på en sådan måde, at man efterfølgende har kunnet opgøre, i hvilket omfang Sygehusplan 2000 besparelsesmål er opfyldt.

En endelig opgørelse over omfanget af de gennemførte besparelser har det således ikke været muligt at foretage.

Under hensyn til, at et af hovedformålene med etablering af H:S var at opnå effektiviseringer, er det Rigsrevisionens opfattelse, at regnskabsaflæggelsen vedrørende Sygehusplan 2000 burde have været tilrettelagt, så det efterfølgende kunne dokumenteres, i hvilket omfang Sygehusplan 2000's besparelser og øvrige økonomiske forudsætninger var opfyldt.

Rigsrevisionen har imidlertid noteret sig, at H:S Direktionen løbende har informeret bestyrelsen om, at der på konkrete områder var problemer med fuldt ud at realisere Sygehusplan 2000's besparelser, da planen har haft så gennemgribende effekt overalt i H:S, ligesom H:S Bestyrelsen har været fuldt informeret om, at det ikke har været muligt at isolere virkningen af Sygehusplan 2000 fra andre udgiftsændringer på hospitalerne.

Rigsrevisionen skal anbefale, at den økonomiske styring fremover tilrettelægges med mere fokus på aktivitetsstyring, så det er muligt at efterprøve økonomiske beslutninger af større betydning.

D. Kvalitetsudvikling

88. Det fremgår både af H:S-loven og Sygehusplan 2000, at det overordnede formål med etableringen af H:S var at sikre borgerne adgang til undersøgelse, behandling og pleje af høj kvalitet. Det fremgår tillige af Sygehusplan 2000, at en systematisk anvendelse af kvalitetsudvikling var en væsentlig forudsætning for, at opgaverne kunne løses med høj kvalitet. Desuden fremgik det af aftalen fra juni 1994

mellem staten og de 2 hovedstadskommuner, at muligheden for at reducere antallet af afdelinger, der har døgnvagt, skulle give flere lægetimer til rådighed i dagsarbejdstiden, og dermed ville muligheden for at sikre kontinuitet og kvalitet i sygehusbehandlingen øges. Tilsvarende ville etableringen af H:S bl.a. muliggøre et bredere patientunderlag under de specialiserede afdelinger, jf. pkt. 32.

H:S opstillede i Sygehusplan 2000 forskellige initiativer til at opnå en højere kvalitet, herunder 10 generelle servicemål, som H:S' bestyrelse vedtog i forbindelse med dannelsen af H:S.

Rigsrevisionen har undersøgt, hvorvidt H:S har iværksat Sygehusplan 2000's kvalitetsinitiativer og sikret, at målet om højere kvalitet er opnået.

a. Sygehusplan 2000

89. Det er H:S' overordnede målsætning for patientbehandling at øge kvaliteten af både den faglige indsats og af hospitalernes service baseret på en forløbs- og resultatorienteret tankegang. I den forbindelse skal

- hospitalerne i H:S sikre høj kvalitet for patienten i hele forløbet fra første kontakt med sundhedsvæsenet til behandlingen er afsluttet
- undersøgelse, behandling, pleje og information gives på et højt fagligt niveau
- indsatsen udføres og opleves af patienterne som et samlet kvalificeret forløb
- resultaterne vurderes og dokumenteres i forhold til den opnåede sundhedsmæssige effekt, patienternes tilfredshed og ressourceanvendelsen.

H:S' direktion skal ifølge Sygehusplan 2000 bistå i arbejdet med kvalitetsudvikling og skal i samarbejde med medarbejderne og ledelserne på hospitalerne sikre en fortsat udvikling af metoder og redskaber til brug for de enkelte institutioner. Det fremgår af Sygehusplan 2000, at der skulle udarbejdes en fælles strategi for kvalitetsudvikling i H:S. Herudover skulle rammerne og de overordnede kvalitetsmål fastsættes centralt, mens hvert hospital, center og afdeling skulle opstille en strategi, der omsætter de over-

ordnede kvalitetsmål til lokale mål for den faglige indsats og for servicen til strategier og konkrete projekter. Baggrunden for arbejdet med kvalitetsudvikling er således, at de personer, som arbejder med opgaverne i hverdagen, er de bedste til at følge og forbedre kvaliteten. Det var endvidere hensigten, at brugerne skulle inddrages i kvalitetsudviklingen, og at der skulle oprettes tværfaglige kvalitetsråd på tværs af hospitalerne. Yderligere skulle der formuleres en strategi for kliniske databaser i H:S, en H:S-strategi for medicinsk teknologivurdering (MTV) og udvikling af en elektronisk patientjournal. En del af dette arbejde skulle foregå i H:S' kvalitetsråd og i de sundhedsfaglige råd.

90. Som en del af arbejdet med kvalitetsudvikling i H:S vedtog H:S' bestyrelse i december 1994 følgende 10 servicemål:

Servicemål nr. 1: Maks. 7 dage fra hospitalet har modtaget henvisningen, indkaldes patienten til forundersøgelse/indlæggelse, og der sendes kopi til egen/henvisende læge.

Servicemål nr.2: Maks. 14 dage fra hospitalets afsendelse af indkaldelse til forundersøgelse og til forundersøgelsen finder sted.

Servicemål nr. 3: Maks. 3 måneders ventetid fra henvisning til operation/behandling.

Servicemål nr. 4: Udskrivningsbrev (epikrise) bør afsendes på udskrivningsdagen og senest 3. hverdag efter patientens udskrivning.

Servicemål nr. 5: Patienter må kun undtagelsesvis henvises til at ligge på gangen. Der udarbejdes nærmere retningslinjer herom.

Servicemål nr. 6: Med henblik på at optimere kontinuiteten i indlæggelsesforløbet bør der for alle patienter – i det omfang det er muligt – på indlæggelsesdagen fastlægges en samlet plan for forløbet, normalt omfattende undersøgelse, behandling, pleje og information, ligesom lægeteam og plejeteams bør indføres.

Servicemål nr. 7: Den maksimale ventetid inden påbegyndt undersøgelse og behandling i forbindelse med skadestuebesøg bør ikke overstige 1 time.

Servicemål nr. 8: I ambulatoriet bør patienten ikke vente mere end 15 minutter, og egen læge bør tilsendes lægebrev eller kopi af ambulatorienotatet med jævne mellemrum.

Servicemål nr. 9: Maks. 5 % aflyste operationer af årsager, som ikke skyldes patientens tilstand.

Servicemål nr. 10: Det bør sikres, at der på alle hospitaler og afdelinger under H:S formuleres og arbejdes med kvalitetsmål inden for områder, som vurderes som vigtige for kvaliteten af de enkelte afdelingers samlede ydelser, samt systematisk indhentes dokumentation for opfyldelsen af disse mål.

Det fremgik af Sygehusplan 2000, at ventetidsmålene skulle konkretiseres og edb-registreringerne ensrettes, så graden af målopfyldelse kunne vurderes validt på tværs af institutionerne ud fra data i de administrative edb-systemer.

b. Status for Sygehusplan 2000's initiativer

91. Rigsrevisionens gennemgang har vist, at hovedparten af Sygehusplan 2000's initiativer er blevet gennemført, jf. **tabel 18**.

Tabel 18. Gennemførelse af Sygehusplan 2000's kvalitetsinitiativer

Sygehusplan 2000's kvalitetsinitiativer	Gennemført
Strategi for kvalitetsudvikling	Ja, oktober 1998
Forslag til målrettet brugerindflydelse	Ja, november 1998
Nedsættelse af tværfaglige specialeråd	Ja, oprettet 20
Strategi for kliniske databaser	Ja, 1996
Strategi for medicinsk teknologivurdering	Ja, oktober 1998
Udviklingsarbejde om elektronisk patientjournal	Pågår som led i strategi for kvalitetsudvikling og MTV

Som led i det videre arbejde med kvalitetsudvikling er der i strategien for kvalitetsudvikling og MTV i H:S i 1998 til år 2002 opstillet 7 indsatsområder: hensigtsmæssige patientforløb, forbedring af den kliniske dokumentation, øget brugerinddragelse, fokus på kommunikation mellem behandler og bruger, fokus på klinisk hverdag, opfølgning og dokumentation af H:S' servicemål samt medicinsk teknologivurdering på alle beslutningsniveauer. For hvert af disse indsatsområder er der opstillet nogle overordnede målsætninger. Opgaver og ansvar for indsatsområderne er be-

skrevet i et særskilt notat fra H:S, ”Rammer og baggrund for kvalitetsudvikling og medicinsk teknologivurdering”.

Arbejdet med de 7 indsatsområder vil blive nærmere behandlet i den kommende beretning om økonomistyringen i H:S. Endvidere vil H:S’ opfølgning af de 10 service-mål også blive behandlet der.

c. Ventetider

92. Det fremgår af Status for Sygehusplan 2000 fra 1999, at der ikke kan gives noget samlet billede af, hvorvidt de forventede forbedringer af kvaliteten er opnået. Vurderingen er imidlertid, at kvaliteten af undersøgelse og behandling ikke synes at være forringet. Det er ligeledes anført, at ventetider i H:S er blandt landets korteste. Det er videre oplyst, at Sygehusplan 2000’s garanti om højst 3 måneders ventetid på operation gælder fra 1. januar 1998.

H:S har i regnskaberne for 1996 og 1997 – men ikke i 1995 og 1998 regnskaberne – sammenholdt udviklingen i ventetider i H:S med amternes, henholdsvis hele landets. Oplysningerne bygger på Sundhedsstyrelsens ventelisteregister og er gengivet i [tabel 19](#).

Tabel 19. Medianventetider for H:S, amterne og hele landet

	December	Marts	August	December	Januar	April	Juli	Oktober
	1995	----- 1996 -----			----- 1997 -----			
	----- Dage -----							
H:S.....	26	23	31	27	35	34	24	29
Amterne.....					46	40	31	39
Hele landet...	34	34	46				33 ¹⁾	
¹⁾ Hele landet juni 1997. Kilde: Analyse af ventelisteregistreringen, Sundhedsministeriet. Note: Medianen er beregnet ved at sortere alle patienterne efter ventetid. Er der et ulige antal patienter, vil medianen være ventetiden for den "midterste" patient i rækken. Er der et lige antal patienter, vil medianen være gennemsnittet af ventetiden for de 2 midterste patienter. Kilde: H:S' regnskab 1996 og 1997.								

Af tabellen kan det udledes, at den gennemsnitlige medianventetid i 1997 i H:S var på 30 dage, hvilket var noget lavere end amternes. H:S havde således i forhold til amterne de korteste ventetider i 1997. H:S lå tilsvarende under niveauet for hele landet ultimo 1995 og marts og august 1996. Det bemærkes, at der er tale om mediantider, og at en medianventetid for hele landet i august 1996 på 46 dage svarede til en gennemsnitlig ventetid på 85 dage. Tilsva-

rende svarede en medianventetid på 33 dage i juni 1997 til en gennemsnitlig ventetid på 70 dage.

H:S' ventetider ligger i tråd med Sygehusplan 2000's målsætning om at tilstræbe, at ventetiderne i 1998 ikke overstiger 3 måneder. Rigsrevisionen finder det positivt, at H:S' medianventetider var lavere end landsgennemsnittet, henholdsvis amternes.

93. Sundhedsministeriet offentliggjorde i september 1999 en oversigt over udviklingen i de samlede ventetider til operationer for perioden 1993-1998 på landsplan, tallene er gengivet i **tabel 20**.

Tabel 20. Gennemsnitlig ventetid for opererede patienter (i dage) og andelen i %, der ventede over 3 måneder på behandling

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Gennemsnitlig bruttoventetid, dage.....	92	100	100	97	92	91
Andel i % af afsluttede, der ventede over 3 måneder.....	31	34	35	33	31	32
Kilde: Sundhedsministeriets udtræk fra Landspatientregistret.						

Tabellen viser, at den gennemsnitlige bruttoventetid på landsplan faldt fra 92 dage i 1993 til 91 dage i 1998. Andelen af patienter, der ventede over 3 måneder på behandling, er steget fra 31 % til 32 %.

94. Sundhedsministeriet har ikke offentliggjort specifikke tal for H:S i perioden, og Rigsrevisionen anmodede derfor H:S om at udarbejde en oversigt over udviklingen i de faktiske ventetider de seneste år. H:S fremkom med 2 oversigter. Oversigterne viser udviklingen i de gennemsnitlige ventetider ved 12 udvalgte operationer i H:S i perioden 1995-1998. Disse 12 udvalgte operationer indgår alle i Sundhedsministeriets landsdækkende informationssystem med aktuelle ventetidsoplysninger på Internettet for 24 operationstyper.

H:S tilføjede efterfølgende, at de 12 operationer alle var operationer, der igennem en lang årrække havde været praksis for at følge op på landsplan. H:S oplyste supplerende, at 6 af de 12 operationer, som ikke var medtaget i H:S' tidsserie, var i kategorien livstruende sygdomme, dvs. kræftsygdomme og hjertesygdomme, mens de reste-

rende 6 var operation for galdesten, nyresten, sterilisation (mænd), ledbåndsrekonstruktion i knæ, fjernelse af mandler og udlevering af høreapparat (som ikke er en operation). For så vidt angik de 6 livstruende sygdomme, fandt H:S det rigtigt at medtage historiske data for disse, da der for disse gjaldt kortere ventetids mål end målsætningen om maksimalt 3 måneders ventetid. Og for de øvrige 5 operationer var der i alle tilfælde tale om operationer, der udføres i et relativt beskedent omfang.

Den ene af H:S' oversigter indeholdt ventetider på udvalgte elektive operationer, mens den anden oversigt tillige indeholdt akut aktivitet. I begge oversigter er der tillige anført den vægtede gennemsnitlige ventetid for de 12 operationer i alt. Denne er beregnet ud fra den gennemsnitlige ventetid for de 12 operationer og antallet af de enkelte operationer. I **tabel 21** er vist de vægtede gennemsnitlige ventetider og det tilhørende samlede antal operationer for henholdsvis de elektive og elektive inkl. akutte.

Tabel 21. Udviklingen i de gennemsnitlige ventetider målt i antal dage i H:S 1995-1998

	1995	1996	1997	1998	Ændring 1995-1998
	----- Dage -----				%
Gennemsnitlig ventetid for 12 operationer, ekskl. akut indlagte	130	107	123	113	÷13,1
Gennemsnitlig ventetid for 12 operationer, inkl. akut indlagte	104	86	99	92	÷11,5

Tabellen viser, at der er sket et fald i den gennemsnitlige ventetid fra 1995 til 1998, hvad enten ventetiden opgøres inkl. eller ekskl. akut indlagte. Tabellen viser videre, at ventetidsforudsætningen (maks. 3 måneder) er overholdt, hvis der indgår akut indlagte patienter i vurderingen. Den gennemsnitlige ventetid for de 12 operationer ekskl. akut indlagte overstiger dog de 3 måneder.

Rigsrevisionen kan i øvrigt konstatere, at de 12 operationer tilsammen udgør under 10 % af det samlede antal operationer i H:S. Rigsrevisionen finder, at der med fordel kunne inddrages ventetidsoplysninger for flere operationstyper, således at der fremkom et mere dækkende billede,

ligesom det gav mulighed for at vurdere udviklingen i ventetiden for andre operationstyper.

H:S har hertil efterfølgende anført, at fokus i ventetidsstatistikker har været rettet mod ventetiden til udvalgte specifikke operationstyper (de 12), hvor antallet af operationer har et betydende omfang, eller hvor der traditionelt har været ventetidsproblemer. H:S tilføjede, at hvis der skulle gives et mere dækkende billede af ventetidsoplysninger i forhold til det samlede antal operationer, ville antallet af særskilte operationstyper, der følges op på, skulle øges ganske betydeligt på bekostning af overblikket, idet der er tale om mange forskellige operationstyper, hver især med et lille årligt antal opererede.

d. Andre kvalitetselementer

95. Som nævnt var et af målene med H:S også, at en reduktion i antallet af døgnbemandede afdelinger skulle give flere lægetimer til rådighed i dagarbejdstiden og dermed styrke mulighederne for at sikre kontinuitet og kvalitet i sygehusbehandlingen. Det har ikke umiddelbart været muligt for Rigsrevisionen at efterprøve dette, hvilket bl.a. skyldes, at en reduktion af en døgnfunktion et sted (ofte) har afstedkommet en udvidelse/udbygning af funktionen på et andet hospital, og at data ikke giver mulighed for at efterprøve effekten heraf.

96. I Status for Sygehusplan 2000 fra januar 1999 tilkendegav H:S, at kvalitetsudviklingen i H:S generelt havde karakter af projekter og ikke var blevet en integreret del af hverdagen. H:S anførte videre, at implementering og ikke mindst fastholdelse af de opnåede resultater syntes at være en stor udfordring og fortsat voldte problemer. Rigsrevisionen vil i den kommende beretning om H:S' styring nærmere behandle kvalitetsaspektet, herunder de forskellige tiltag der har været på hospitals- og afdelingsniveau, bl.a. patientforløbsbeskrivelser og kliniske databaser.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen har konstateret, at der i Sygehusplan 2000 var opstillet en række initiativer på kvalitetsområdet. Rigsrevisionen finder det positivt, at H:S har iværksat hovedparten af disse initiativer, herunder at der er udformet en strategi for kvalitetsudvikling og medicinsk teknologivurdering. Det

er positivt, at der som led heri er opstillet indsatsområder for den videre udvikling med arbejdet med kvalitet i H:S.

Med hensyn til ventetidsmål og ventetidsoplysninger finder Rigsrevisionen det positivt, at H:S' ventetider i 1995, 1996 og 1997 har ligget lavere end ventetiderne i Danmark som helhed. Rigsrevisionen finder det tilsvarende tilfredsstillende, at udviklingen i ventetider for de 12 udvalgte operationer har udviklet sig positivt fra 1995 til 1998, og at H:S nærmer sig ventetidsmålet for disse operationer. Rigsrevisionen har dog noteret sig, at disse oplysninger kun vedrører en lille del – omkring 10 % – af det samlede antal operationer. Oplysningerne kunne med fordel udvides til at omfatte en større del af de samlede operationer, ligesom udviklingen i ventetider for andre typer af operationer, som måske ikke har så stor offentlig bevågenhed, også er relevant.

VI. Aktivitetsregistreringer, aktivitetsudvikling og produktivitetsanalyser

97. Det er hensigten med dette kapitel at undersøge udviklingen i aktiviteterne og produktiviteten i H:S fra 1995 til 1998. Kapitlet indledes med en analyse af Sundhedsstyrelsens registreringer i Landspatientregistret, idet kvaliteten af disse oplysninger er en fundamental forudsætning for de videre analyser.

A. Aktiviteter

a. Mindstekrav til aktivitetsregistreringer

98. Sundhedsstyrelsen fastsætter mindstekravene til sygehusenes aktivitetsregistreringer ud fra Sundhedsstyrelsens "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 1999", som definerer de specifikke krav til dataindholdet i sygehusejernes indberetninger til Landspatientregistret. Landspatientregistret er et centralt individbaseret register, hvortil H:S og amterne månedligt indrapporterer oplysninger fra de lokale hospitalsinformationssystemer om behandlingsaktiviteten. Landspatientregistret indeholder oplysninger ved somatiske sygehuse siden 1977. Ifølge Sundhedsministeriets bekendtgørelse af 2. november 1998 om "Forskrifter for Landspatientregistret" er det bl.a. registerets formål at danne grundlag for Sundhedsstyrelsens løbende sygehusstatistik til belysning af sygehusenes aktivi-

teter, at forsyne de ansvarlige myndigheder med det nødvendige beslutningsgrundlag til sygehusplanlægningen og at bidrage til medicinsk forskning og kvalitetssikring i sygehusvæsenet.

Mindstekravene til registreringsindhold, datastruktur, validering osv. i forbindelse med sygehusejernes indberetninger fastsættes af ”Koordinationsgruppen for individbaseret registrering”, som står for at gennemføre en indholdsmæssig koordinering af patientregistreringen og stille forslag til nye registreringer. Gruppen er p.t. sammensat af repræsentanter for amterne og H:S, Demografisk Institut i Århus, Amtsrådsforeningen, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

99. Ifølge Sundhedsstyrelsens mindstekrav skal sygehusejerne indberette afsluttede behandlingsforløb for patienter i følgende 4 kategorier: heldøgns-, deldøgns-, ambulatorium- og skadestuepatienter.

Det ressourceforbrug, der er medgået til at afslutte behandlingsforløbet, indberettes i form af oplysninger om antal *sengedage/behandlingsdage* (for hel-/deldøgnspatienter) eller antal *besøg* (ambulante/skadestuepatienter).

I [skema 1](#) er Landspatientregistrets krav til registreringenheder og ressourceforbrug sammenfattet. Oplysningerne registreres både for det somatiske og det psykiatriske område.

Endvidere registreres oplysninger om operationer via en procedurekode og kan forekomme i alle 4 kategorier, dog er registreringen af operationer af skadestuepatienter frivillig.

Skema 1. Landspatientregistrets krav til registreringsenheder og ressourceforbrug

Patient-kategori	Afsluttede behandlingsforløb	Ressource-enhed
Heldøgnspatient	Heldøgnsudskrivning	Heldøgnsengedage
Deldøgnspatient	Deldøgnsudskrivning	Deldøgnsengedage
Ambulatoriepatient	Afsluttet ambulant forløb	Ambulant besøg
Skadestuepatient	Skadestuebesøg	

Sundhedsministeriet oplyste efterfølgende, at ministeriet sidestillede deldøgnsbehandling med ambulant behandling,

og at deldøgnsbehandlingsdage indgik i ministeriets opgørelse af ambulante aktivitet i "Sundhedssektoren i tal 1998".

100. Landspatientregistret indeholdt fra oprettelsen i 1977 alene oplysninger om virksomheden på heldøgnsafsnit ved somatiske sygehuse. Det psykiatriske område blev først omfattet fra 1995. Registrering af deldøgns-, ambulante og skadestuepatienter blev obligatorisk fra 1. januar 1991, men ifølge Sundhedsstyrelsens "Virksomheden ved sygehuse" for 1995 og 1996 kom disse oplysninger først med i aktivitetsindberetningerne for 1995. Indberetningerne for 1995 viste sig efterfølgende ikke at have tilstrækkelig høj kvalitet, hvorfor Sundhedsstyrelsen fandt, at der først for 1997 findes pålidelige tal for den ambulante aktivitet mv. I Sundhedsstyrelsens 1999-udgave vurderedes det således, at oplysningerne om den ambulante virksomhed vedrørende 1997 havde nået et kvalitetsniveau, som gjorde det muligt at offentliggøre tal herfra.

Rigsrevisionen finder det utilfredsstillende, at der først foreligger pålidelige tal for den ambulante aktivitet fra 1997 på alle landets hospitaler, særlig når omfanget og udviklingen på det ambulante område i perioden tages i betragtning. Rigsrevisionen skal dog bemærke, at der ikke er tale om et isoleret H:S-problem.

Sundhedsministeriet har efterfølgende oplyst, at ministeriet er enig med Rigsrevisionen i, at det er utilfredsstillende, at registreringen af den ambulante aktivitet på landsplan først er pålidelig fra 1997. Sundhedsministeriet har videre anført, at intet andet land i verden har landsdækkende, registerbaserede data på individniveau om stort set samtlige sygehusindlagte patienter (somatiske og psykiatriske) gennem over 20 år. Inden for de seneste 10 år er tillige registreringen af ambulante, deldøgns- og skadestuepatienter blevet obligatorisk. Endelig har Sundhedsministeriet oplyst, at der for øjeblikket i amterne og i H:S foregår et omfattende arbejde med yderligere at forbedre kvaliteten af indberetningerne til registret og dermed validiteten.

101. H:S har ligeledes efterfølgende oplyst, at indberetning af deldøgns-, ambulante og skadestuepatienter blev påbegyndt for samtlige H:S-hospitaler fra 1. januar 1995, idet der var opnået dispensation fra Sundhedsstyrelsen

frem til dette tidspunkt. H:S vurderede, at implementeringen af denne registrering medførte store ændringer i afdelingernes praksis, og at det var indtrykket, at registreringen først fuldt ud blev indarbejdet som en fast rutine i løbet af 1995.

H:S anførte ligeledes, at patientregistreringen foregår decentralt på de enkelte afdelinger, og at data fra det første år med nye registreringer i en vis udstrækning bliver mangelfulde, da store omlægninger i registreringer kræver tekniske justeringer i edb-programmel, etablering af edb-arbejdspladser i ambulatorier og en meget stor uddannelsesindsats over for de mange medarbejdere, der forestår den daglige registrering.

b. H:S' aktivitetsoplysninger

102. I H:S-årsregnskaberne er vist en aktivitetsoversigt indeholdende udviklingen i heldøgnsudskrivinger, ambulante besøg, deldøgns- og heldøgnsseudage. I **tabel 22** er vist H:S' aktivitetsoplysninger.

Tabel 22. H:S' aktiviteter for 1995-1998

	1995- regnskab	1995, jf. 1997- regnskab	1996	1997	1998	Ændring 1995-1998
	----- Antal -----					%
Heldøgnsudskrivinger	171.981	168.128	166.534	165.649	168.778	0,4
Ambulante besøg.....	706.839	767.761	733.564	789.509	833.879	8,6
Deldøgnsseudage	181.798	175.848	164.460	179.866	189.441	7,7
Heldøgnsseudage	1.580.169	1.578.206	1.513.853	1.459.221	1.433.125	÷9,2
Kilde: H:S' regnskaber – aktivitetsoversigterne.						

Det fremgår af tabel 22, at antallet af heldøgnsudskrivinger er steget med 0,4 % i perioden. Antal ambulante besøg er steget med 8,6 % i perioden, og antal deldøgnsseudage er steget med 7,7 %. Antal heldøgnsseudage er faldet med 9,2 % i perioden. Der optræder som vist i tabellen ingen oplysninger om deldøgnsudskrivinger, afsluttede ambulante forløb eller skadestueforløb.

Tallene i tabel 22 tegner umiddelbart et billede af en forskydning af behandlingsaktiviteten fra stationær (hel-/deldøgnsophold) imod ambulant behandling.

H:S' aktivitetsoversigt er udarbejdet i overensstemmelse med Indenrigsministeriets regler, men da der er tale om

minimumskrav, kan H:S vælge at angive yderligere oplysninger ud over mindstekravene. Rigsrevisionen har konstateret, at H:S i sin offentliggørelse af tallene i regnskaberne opfylder mindstekravene for regnskabsoplysninger samt tillige Sundhedsstyrelsens mindstekrav til registreringsindhold. Rigsrevisionen finder dog, at H:S' regnskabsoplysninger med fordel kunne udbygges med oplysninger om antal skadestuebesøg, fordi det kunne give regnskabslæseren større information om aktiviteterne.

H:S har hertil efterfølgende anført, at man vil overveje i fremtidige regnskaber at vise antallet af skadestuebesøg.

H:S oplyste, at man i øvrigt var i besiddelse af oplysningerne herom.

c. Rigsrevisionens analyse af H:S' aktiviteter

103. Da det ikke har været muligt at give en beskrivelse af alle 4 aktivitetsforløb (heldøgnsudskrivinger, del-døgnsudskrivinger, afsluttede ambulante forløb samt skadestuebesøg) ud fra oplysningerne i aktivitetsoversigter i H:S' regnskab, har Rigsrevisionen undersøgt mulighederne for at beskrive og vurdere udviklingen i H:S' samlede aktiviteter på det somatiske område i perioden fra 1995 til 1998 ud fra andre oplysninger.

Sundhedsstyrelsen offentliggør årligt en statistik "Virksomheden ved sygehuse" samt ad hoc "Nye tal fra Sundhedsstyrelsen", hvor sidstnævnte indeholder mere foreløbige statistikudtræk fra Landspatientregistret. Sundhedsministeriet kan endvidere udtrække oplysninger fra Landspatientregistret gennem Sundhedsstyrelsen, som har driftsansvaret for Landspatientregistret. Alle opgørelser bygger i princippet på samme basisregistreringer og stammer fra de lokale systemer (Grønt System), hvorfra de videreleveres til Landpatientregistret. Sundhedsstyrelsens statistik "Virksomheden ved sygehuse" er endvidere udbygget ved information gennem indberetningsskemaer fra H:S og amterne, herunder bl.a. vedrørende antal sengepladser, mens Sundhedsstyrelsen "Nye tal" er mere summariske. "Virksomheden ved sygehuse" offentliggøres ca. 1 1/2 år efter årsafslutningen. Uanset at kilderne bygger på samme stamdata, er talopgørelserne forskellige. Sundhedsministeriet har hertil anført, at Landspatientregistret er et levende register, som løbende bliver opdateret. Resultatet af ud-

træk fra registret er derfor afhængig af, hvilket tidspunkt udtrækket er foretaget på og afgrænsningen.

104. H:S' regnskabsoplysninger kan ikke umiddelbart sammenlignes med Sundhedsstyrelsens statistikker. Det skyldes bl.a., at når en rask pårørende indskrives sammen med et sygt barn i forbindelse med hospitalsindlæggelse, repræsenterer den pårørende ikke en selvstændig behandlingsaktivitet, men bliver registreret som sådan. H:S har i sine aktivitetstal valgt ikke at medtage oplysninger om nyfødte og raske ledsagere, hvilket på den anden side giver et mere retvisende billede af den egentlige behandlingsaktivitet. H:S har hertil bemærket, at Sundhedsstyrelsen er i stand til at udtrække tilsvarende oplysninger ved angivelse af diagnose. Oplysninger om raske og nyfødte indgår af historiske årsager som udskrivninger i Landspatientregistret, men udgør en ikke helt ubetydelig del af det samlede antal afsluttede behandlingsforløb. H:S har således i sit regnskab på dette punkt foretaget en mere informativ afgrænsning i beskrivelsen af den faktiske produktion, end de gældende krav forudsætter, hvilket Rigsrevisionen finder positivt.

I det følgende beskrives udviklingen i aktiviteterne på baggrund af Sundhedsministeriets oplysninger fra Landspatientregistret, da der herved kan gives en beskrivelse af udviklingen i alle 4 forløbstyper, dvs. antal heldøgnsindskrivninger, deldøgnsindskrivninger, afsluttede ambulante forløb og skadestuebesøg fra 1995 frem til 1998.

105. Sundby Hospital indgår fuldt ud i H:S-grundlaget i perioden 1995 frem til den 31. marts 1997, hvorefter hospitalet, sammen med det tidligere Sankt Elisabeth Hospital ejet af Københavns Amt, indgår i konstruktionen Amager Hospital. I vurderingen af udviklingen i H:S' aktiviteter i perioden 1995-1998 er grundlaget, hvorpå aktivitetsudviklingen vurderes, derfor større i 1998 end i 1995, idet en andel af Amager Hospital vedrører aktiviteter som følge af behandling af Københavns Amts borgere. Derfor må der foretages korrektion for Sundby/Amager Hospital for at sikre, at vurderingsgrundlaget bliver ens.

H:S har efterfølgende anført, at det er problematisk at udelade Sundby/Amager Hospital af en analyse af aktiviteter og produktivitet i H:S. For det første fordi Amager Ho-

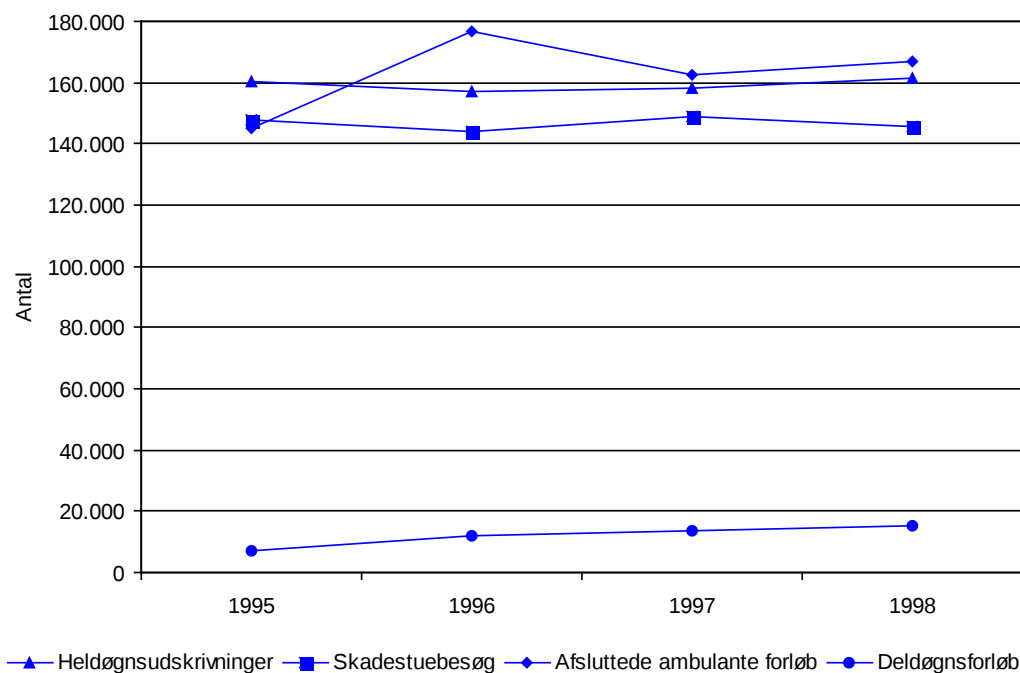
spital varetager den primære sygehusbetjening af godt 1/6 af den primære sygehusbetjening i H:S-regionen, og for det andet fordi der er sket væsentlige ændringer på Sundby/Amager Hospital siden fusionen med Sankt Elisabeth.

Rigsrevisionen er enig heri, men i det følgende har Rigsrevisionen dog valgt at udelade såvel Sundby Hospital som Amager Hospital af hensyn til at sikre et mere ensartet vurderingsgrundlag.

106. I sammenligninger af aktivitetsudviklingen er det hensigtsmæssigt at adskille aktivitetsoplysninger for den somatiske aktivitet fra oplysningerne for den psykiatriske aktivitet, idet der er væsentlige forskelle mellem behandlingsforløbene inden for henholdsvis det somatiske område og det psykiatriske område. Liggetiden er fx ifølge Sundhedsstyrelsens oplysninger i 1997 for hele H:S 7,7 dage inden for det somatiske område, mens liggetiden på det psykiatriske område (voksen psykiatri) gennemsnitlig er på 32,6 dage. (25,6 dage på Rigshospitalet, 40,6 dage på Hvidovre Hospital, 22 dage på Bispebjerg Hospital, 44,7 dage på Frederiksberg Hospital og 30 dage på Kommunehospitalet). De lange psykiatriske liggetider indebærer, at antallet af udskrivninger er lavt sammenlignet med det somatiske område, idet området har særlige behandlingsforløb, som ikke kan sammenlignes med det somatiske.

I **figur 1** er vist udviklingen i de 4 forløb: heldøgnsudskrivninger, skadestuebesøg, afsluttede ambulante forløb og deldøgnsudskrivninger for det somatiske område.

Figur 1. Udviklingen i de 4 aktivitetsforløb i perioden 1995-1998, ekskl. psykiatrisk aktivitet, Sundby Hospital og Amager Hospital



	1995	1996	1997	1998
	----- Antal -----			
Heldøgnsudskrivinger	160.422	157.135	158.104	161.547
Skadestuebesøg	147.758	144.047	148.763	145.566
Afsluttede ambulante forløb	144.970	176.608	162.558	167.025
Deldøgnsforløb.....	7.106	11.929	13.726	15.244
Kilde: Sundhedsministeriets udtræk fra Landspatientregistret, ajourført den 17. december 1999, ekskl. psykiatrisk aktivitet. Tallene er ekskl. Sundby/Amager Hospital.				

Figuren viser, at antallet af afsluttede ambulante forløb er steget i perioden, dog ligger antallet af ambulante forløb lavt i 1995 og tilsvarende højt i 1996, hvilket kunne tyde på et registreringsmæssigt efterslæb i 1995, der indhentes i 1996. Endvidere var 1995 som nævnt det første år, hvori ambulante patienter på landsplan blev registreret i Landspatientregistret.

Antallet af deldøgnsudskrivinger har et noget mindre omfang end aktiviteten i de øvrige kategorier, men er steget fra 7.106 i 1995 til 15.244 i 1998, dvs. mere end en fordobling. Antal skadestuebesøg faldt fra 147.758 i 1995 til 145.566 i 1998, hvilket svarer til et fald på 1,5 %, men udsvingene i antal besøg mellem de enkelte år er større

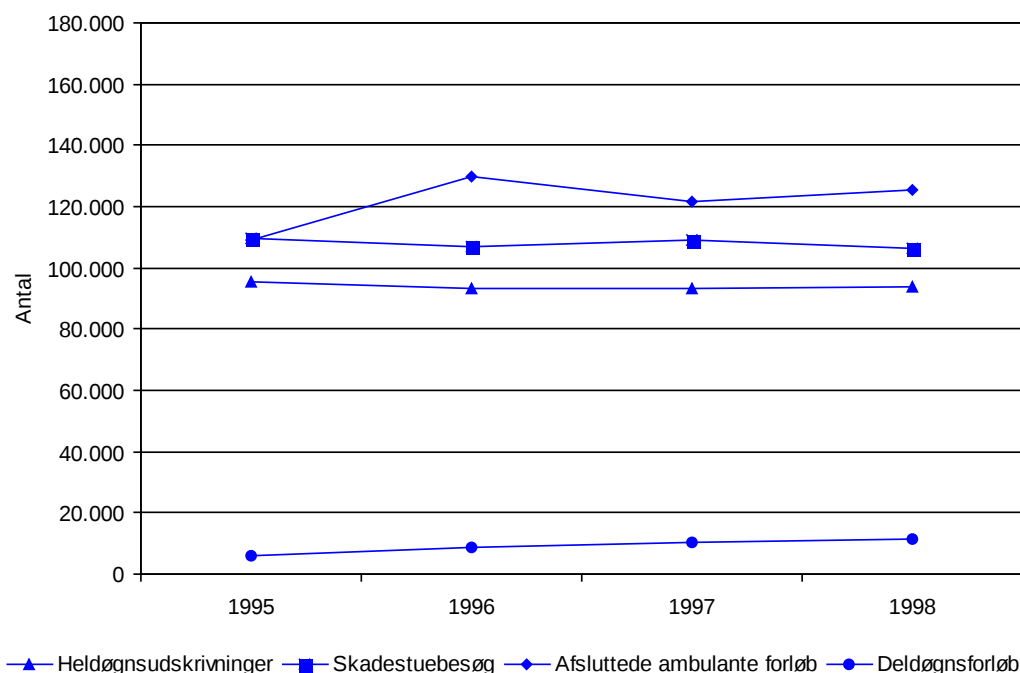
end over perioden som helhed. Med hensyn til heldøgns-udskrivninger har der været udsving i perioden 1995-1998.

Sundhedsministeriet har efterfølgende bemærket, at ud over at indberetningen af ambulant aktivitet er ændret fra manuel skemaindberetning til elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen, er kravet til omfanget af oplysninger, der skal indberettes, også steget betragteligt. Endelig finder Sundhedsministeriet, at der i fortolkningen af 1995-data også skal tages højde for, at sygehusaktiviteten har været unormalt lav i 1995 på grund af sygeplejerskekonflikten, og at det store spring mellem 1995 og 1996 formentlig også skyldes oprydning i de ambulante registreringer. Rigsrevisionen finder, at effekten imidlertid er, at det ikke er muligt at vurdere, i hvilket omfang der er sket aktivitetsstigning i de afsluttede ambulante forløb.

107. Sundhedsministeriet har efterfølgende anført, at figur 1 er fyldestgørende til at beskrive aktivitetsudviklingen i H:S. Sundhedsministeriet tilføjede, at såfremt Rigsrevisionen havde ønsket at lave et samlet mål for udviklingen i sygehusaktiviteten, kunne alternativt vælges enheden ”antal behandlede patienter”, der er antallet af personer, der er behandlet i løbet af en afgrænset tidsperiode.

Sundhedsministeriet har i januar 2000 leveret data herom. I [figur 2](#) er vist antal af behandlede personer i H:S 1995-1998. Antallet af behandlede personer er defineret som det antal individer, der har været i kontakt med sygehuset i løbet af et år. Såfremt en person har været indlagt mere end én gang, tæller personen kun en gang i optællingen. Idet der ikke er tale om samlede sygehusforløb, kan en person, der er behandlet som heldøgnspatient, også indgå i antallet af behandlede ambulante patienter (skadestue, deldøgn og ambulant).

Figur 2. Udviklingen i de 4 aktivitetsforløb, antal behandlede personer i H:S i perioden 1995-1998, ekskl. psykiatrisk aktivitet, Sundby Hospital og Amager Hospital



	1995	1996	1997	1998
	----- Antal -----			
Heldøgnsudskrivinger	95.263	93.002	93.213	93.611
Skadestuebesøg	109.670	106.797	109.172	106.469
Afsluttede ambulante forløb	109.118	129.903	121.366	125.253
Deldøgnsforløb.....	5.874	8.671	10.405	11.514
Kilde: Landspatientregistret 1995-1998. Tallene er leveret af Sundhedsministeriet den 7. januar 2000 og udtrukket fra Landspatientregistret.				

Figuren viser, at antallet af personer, der har været i et afsluttet ambulant forløb, er steget i perioden. Stort set er det de samme tendenser, som fremgik af figur 1, idet niveauet dog er lavere, hvilket skyldes, at et stort antal personer indlægges mere end én gang i løbet af et år. Antallet af deldøgnsudskrivinger er steget fra 5.874 i 1995 til 11.514 i 1998, hvilket er en fordobling. Antal skadestuebesøg faldt fra 109.670 i 1995 til 106.469 i 1998. Heldøgnsudskrivinger faldt med 1,7 %.

108. Der findes kun sammenlignelige tal for antal operationer for perioden 1996-1998. Det skyldes, at operationsklassifikationerne blev ændret i 1996. I [tabel 23](#) er vist an-

tal operationer udtrukket fra Landspatientregistret af Sundhedsministeriet.

Tabel 23. Antal operationer i H:S inkl. operationer på Sundby Hospital og Amager Hospital i perioden 1996-1998

	1996	1997	1998	Ændring 1996-1998
	----- Antal -----			%
Operationer fra heldøgn.....	57.263	55.906	56.101	÷2,0
Operationer, ambulante/deldøgnsafsnit....	12.178	14.648	16.273	33,6
Operationer, i alt	74.232	80.896	82.322	10,9
Note: Oplysninger stammer fra Sundhedsministeriets udtræk fra Landspatientregistret. Ifølge Sundhedsministeriet blev operationsklassifikationen indført pr. 1. januar 1996, så aktiviteten i 1996 er sandsynligvis noget højere end tallene viser. Det er frivilligt at indberette antal operationer i skadestuerne. Aktiviteten på Sundby Hospital i 1997 er for de 3 første måneder. Aktiviteten for Amager Hospital dækker over aktiviteten på Sankt Elisabeth og Sundby Hospital april-december måned 1997.				

Tabel 23 viser, at det samlede antal operationer er steget knap 11 % i perioden 1996-1998, men den registrerede aktivitet i 1996 har formentlig været lavere end den præsterede, jf. noten til tabellen.

Der er sket et fald i antal operationer foretaget fra heldøgnsafsnit fra 57.263 i 1996 til 56.101 i 1998, hvilket svarer til et fald på 2 %. Omvendt er der sket en stigning på godt 33 % fra 12.178 i 1996 til 16.273 i 1998 for operationer foretaget i ambulatorium/deldøgnsafsnit.

109. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det ikke er muligt entydigt at vurdere og drage sikre konklusioner om aktivitetsudviklingen i H:S fra 1995-1998 på baggrund af udtrækkene fra Landspatientregistret.

Dette skyldes, som nævnt i Sundhedsministeriets kommentarer, bl.a., at der ved fortolkningen af 1995-data skal tages højde for, at sygehusaktiviteten har været unormal lav i 1995 på grund af sygeplejerskekonflikten, og at det store spring mellem 1995 og 1996 formentlig skyldes oprydning i de ambulante registreringer. Rigsrevisionen har også hæftet sig ved Sundhedsministeriets bemærkning om, at der p.t. i amterne og i H:S foregår et omfattende arbejde med yderligere at forbedre kvaliteten af indberetningerne til registret og dermed validiteten.

Rigsrevisionen finder det uheldigt, at det ikke har været muligt entydigt at vurdere aktivitetsudviklingen i H:S på det ambulante område i perioden, men har hæftet sig ved,

at problemerne med registreringen af disse aktiviteter ikke er en særegen H:S-problemstilling, men derimod et generelt problem.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det er altafgørende for vurderingen af udviklingen i sundhedsvæsenets aktiviteter og anvendelsen af oplysningerne, at data er dækkende og rigtige. Rigsrevisionen skal i øvrigt henvise til, at Landspatientregistrets formål bl.a. er at danne grundlag for Sundhedsstyrelsens løbende sygehusstatistik til belysning af sygehusenes aktiviteter, at forsyne de ansvarlige myndigheder med det nødvendige beslutningsgrundlag til sygehusplanlægningen og at bidrage til medicinsk forskning og kvalitetssikring i sygehusvæsenet.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen må konstatere, at det på baggrund af udtrækkene fra Landspatientregistret ikke har været muligt entydigt at vurdere og drage sikre konklusioner om aktivitetsudviklingen i H:S fra 1995-1998. Årsagen er bl.a., at der først foreligger pålidelige tal for den ambulante aktivitet fra 1997 på alle landets hospitaler. Rigsrevisionen finder dette utilfredsstillende, særlig når omfanget og udviklingen på det ambulante område i perioden tages i betragtning.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det er altafgørende for vurderingen af udviklingen i sundhedsvæsenets aktiviteter og anvendelsen af oplysningerne, at data er dækkende og rigtige. Rigsrevisionen finder, at Sundhedsstyrelsen bør opprioritere arbejdet hermed. Rigsrevisionen skal i øvrigt henvise til, at Landspatientregistrets formål bl.a. er at danne grundlag for Sundhedsstyrelsens løbende sygehusstatistik til belysning af sygehusenes aktiviteter, at forsyne de ansvarlige myndigheder med det nødvendige beslutningsgrundlag til sygehusplanlægningen og at bidrage til medicinsk forskning og kvalitetssikring i sygehusvæsenet.

Rigsrevisionen har konstateret, at H:S i sin offentliggørelse af aktivitetstallene i regnskaberne opfylder mindstekravene for regnskabsoplysninger samt tillige Sundhedsstyrelsens mindstekrav til registreringsindhold. Rigsrevisionen finder dog, at H:S' regnskabsoplysninger med fordel kunne udbygges med oplysninger om antal skadestuebesøg, og at det kunne give regnskabslæseren større information om aktiviteterne.

Rigsrevisionen finder det uheldigt, at det ikke har været muligt entydigt at vurdere aktivitetsudviklingen på det ambulante område i H:S i perioden, men har hæftet sig ved, at problemerne med registreringen af disse aktiviteter ikke er

en særegen H:S-problemstilling, men derimod et generelt problem.

B. Produktivitsanalyse og udvikling i H:S' produktivitet

110. En af forudsætningerne for dannelsen af H:S var at opnå en effektiviseringsgevinst og en bedre udnyttelse af ressourcerne.

Det er, som bl.a. nævnt i regeringens redegørelse maj 1999 "Kvalitet, service og effektivitet i sygehusvæsenet", s. 26, ikke muligt at måle effekten af sygehusvæsenets ydelser i forhold til udgifterne. Heller ikke et tilnærmet mål som kvalitet og omfang af ydelser i forhold til udgifter er det muligt at måle. Tilbage står herefter muligheden for at vurdere ydelserne i forhold til udgifterne, dvs. analyse af produktivitet. Rigsrevisionen vil i dette afsnit diskutere produktivitsanalysemetodernes anvendelse til dette formål, og det undersøges, i hvilket omfang det er muligt at efterprøve produktivitsudviklingen i H:S i perioden 1995-1998.

a. Produktivitsmålinger

111. Produktiviteten i sygehussektoren har traditionelt været vurderet ved at sammenholde udviklingen i sygehusudgifterne med udviklingen i aktiviteterne primært for heldøgnsudskrivinger, fx udvikling i udgifter pr. senge-dag, liggetider og udgifter pr. udskriving osv.

Det har dog i en årrække været erkendt, at de nævnte produktivitsmål ikke i tilstrækkelig grad kan tilgodese økonomiske styringsbehov. De udtrykker ikke noget om patienttyngden og dermed om det økonomiske ressourceforbrug, der er medgået til at afslutte behandlingsforløbet. Et hospital, der foretager mange af de "lette" behandlinger vil – alt andet lige – fremstå som mere produktiv end et hospital, der varetager komplicerede forløb. Sundhedsministeriet har efterfølgende tilsluttet sig, at de traditionelle mål i sygehusstatistikken ikke er særligt egnede til at være udtryk for sygehusenes produktion. Sundhedsministeriet anførte yderligere, at dette problem ikke var løst tilfredsstillende noget sted i verden på en måde, som dækker det samlede sygehusvæsen.

112. Rigsrevisionen har noteret sig, at der ikke i H:S' regnskaber er angivet oplysninger om udvikling i produktiviteten. Årsregnskabet indeholder som nævnt en "aktivitetsoversigt" og oplysninger om årsværksforbrug for H:S i alt. Der foretages ikke sammenligninger hverken mellem enheder i H:S eller mellem enheder i H:S og enheder på andre hospitaler.

113. H:S' private revision har i revisionsberetningerne i 1996 og 1997 påpeget, at man ikke fandt, at de tilgængelige oplysninger til bedømmelse af H:S' produktivitet var tilstrækkelige.

H:S tilsluttede sig i 1997 dette synspunkt, idet man dog gjorde opmærksom på, at regnskabet i 1997 var udvidet med en oversigt over kapacitet og aktivitet 1995-1997, og at der i forbindelse med udarbejdelsen heraf var gennemført et arbejde med at gøre aktivitetstallene konsistente over tid og mellem hospitaler. H:S oplyste i øvrigt, at man inden for den nærmeste fremtid ville påbegynde en produktivitsanalyse på afdelingsniveau, men det forventes, at der vil gå flere år, før det endelige resultat heraf foreligger.

I revisionsberetningen for 1998 gentog revisionen sin bemærkning om, at oplysninger vedrørende produktivitet ikke var tilstrækkelige.

H:S svarede, at problemerne omkring de traditionelle produktivitetsmål var så betydelige, at en fremstilling af produktivitsforholdene efter de traditionelle målemetoder var af begrænset værdi. H:S gentog sin tilkendegivelse om, at H:S ville starte på at foretage en produktivitsanalyse på afdelingsniveau med udgangspunkt i Sundhedsministeriets DRG-analyse, som tager hensyn til patientsammensætning.

H:S har over for Rigsrevisionen tilkendegivet, at der er betydelige vanskeligheder forbundet med at bruge de eksisterende produktivitsmål i den løbende styring og opfølgning. Dette skyldes både historiske afvigelser imellem registreringsgrundlag og øvrige registreringsmæssige forhold, samt at der er sket mange ændringer af opgaver m.m. for hospitalerne, hvorfor sammenligninger over tid er vanskelige. Generelt er det H:S' opfattelse, at det er vanskeligt at foretage sammenligninger med sygehuse uden for H:S, bl.a. på grund af forskelle i praksis imellem sygehusejerne/sygehuse. H:S har vurderet, at man selv uden

produktivitetsanalyser havde et ganske godt kendskab til produktionsforholdene inden for H:S bl.a. i kraft af en gennemgang af samtlige specialer mv., der fandt sted ved oprettelsen af H:S.

H:S har om den manglende igangsættelse af arbejdet med at udarbejde produktivitetsanalyser på afdelingsniveau anført, at der har været anvendt mange ressourcer på implementeringen af Sygehusplan 2000. H:S vurderede, at den fremtidige analyse af produktiviteten forventes at strække sig over 3-4 år. DRG-redskabet vil indgå i en sådan analyse, mens der samtidig løbende vil blive søgt udviklet andre og mere enkle metoder.

114. H:S' direktion har i et notat fra december 1999 til bestyrelsen foretaget en opgørelse af udviklingen i aktivitetstal og den del af driftsudgifterne i H:S, som knytter sig til drift af H:S-hospitaler og tværgående institutioner, dvs. de driftsudgifter, der relaterer sig til H:S' interne produktion. Notatet svarer til et tidligere notat, der indeholdt oplysninger for 1995, 1996 og foreløbige tal for 1997.

I notatet er aktiviteter og udgifter opdelt i somatik og psykiatri med begrundelsen om, at de 2 dele af hospitalsbehandlingen er væsentlig forskellig vedrørende fortolkning af nøgletal, og fordi der er udmeldt klare politiske ønsker om at øge ressourceforbruget til psykiatri.

H:S angav i notatet, at målt i fast pris- og lønniveau var H:S' driftsudgifter til somatik faldet 1,5 % fra 1995 til 1998, mens antal ambulante besøg, deldøgn og operationer var steget med 7-10 %. H:S konkluderede på denne baggrund, at nøgletallene for udgifter pr. behandlingsenhed indikerede, at der i perioden var sket en vækst i produktiviteten i den somatiske aktivitet på mere end 1,5 %. H:S fandt endvidere, at der burde tages højde for, at der inden for den reducerede ramme var afsat væsentlige midler til en række kvalitetsforbedringer, og at der burde tages højde herfor i vurderingen af produktivitetsudviklingen. H:S konkluderede i øvrigt ud fra, at udgiften pr. udskrivning var faldet svagt, at dette indikerede, at patientforløbene samlet set var blevet mere effektive.

115. H:S' beregninger i notatet byggede på en forudsætning om, at driftsudgifterne kunne opdeles på psykiatri og somatik ud fra den takstberegningsmodel, som hospitaler-

ne anvendte til at beregne afdelingsfordelte takster for sen-
gedage, ambulante besøg m.m. Endvidere var en række
fællesudgifter alene henført til det somatiske område,
hvormed udgifterne hertil som anført af H:S blev overvur-
deret, mens udgifter til psykiatrien blev undervurderet.

Der var ikke tilsvarende problemer med at opdele akti-
viteter i somatik og psykiatri, da aktivitetsregistreringerne
sker på afdelingsniveau.

H:S beregnede herefter såkaldte ”traditionelle produkti-
vitetsnøgletal” for udviklingen i driftsudgifter, kr./hel-
døgnssengedag, kr./udskrivning samt udvikling i antal am-
bulante besøg, antal deldøgn og antal operationer.

Som i andre traditionelle produktivitsanalyser skete
der ingen opdeling på de forskellige aktiviteter. Det var så-
ledes fx de samme totale henholdsvis somatiske og psykia-
triske driftsudgifter, der blev sat i tælleren ved beregnin-
gerne af kr. pr. heldøgnssengedag henholdsvis kr. pr. hel-
døgnsudskrivning.

Rigsrevisionen finder H:S’ initiativ om at opdele udgif-
terne på somatik og psykiatri et skridt i den rigtige retning.

b. Undersøgelse af muligheder for at foretage produktivitsanalyser på afdelingsniveau

116. I de følgende afsnit er det gennemgået, hvilke mulig-
heder der er for at sammenkæde oplysninger om økonomi
og aktivitet på afdelingsniveau i H:S. Det er hensigten at
vurdere, hvorvidt det er muligt at sammenligne produktivi-
teten mellem afdelinger, der tilnærmelsesvis producerer
samme ydelser.

117. På økonomisiden har Rigsrevisionen fra H:S fået op-
lysninger om lønudgifter og årsværksforbrug på afdelings-
niveau i perioden 1996-1998. Tal for 1995 forelå ikke i
sammenlignelig form. De udleverede løndata var ikke de
grundlæggende oplysninger fra sygehusenes lønsystemer,
men var delvis manuelt aggregerede i en fælles struktur af
H:S’ datakontor. Rigshospitalet og Frederiksberg Hospital
havde ved oprettelsen af H:S’ særskilte kontoplaner – de
øvrige hospitaler brugte et fælles nummersystem. En ræk-
ke lønoplysninger vedrørende direktion, cheflæger, chef-
sygeplejersker mfl. indgik ikke, og de udleverede oplys-
ninger vedrørte ikke Sundby Hospital i 1996.

På aktivitetssiden anvendtes Sundhedsministeriets oplysninger på afdelingsniveau, dvs. ekskl. udskrivelser mv. fra psykiatriske afdelinger, herunder Sct. Hans Hospital og de psykiatriske afdelinger ved de øvrige hospitaler.

118. Rigsrevisionen har på et systemmæssigt niveau søgt at efterprøve, om det er muligt at henvise H:S' lønudgifter umiddelbart til aktiviteter på de kliniske afdelinger, der er registreret i Landspatientregistret. Denne sammenkædning er en grundlæggende forudsætning for blot at kunne foretage en summarisk opfølgning på ressourceforbruget i forhold til aktiviteterne på afdelingsniveau – og må naturligt være på plads – inden man fortsætter med omkostningsfordeling vedrørende de tværgående afdelinger, servicefunktioner, administration mv. Som følge af den særlige problemstilling om Amager Hospital og Sundby Hospital er oplysninger herom udeladt i det følgende.

Rigsrevisionens undersøgelse viste, at der kunne identificeres 214 forskellige kliniske afdelinger i lønsystemet i perioden 1996-1998. Af disse kunne der knyttes lønudgifter til aktivitetsregistreringerne for 91 kliniske afdelingers vedkommende, og de samlede lønudgifter ved de 91 afdelinger udgjorde i 1998 i alt 54 % af de samlede lønudgifter i H:S. Alle heldøgnsudskrivelser blev omfattet af sammenkædningen. Dertil kom en række lønbærende afdelinger, hvortil der ikke var angivet aktivitetsregistreringer. Nogle af disse er tværgående afdelinger som fx røntgen, laboratorier mv. Der foreligger ikke oplysninger om de kliniske afdelingers samlede ressourcetræk på tværgående afdelinger. H:S har efterfølgende supplerende anført, at der foreligger registreringer vedrørende de fleste rekvireringer af tværgående kliniske ydelser, såsom røntgen og blodprøver.

H:S har desuden tilføjet, at der kan være forskelle i de forskellige hospitalers håndtering af vikarforbrug samt i arbejdsdelingen mellem tværgående funktioner og egentlige afdelingsfunktioner.

Rigsrevisionen har konstateret, at H:S fremover principielt, ud fra de foreliggende registreringer i lønsystemet og oplysninger fra Landspatientregistret, vil have grundlag for at videreudvikle og skabe et grundlag for at udarbejde produktivitetsanalyser på afdelingsniveau, men at der fortsat

udestår et udviklingsarbejde, navnlig vedrørende etablering af oplysninger om ressourcetræk på tværgående ydelser.

H:S har efterfølgende oplyst, at H:S har iværksat en kontoplanstilretning, der har til formål entydigt på tværs af hospitaler at identificere centre og afdelinger i kontostrengen, og at der iværksættes en udredning af, hvor store forskelle der er i registreringspraksis med hensyn til, hvilke (fælles)udgifter der henføres til center- og afdelingsniveau. H:S nævnte tillige, at de traditionelle aktivitetsmål ikke indeholder oplysninger om patienttyngde, hvorfor gængse produktivitetsanalyser skal anvendes med stor forsigtighed.

119. Når H:S' lønudgifter ikke tidligere kunne opgøres efter samme specifikationsgrad som i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation, hvor aktiviteten i øvrigt registreres helt ned på det enkelte afsnitsniveau, skyldes det også, at registreringsenheden og kravene for henholdsvis økonomi efter Indenrigsministeriets regelsæt – og aktivitet efter Sundhedsstyrelsens Sygehusklassifikation – ikke er symmetriske.

120. Ifølge H:S-lovens § 6, stk. 1, skal § 54 i lov om kommunernes styrelse som udgangspunkt være gældende for H:S' økonomiske forvaltning. Disse bestemmelser i kommunestyrelsesloven indeholder som tidligere nævnt overordnede regler for amter og kommuners budgettering, regnskabsaflæggelse og revision. Der er i reglerne alene angivet et krav om, at det samlede forbrug af årsværk skal fremgå. H:S har hertil efterfølgende anført, at H:S' regnskab specificerer det samlede ressourceforbrug, det samlede personaleforbrug og de samlede aktiviteter på samme niveau, som det er besluttet i budgetter for H:S og på samme måde, som der over for H:S Bestyrelsen følges op i de løbende Økonomi- og aktivitetsrapporter. Ved at bestemme, at H:S i den økonomiske forvaltning skal følge de kommunale regler, er det sikret, at de samme regler gælder for alle sygehusvæsener i Danmark. Sygehusområdet er i øvrigt det eneste område, hvor Indenrigsministeriets "Budget- og regnskabssystem for kommuner og amtskommuner" kræver, at der sker en specifikation på institutionsniveau (hospitaler). Specifikationskravene på sygehusområ-

det er således mere udbygget end på øvrige (amts) kommunale områder.

Rigsrevisionen må konstatere, at effekten af, at specifikationsgraden i aktivitets- og økonomiregistreringerne ikke er symmetriske, giver problemer i forbindelse med udarbejdelse af produktivitsanalyser. Sundhedsstyrelsen udsender løbende klassifikationer "Klassifikation af sygehuse", der indeholder koder til identifikation af sygehuse, afdelinger og afsnit. Formålet er at sikre, at indberetningerne om aktiviteter fra sygehusejerne bliver så ensartede som muligt. Der findes ikke på økonomisiden tilsvarende specifikationskrav.

Det er en forudsætning for at kunne udarbejde produktivitsanalyser, at de økonomiske transaktioner og aktiviteter registreres i samme steddimension, dvs. at der kan dannes bro mellem aktivitetsregistreringer i Landspatientregistret og udgifter på afdelings-/afsnitsniveau. Dertil kommer, at forbruget af interne ydelser skal være registreret, så omkostningsfordelingen i rimeligt omfang afspejler trækket på ydelserne.

121. Sundhedsstyrelsen offentliggjorde senest i 1997 en "Personale- og økonomistatistik for sygehusvæsenet, samt aktivitetsstatistik for tværgående afdelinger" for 1995. Statistikken bygger på oplysningerne om sygehusenes personale og fremstilles på basis af oplysninger fra Det Fælleskommunale Løndatakontor, dvs. personalestatistikken er baseret på, hvad der faktisk er udbetalt løn for. Rigsrevisionen finder, at det er uheldigt, at offentliggørelse sker med adskillige års forsinkelse, da nytteværdien af statistikken derved bliver relativt begrænset. Rigsrevisionen finder det hensigtsmæssigt, om offentliggørelsen af denne statistik blev opprioriteret, da oplysningerne med fordel kan indgå til belysning af sammenhængen mellem aktivitet og økonomi i sygehusvæsenet. Sundhedsministeriet har efterfølgende anført, at ministeriet er enig i, at denne statistiks anvendelighed begrænses meget af, at offentliggørelsen sker med adskillige års forsinkelse.

c. DRG-produktivitsanalyse

122. Som nævnt har det i en årrække været erkendt, at de traditionelle produktivitsmål ikke i tilstrækkelig grad kan tilgodese økonomiske styringsbehov, idet de ikke udtryk-

ker noget om patienttyngden og dermed om det økonomiske ressourceforbrug, der er medgået til behandlingerne.

Metoder til produktivitetmålinger på sygehusområdet, som i højere grad tager højde for de nævnte sammenligningsproblemer, har derfor været under udvikling. Der har været arbejdet med mere nuancerede udtryk for aktiviteten, såkaldte casemix-systemer. Det mest udbredte system, hvor ressourceindsatsen bag aktiviteten mv. indgår, er DRG-systemet (Diagnose Related Groups). DRG-systemet blev udviklet i USA i slutningen af 1960'erne, og systemet har i Danmark været under udarbejdelse siden begyndelsen af 1990'erne. Rigsrevisionen har tidligere omtalt systemet i statsrevisorernes beretning nr. 3/96 om Rigshospitalets økonomi, økonomistyring og produktivitet 1991-1996, s. 74-77.

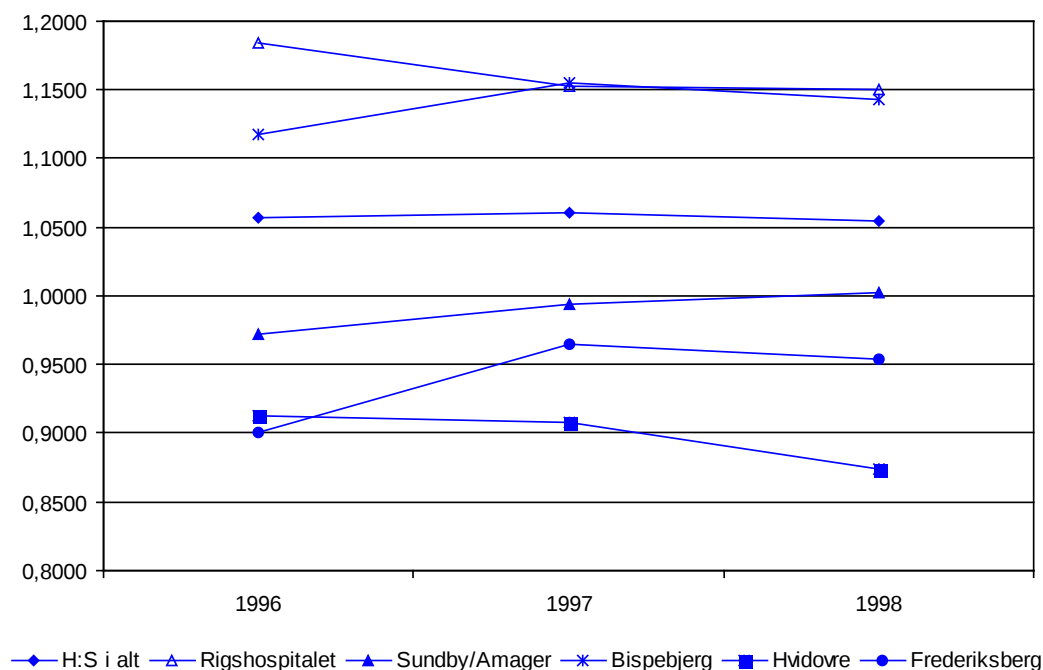
123. DRG-systemet grupperer heldøgnsudskrivinger i 495 DRG-grupper på baggrund af diagnose, operationer, alder, køn og udskrivningsstatus. Det er et krav til den enkelte DRG-gruppe, at den er klinisk meningsfuld, ressourcehomogen, og at antallet af grupper ikke må være for stort. DRG er en gennemsnitsbetragtning defineret ud fra økonomiske og statistiske homogenitet med vægt på den kliniske meningsfuldhed, dvs. at det antages, at udskrivinger i en given gruppe principielt koster det samme og principielt vedrører samme lidelse. Den principielle fremgangsmåde ved fx en DRG-produktivitetsanalyse på sygehusniveau er, at sygehusets gennemsnitlige DRG-vægt pr. udskrivning, *værdiindekset*, sættes i forhold til sygehusets *omkostningsindeks*, som udtrykker, hvor dyr den gennemsnitlige udskrivning er i forhold til gennemsnitsomkostningen på landsplan. Det fremkomne nøgletal, det relative omkostningsindeks, viser i princippet sygehusets relative produktivitet, dvs. hvor dyrt sygehuset er i forhold til, hvad man måtte forvente ud fra dets gennemsnitlige patienttyngde. Udviklingen i DRG-omkostningsindekset over tid viser altså i princippet, hvordan et sygehus' faktiske omkostninger tilpasses til forskydninger i den gennemsnitlige patienttyngde.

Sundhedsministeriet har efterfølgende oplyst, at når ministeriet beregner produktivitet, sammenholdes DRG-baserede aktivitetsmål med omkostningsopgørelser for sygehusets udgifter til heldøgnsbehandling.

Omkostningsindekset beregnes ved først at korrigere nettodriftsudgifterne på sygehusene for forhold, som ikke vedrører somatisk heldøgnsbehandling, dvs. udgifter til psykiatriske patienter, udgifter til ambulante patienter, udgifter til intern forskning samt udgifter til "langliggere". Omkostningsindeks udtrykker den gennemsnitlige pris pr. udskrivning i forhold til den landsgennemsnitlige pris pr. udskrivning. Sundhedsministeriet har senest foretaget beregningerne af vægte i DRG-analysen på grundlag af detaljerede omkostningsdata for 3 sygehuse. Den patientrelaterede omkostningsdatabase indeholder ifølge Sundhedsministeriet fordelte behandlingsudgifter på patientniveau og har ikke tilknytning til de omkostningsopgørelser, Sundhedsministeriet i øvrigt foretager. Sundhedsministeriets har fra 1999 en version af DRG-systemet med danske vægte.

124. Foranlediget af Rigsrevisionen har Sundhedsministeriet foretaget en beregning af H:S' placering i værdiindekset for H:S i alt og for hvert af de enkelte hospitaler for årene 1996, 1997 og 1998. Beregningen er baseret på de nye vægte, som Sundhedsministeriet har offentliggjort pr. 1. juni 1999 og er vist i [figur 3](#). Værdiindekset sætter tal på værdien af produktionen på det enkelte hospital, men værdien på det enkelte hospital måles op imod landsgennemsnittet, der er sat til 1,00. Indekset er ikke umiddelbart sammenligneligt med det indeks, som Sundhedsministeriet offentliggjorde i 1996 i "Måling af danske sygehuses produktivitet".

Figur 3. Udviklingen i DRG-værdiindekset for H:S i alt og pr. hospital fra 1996 til 1998



	1996	1997	1998
H:S i alt	1,0570	1,0610	1,0550
Rigshospitalet.....	1,1840	1,1530	1,1500
Sundby/Amager	0,9720	0,9940	1,0030
Bispebjerg	1,1180	1,1550	1,1430
Hvidovre.....	0,9130	0,9080	0,8740
Frederiksberg.....	0,9010	0,9650	0,9540

Note: Sundby/Amager er af tekniske grunde sat sammen, Amager Hospital består af Sundby Hospital (Københavns Kommune/H:S) og Sankt Elisabeth (Københavns Amt) og etableret pr. 1. april 1997.

Kilde: Sundhedsministeriet udtrykket den 14. januar 2000.

Figur 3 viser, at H:S' placering i værdiindekset er rykket tættere på landsgennemsnittet som helhed, men det skal i den sammenhæng bemærkes, at der er tale om marginale ændringer, og en lang række af de nævnte forbehold betyder, at oplysningerne endnu er relativt usikre. H:S har efterfølgende bemærket, at i vurderingen af H:S' patient-tyngde ses der bort fra, at tyngden for amter og H:S under ét kan have ændret sig i perioden.

125. Rigsrevisionen har efterfølgende bedt Sundhedsministeriet beregne H:S' DRG-placering for årene 1995-1998

i forhold til landstotalen. Sundhedsministeriet fandt imidlertid, at der var en del metodeproblemer i den valgte periode, så analysen ikke ville være retvisende. Sundhedsministeriet tilbød derfor alternativt at beregne H:S-hospitalernes placering i forhold til H:S-totalen, men da disse oplysninger kun vil give informationer om H:S-hospitalernes relative placering i perioden er de fravalgt.

126. På baggrund af gennemgangen må Rigsrevisionen konkludere, at det ikke har været muligt at vurdere H:S' produktivitet på baggrund af en DRG-analyse.

Der udestår fortsat et udviklingsarbejde med henblik på at kunne opgøre sygehusproduktion mere nuanceret. Ikke mindst for at få inkluderet øvrige aktiviteter bl.a. ambulante behandlinger, deldøgnsudskrivinger og skadestuebehandlinger, ud over heldøgnsudskrivinger. Derudover er det vigtigt, at DRG-systemet afspejler dansk klinisk praksis, og der beregnes danske DRG-vægte for alle DRG-grupperne.

127. DRG-metoden har ud over som produktivitetsanalysemetode fundet anvendelse ved prissætning af sygehusydelser og som led i budgettering/planlægning fx i USA.

I Danmark har Sundhedsministeriet i juni 1999 udmeldt DRG-takster til H:S og amterne, og fra år 2000 anvendes taksterne i den mellemamtslige afregning af de ca. 4 % af patienterne, som vælger basisbehandling på tværs af amtsgrænserne. Det blev i finanslovaftalen for 1999 anført, at incitamenterne til at øge aktiviteten og produktiviteten skulle styrkes, og at det bl.a. skulle ske ved at lade 10 % af bevillingerne afhænge af, om sygehusene opfyldte et DRG-produktionsmål – den såkaldte 90/10-model. Herved ville sygehusene få større incitament til at forøge produktionen, uden at den budgetsikkerhed, som den økonomiske rammestyring giver, blev svækket. Det blev dog i første omgang gjort frivilligt for sygehusejerne, om de vil bruge DRG-systemet eller anden form for incitamentsstyring. H:S har efterfølgende anført, at H:S vil gøre brug af DRG-systemet i forbindelse med resultatkontrakter for hospitalerne for 2000. Kontraktstyring skal anvendes med 4 af hospitalerne i H:S, bl.a. indeholdende præstationsbudgettering under anvendelse af 90/10-ordningen og betingelser om overholdelse af en række specificerede generelle mål

for H:S og nogle konkrete hospitalsspecifikke mål inden for de fastlagte økonomiske rammer. DRG-metoden har derfor fundet praktisk anvendelse i Danmark.

H:S har tillige anført, at arbejdet med udvikling af nye styringsprincipper i H:S generelt har måttet vige fra arbejdet med de store omlægninger i forbindelse med gennemførelsen af Sygehusplan 2000, og H:S Direktionen har i perioden prioriteret budgetoverholdelse, idet det har krævet særlig opmærksomhed med de mange sammenlægnings- og omlægninger at sikre grundlag for den basale økonomistyring.

Samtidig har det været H:S' vurdering, at radikale ændringer af styringsprincipperne, herunder fx overgang til mål- og rammestyring/kontrakter, mest hensigtsmæssigt lader sig realisere i en situation, hvor behandlingsorganisationen er konsolideret.

Som det i øvrigt også var anført i forbindelse med behandlingen på bestyrelsesmødet i februar 1995, har der ikke været tilstrækkeligt nuancerede metoder til rådighed til at opgøre produktionen, hvilket som bekendt ikke er et isoleret H:S' problem, men der foreligger nu en version af DRG-systemet med danske vægte, som vil kunne anvendes i sin nuværende og i de kommende års videreudviklede form til at opgøre produktionen mere nuanceret. Der er dog fortsat betydelig usikkerhed om, i hvilken udstrækning de danske vægte giver et retvisende billede af den relative patienttyngde.

128. Idet hverken den traditionelle produktivitsanalyse eller DRG-metoden har kunnet tage højde for de aktiviteter, der foregår i de ambulante forløb, og da det ikke har været muligt at vurdere H:S' produktivitet over tid, har Rigsrevisionen alternativt forsøgt at vurdere produktiviteten ved hjælp af en vægtningsmodel.

Denne model er inspireret af regeringens redegørelse fra maj 1999 om "Kvalitet, service og effektivitet i sygehusvæsenet". Der var heri foretaget en vægtning af de enkelte forløb på baggrund af personalets arbejdstid opgjort netto. Rigsrevisionen tog udgangspunkt i disse vægte og foretog herefter en række følsomhedsberegninger for at vurdere vægtenes betydning. For heldøgnsudskrivinger blev anvendt vægten 1, for deldøgnsudskrivinger henholdsvis vægten 1/3 og 1/2, mens ambulante forløb blev

vægtet med 1/3, henholdsvis 1/2. Endelig blev skadestuebesøg vægtet med 1/12, henholdsvis udeladt af vægtningen (og beregningerne). Herefter blev summerne af de samlede vægtede forløb beregnet, hvorefter den procentvise udvikling fra 1995 til 1998 blev beregnet.

De vægtede aktiviteter for H:S blev herefter sammenholdt med udviklingen i nettodriftsudgifterne. Herudover blev udviklingen i H:S' nettodriftsudgifter og vægtede aktiviteter sammenholdt med udviklingen i de tilsvarende størrelser for de amtslige sygehuse.

Disse beregninger havde både Sundhedsministeriet og H:S imidlertid indvendinger mod, og analysens resultater er derfor udeladt af beretningen. Sundhedsministeriet anførte bl.a., at der i regeringens publikation "Kvalitet, service og effektivitet i sygehusvæsenet" fra maj 1999 var tale om en ad hoc metode, som blev anvendt af et konsulentfirma til nogle helt konkrete afdelingssammenligninger. Ministeriet fandt, at disse ikke uden videre kunne generaliseres. H:S anførte bl.a., at det virkede meningsløst at relatere et vægtet aktivitetsmål vedrørende de somatiske afdelinger til ét udgiftsmål, som både indeholdt udgifter til psykiatri og anlægsarbejder, i en vurdering af produktiviteten. Endelig fremhævede H:S, at de produktivitetsanalyser, som Rigsrevisionen havde anvendt ikke kunne anvendes til formålet.

Det er dog stadig Rigsrevisionens opfattelse, at en sådan vægtningsmodel, der medtager både heldøgnsudskrivinger, deldøgnsudskrivinger, antal afsluttede ambulante forløb og skadestuebesøg og sammenholder udviklingen heri med nettodriftsudgifterne til de pågældende aktiviteter principielt i mangel af bedre, giver et bedre grundlag for at vurdere udviklingen af aktiviteterne sammenholdt med omkostningerne. Der forestår dog endnu et udviklingsarbejde heri, navnlig for mere konkrete analyser af ressourcenvægte, hvori der i et vist omfang også kunne tages højde for kompleksiteten i behandlingen (let, mellem, tung).

Rigsrevisionen er dog enig med H:S i, at somatik og psykiatri bør analyseres hver for sig.

Alternativt til en vægtningsmodel kunne overvejes at opgøre de samlede patientforløb, ud fra en betragtning om, at antal færdigbehandlede patienter var et relevant produktionsmål. Herefter kunne antallet af færdigbehandlede patienter sammenholdes med udgifterne i beregningen af en-

hedsomkostninger. Rigsrevisionen har imidlertid konstateret, at Landspatientregistret ikke umiddelbart er indrettet på at foretage udtræk, der korrigerer for, at en patient registreringsmæssigt kan optræde i mere end et forløb. Det sker fx, hvis en patient sendes fra skadestue til en heldøgns seng og efterfølgende kontrol i et ambulatorium. Patienten er i dette eksempel registreret 3 gange, én gang i hvert ”forløb”. Det er med andre ord ikke muligt at opgøre antallet af patientforløb, og enhedsomkostninger kan derfor ikke beregnes.

129. Rigsrevisionen har givet en beskrivelse af de gængse produktivitetsanalysemetoder, der har været anvendt i sygehussektoren, ikke alene i Danmark, men også internationalt set.

Manglen ved anvendelsen af disse metoder er, at det ikke registreringsmæssigt har været muligt at analysere udviklingen i de samlede patientforløb. Analyserne har primært måttet tage udgangspunkt i den ganske vist ressourcemæssigt tungeste aktivitet, heldøgnsudskrivinger. DRG-metoden har imidlertid den klare fordel, frem for en traditionel produktivitetsanalyse, at der metodisk tages højde for, at aktiviteter ikke ressourcemæssigt er lige tunge.

Ønsket om at få et samlet produktivitetsmål og samtidig en korrektion for forskelle i patienttyngde har derfor hidtil ikke været muligt, hverken i H:S, amterne eller andre steder i verden.

Rigsrevisionen skal pege på det faktum, at det er en forudsætning for at kunne udarbejde produktivitetsanalyser, at de økonomiske transaktioner og aktiviteter registreres i samme steddimension, dvs. at der kan dannes bro mellem aktivitetsregistreringer i Landspatientregistret og udgifter på afdelings-/afsnitsniveau. Dertil kommer, at forbruget af interne ydelser skal være registreret, så omkostningsfordelingen i rimeligt omfang afspejler trækket på ydelserne.

Rigsrevisionen har måttet konstatere, at der ikke er symmetri mellem specifikationsgraden i aktivitets- og økonomiregistreringerne, og at det giver registrerings- og metodemæssige problemer, der vanskeliggør udarbejdelse af sikre produktivitetsanalyser i sygehussektoren generelt.

d. Analyse af sygehusforbruget i H:S

130. Sundhedsministeriet udgav i 1992 en rapport om Københavns og Frederiksberg kommuners sygehusudgifter. Rapporten var baseret på 1989-tal og viste, at en stor del af merforbruget på sygehusene i de 2 kommuner kunne forklares med befolkningens sociale forhold.

131. På anmodning i 1997 af bestyrelsesformanden i H:S til sundhedsministeren besluttede Sundhedsministeriet at gentage og udbygge undersøgelserne fra 1992-rapporten. Sundhedsministeren nedsatte et udvalg til den videre undersøgelse af sygehusforbruget i Hovedstadens Sygehusfællesskab. Udvalget fremkom med resultaterne af undersøgelsen i 1999 (Sygehusforbrug i Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sundhedsministeriet, Sundhedsanalyser 1999:1). Om det somatiske sengedagsforbrug i 1995 konkluderedes det i rapporten, at den største del af merforbruget af sengedage kunne forklares med demografi og signifikante sociale variable. Tilbage stod et uforklaret merforbrug på 28 % for København og 23 % for Frederiksberg i forhold til landsgennemsnittet. Rapporten indeholdt tillige et resultat vedrørende merforbruget af udskrevne personer og sengedage pr. udskreven person, hvor merforbruget med samme korrektioner var henholdsvis 3 %/10 % og 17 %/8 %.

H:S har efterfølgende anført, at de betydelige forskelle i det korrigerede merforbrug for de forskellige aktivitetsmål har at gøre med rapportens konklusioner vedrørende forskellen i forhold til sygehuse uden for H:S, der har en anden arbejdsdeling mellem sygehussektoren og plejesektoren. H:S anførte, at det store merforbrug af sengedage optræder netop for de ældre aldersgrupper, hvor arbejdsdelingen er anderledes. H:S tilføjede endvidere, at der i de nævnte størrelser ikke var taget højde for ”storbyeffekten”. H:S forventer, at en nyere undersøgelse vil vise et reduceret merforbrug som følge af reduktionen af sengekapaciteten ved gennemførelsen af Sygehusplan 2000.

Om det psykiatriske område konkluderedes det i rapporten, at resultaterne tydede på, at arbejdstilrettelæggelsen på det psykiatriske område var anderledes i H:S end i resten af landet, forstået på den måde, at der var flere indlæggelser i forhold til antallet af ambulante besøg end i resten af landet.

Endelig var der foretaget en analyse af udgiftsudviklingen på sygehusområdet fra 1989 til 1997. Analysen viste, at driftsudgifterne i 1995 for H:S samlet lå 41 % over landsgennemsnittet, når der blev korrigeret for køn og alder. Der var ikke i udgiftsanalysen foretaget en beregning af, hvor stor merudgiften var, hvis der blev korrigeret for sociale forhold og det store antal psykisk syge, men rapportens øvrige analyser tydede på, at en væsentlig del af merforbruget på udgiftssiden i 1995 kunne forklares af disse forhold. Udgiftsudviklingen fra 1995 til 1997 havde været forskellig i H:S og amterne. Merforbruget – alene korrigeret for køn og alder – var faldet fra 41 % til 34 %, og udvalget konkluderede, at det faldende indeks fra 1995 til 1997 var forårsaget af, at driftsudgifterne i H:S var reduceret som følge af Sygehusplan 2000's gennemførelse samtidig med, at driftsudgifterne var vokset i amterne. Udvalget forventede, at merforbruget i 1998 og 1999 ville blive yderligere reduceret. H:S henviste i december 1999 tillige til de ovennævnte bemærkninger vedrørende anden arbejdsdeling og storbyeffekter mv.

Der var ikke i rapporten foretaget analyser, der kunne belyse, hvorvidt forskelle med hensyn til produktivitets eller serviceniveau bidrager til at forklare merforbruget af sygehusydelser i H:S-området.

132. Rigsrevisionen har bemærket, at det lå som en forudsætning bag dannelsen af sygehusfællesskabet, at H:S i kraft af fælles planlægning og styring ville kunne høste en effektiviseringsgevinst.

Rigsrevisionens bemærkninger

Rigsrevisionen har konstateret, at H:S ud fra de foreliggende registreringer i lønsystemet og oplysninger fra Landspatientregistret vil have grundlag for at videreudvikle og skabe et grundlag for at udarbejde produktivitetsanalyser på afdelingsniveau, men at der fortsat udestår et udviklingsarbejde, navnlig vedrørende etablering af oplysninger om resourcetræk på tværgående ydelser.

På baggrund af gennemgangen må Rigsrevisionen konkludere, at det ikke har været muligt at vurdere H:S' produktivitet på baggrund af en DRG-analyse. Der udestår fortsat et udviklingsarbejde med henblik på at kunne opgøre sygehusproduktion mere nuanceret.

Rigsrevisionen skal pege på, at det er en forudsætning for at kunne udarbejde produktivetsanalyser, at de økonomiske transaktioner og aktiviteter registreres i samme steddimension, dvs. at der kan dannes bro mellem aktivitetsregistreringer i Landspatientregistret og udgifter på afdelings-/afsnitsniveau. Dertil kommer, at forbruget af interne ydelser skal være registreret, så omkostningsfordelingen i rimeligt omfang afspejler trækket på ydelserne.

Rigsrevisionen har måttet konstatere, at der ikke er symmetri mellem specificationsgraden i aktivitets- og økonomiregistreringerne, og at dette krav vanskeliggør udarbejdelse af sikre produktivetsanalyser i sygehussektoren generelt.

Rigsrevisionen finder, at det er uheldigt, at offentliggørelsen af statistikken: "Personale og økonomistatistik for sygehusvæsenet samt aktivitetsstatistik for tværgående afdelinger" sker med adskillige års forsinkelse.

Rigsrevisionen har gennem sin undersøgelse konstateret, at registrerings- og metodemæssige problemer vanskeliggør udarbejdelse af sikre produktivetsanalyser af sygehussektoren generelt. Det har betydet, at det ikke har været muligt at vurdere produktivetsudviklingen i H:S i perioden.

Rigsrevisionen, den 2. februar 2000

Henrik Otbo

/Peder Juhl Madsen

Bilag 1**Amtsrådsforeningens pris- og løntal**

	1995-1996	1996-1997	1997-1998
	----- % -----		
Prisudvikling ekskl. sygesikring.....	1,9	1,9	1,7
Lønudvikling ekskl. sygesikring.....	3,1	2,9	3,9
Pris- og lønudvikling ekskl. sygesikring.....	2,7	2,6	3,2
Prisudvikling inkl. sygesikring.....	1,0	1,3	1,3
Lønudvikling inkl. sygesikring.....	3,1	2,9	3,9
Pris- og lønudvikling inkl. sygesikring.....	2,2	2,2	2,8
Kilde: Amtsrådsforeningen.			

Bilag 2

Fordelingen af de lægelige specialer på H:S' 5 akutte hospitaler pr. 1. januar 1999

	Rigs- hospitalet	Hvidovre Hospital	Bispebjerg Hospital	Frederiksberg Hospital	Amager Hospital
01 Intern medicin.....	X	X	X	X	X
02 Geriatri		X	X		X
03 Hepatologi.....	X		X		
04 Hæmatologi.....	X			X	
05 Infektionsmedicin	X	X		X	
06 Kardiologi.....	X	X	X		X
07 Medicinsk allergologi.....	X				
08 Medicinsk endokrinologi	X	X		X	
09 Medicinsk gastroenterologi.....	X	X		X	X
10 Medicinsk lungesygdomme	X	X	X	X	
11 Nefrologi.....	X				
12 Reumatologi.....	X	X	X	X	X
18 Dermato-venerologi.....		X	X		
20 Neurologi.....	X	X	X	X	
22 Onkologi.....	X				
30 Kirurgi	X	X	X	X	
31 Karkirurgi.....	X				
32 Kirurgisk gastroenterologi.....	X	X	X		X
33 Plastikkirurgi.....	X				
34 Thoraxkirurgi	X				
35 Urologi	X	X		X	X
38 Gynækologi og obstetik.....	X	X		X	X
40 Neurokirurgi	X				
42 Ortopædisk kirurgi.....	X	X	X	X	X
44 Oftalmologi.....	X	X	X	X	
46 Oto-, rhino-, laryngologi.....	X	X	X		
48 Hospitalsodontologi.....	X	X	X		
50 Psykiatri	X	X	X	X	X
52 Børne- og ungdomspsykiatri....			X		
60 Klinisk biokemi	X	X	X	X	X
61 Klinisk fysiologi og nuclear- medicin	X	X	X	X	
62 Klinisk immunologi.....	X	X	X	X	
63 Klinisk mikrobiologi.....	X	X	X		
64 Klinisk neurofysiologi.....	X	X			
65 Patologisk anatomi	X	X	X		
66 Diagnostisk radiologi	X	X	X	X	X
67 Klinisk farmakologi	X				
68 Klinisk genetik					
80 Pædiatri.....	X	X			X
84 Anæstesiologi.....	X	X	X	X	X
86 Arbejdsmedicin.....	X		X		
90 Almen medicin.....					
91 Samfundsmedicin.....		X			
Kilde: Fordeling af lægelige specialer er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens "Sygehusklassifikation og kommunekoder", 1999.					