

# **Afregning af fritvalgspatienter**

Rapport fra Frivalgsarbejdsgruppen

1. Baggrund.....	3
1.1. Arbejdsgruppens kommissorium.....	4
1. 2. Arbejdsgruppens medlemmer .....	4
2. Indledning og sammenfatning.....	4
2.1 Patienter behandlet i bopælsamtet.....	6
2.2 Patienter på tværs af amtsgrænser .....	7
2.3 Afregning med gennemsnitstakster .....	10
3. Det frie sygehusvalg.....	12
3.1. Årsagen til indførelsen af det frie sygehusvalg.....	12
3.2 Hensigten med det frie sygehusvalg.....	13
3.3 Patientens frie valg af sygehus.....	14
4. Patienter behandlet i bopælsamtet .....	15
5. Patienter på tværs af amtsgrænser.....	18
5.1 Udenamtslige ikke-akutte stationære patienter.....	21
5.2. Udenamtslige akutte stationære behandlinger.....	26
5.3. Beskrivelse af den udenamtslige ambulante basisaktivitet.....	29
5.4. Kommentarer fra amterne og H:S til datagrundlaget fra LPR....	32
6. Afregningen af det frie sygehusvalg.....	34
7. Analyse af afregningerne i Afregningsdatabasen.....	36
7.1 Aktiviteten og afregningsværdien for akutte patienter.....	40
7.2 Afregningsværdien for ikke-akutte patienter.....	41
7.3 Basisbehandlinger på lands- og landsdelssygehuse.....	43
7.4 Betydningen af indførelsen nyt afregningssystem.....	43
7.5 Kommentarer fra amterne og H:S til datagrundlaget fra afregningsdatabasen.....	44
8. Udenamtslige fritvalgspatienter på basisniveau for 1999 og 2000....	46
9. Afregning til marginal- eller gennemsnitlige omkostninger .....	49
9.1 Bestemmelse af gennemsnitstakstens niveau.....	50
9.2 Gennemsnits- kontra marginalomkostninger - en teoretisk gennemgang.....	51
9.3 Gennemsnits- og marginalomkostninger – en praktisk gennemgang.....	53
9.4 Muligheden for marginale DRG-takster .....	56
9.5 Takstens niveau i forhold til, hvilke typer patienter der afregnes	57
10. Virkning og incitamenter i og mellem amter.....	59
10.1 Virkninger og incitamenter i et amt.....	59
10.2 Virkninger og incitamenter mellem amter .....	60
11. Dataproblemer ved belysning af det frie sygehusvalg ud fra Landspatientregistret og amternes afregningsdatabase.....	62
11.1 Dataproblemer i Landspatientregisteret .....	62
11.2 Dataproblemer i afregningsdatabasen.....	63

## 1. Baggrund

I aftale om amternes økonomi for 2002 står der i forbindelse med afregning for fritvalgspatienter:

*'Der igangsættes et fælles arbejde, som senest foråret 2002 opsamler erfaringer med fritvalg på tværs af amtsgrænser og afregningen i forbindelse hermed'*

På baggrund heraf blev der nedsat en arbejdsgruppe til at forestå dette arbejde.

Økonomiaftalen mellem regeringen og amterne for år 2000 indeholder en tilkendegivelse af, at 'Parterne er enig om, at fritvalgspatienter på basisniveau mellem amterne afregnes med fuld DRG-takst fra 1. januar 2000. I konkrete tilfælde kan amterne indgå særlige aftaler. Parterne er enige om at følge udviklingen nøje.'

Udmøntningen af denne aftale betød, at afregningen for behandlingen af ikke-akutte fritvalgspatienter på basisniveau blev ændret fra en fast ambulans- eller sengedagstakst til DRG-takster. Desuden skete der en lovændring, der betød ophævelse af akutreglen. Ophævelsen betød, at der også skulle ske en afregning for behandlingen af akutte patienter. Tidligere kunne disse patienter først afregnes, når patienten var stabiliseret, og i princippet kunne flyttes til et sygehus i bopælsamtet.

Til håndtering af de administrative rutiner, som denne aftale affødte, oprettede amterne/H:S et fælles system til afregning for behandlingen af mellemamtslige patienter på basisniveau mv. Dette system er bygget op om en afregningsdatabase. Denne base indeholder oplysninger for hele år 2000 og frem.

Sammen med de traditionelle aktivitetsbeskrivelser i Landspatientregisteret kan databasen dermed anvendes som grundlag for at se på nogle af de erfaringer, der er gjort siden indførslen af DRG-systemet til afregning.

Nærværende rapport indeholder en opsamling af erfaringerne, der indtil nu er gjort med det frie sygehusvalg. Det sker primært ved en belysning af, hvor mange patienter der er fritvalgspatienter samt en belysning af udviklingen indenfor de to hovedområder, der er påvirket af de ændrede

finansieringsformer. Det drejer sig om effekten af ophævelse af akutreglen og den udenamtslige aktivitet for ikke-akutte basispatienter.

### **1.1. Arbejdsgruppens kommissorium**

Arbejdsgruppens har til opgave at analysere og beskrive de erfaringer, der er gjort siden indførelsen af det frie sygehusvalg i 1993. Arbejdet består bl.a. af følgende elementer.

1. Belyse udviklingen i antallet af patienter der får sygehusbehandling på et fremmed amts sygehus.
2. Analysere indholdet og omfanget af de mellemamtslige afregninger.
3. Analysere sammensætningen af de patienter, der benytter det frie sygehusvalg.
4. Belyse sammenhængen mellem omkostninger ved at behandle fritvalgspatienter og betalingstaksterne.

### **1. 2. Arbejdsgruppens medlemmer**

Fra den 1.1.2002 Afdelingschef Niels Christensen, Sundhedsstyrelsen (formand) (før den 31.12.2001 Afdelingschef Kjeld Kjeldsen, Sundhedsministeriet (formand))

Kontorchef Poul Erik Hansen, Sundhedsstyrelsen

Ellen Dalsgaard Zdrakovic, Finansministeriet

Kontorchef Peder Ring, Amtsrådsforeningen

Konsulent Liselotte Freilev Grønvald, Amtsrådsforeningen

Planlægnings- og økonomidirektør Morten Rand Jensen, H:S

Amtssundhedsdirektør Jesper Christensen, Nordjyllands Amt

Direktør Niels Mortensen, Fyns Amt

Amtssundhedsdirektør Leif Vestergaard Pedersen, Århus Amt

Direktør Kjeld Martinussen, Ringkjøbing Amt

Direktør Flemming Nielsen, Roskilde Amt

Amtssundhedsdirektør Peter Orebo Hansen, Københavns amt

Sekretariatet blev varetaget af specialkonsulent Malene Højsted Kristensen, sundhedsstyrelsen i et samarbejde med konsulent Liselotte Freilev Grønvald fra Amtsrådsforeningen

## **2. Indledning og sammenfatning**

Notatet indeholder en analyse af omfanget af patienter, der frit vælger det sygehus, de vil behandles på. Analysen er delt mellem de patienter,

der frit vælger sygehus inden for det amt, de har bopæl i og de patienter, der vælger et sygehus i et andet amt, end de har bopæl i.

Det er vanskeligt at belyse om, patienter frit har valgt at blive behandlet på et andet sygehus, end det de hører til eller, om de er henvist dertil af medicinske årsager. Det skyldes, at det ikke registreres i Landspatientregistret eller Afregningsdatabasen, om en patient selv har valgt sygehuset, uanset om patienten hører til sygehuset eller et andet sygehus.

En patienttilfredshedsundersøgelse udført som følge af aftalen om amternes økonomi for år 2000 viste, at 81 pct. af de ikke akutte indlagte patienter kendte til det frie sygehusvalg. 57 pct. af dem, som kendte til det frie sygehusvalg svarede, at de havde benyttet sig af det frie sygehusvalg. Det svarer til 46 pct. af samtlige ikke akutte indlagte patienter.<sup>1</sup>

Skema 2.1 viser, hvilke patienttyper der kan være fritvalgspatienter, samt om der findes registeroplysninger i Landspatientregistret (LPR) og Afregningsdatabasen.

---

<sup>1</sup> Spørgeskemaundersøgelsen blev udført af Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt. De spurgte 34.000 patienter, der havde været indlagt i perioden marts til juni 2000, om deres tilfredshed med den behandling de havde modtaget på sygehuset.

Skema 2.1 Patienttyper frie valg af sygehus samt registreringsoplysninger

Patienttype	Udtryk for frit valg	Registeroplysninger		Akut regel
		LPR	Afregn.	
Akut uden for bopæls amt	Ja, i nogle tilfælde	Ja	Ja	Ja, ofte
Akut inden for bopæls amt	Ja, i sjældne tilfælde	Nej	Nej	Nej
Ikke akut uden for bopæls amt	Ja, formentlig ofte	Ja	Ja	Nej
Ikke akut inden bopæls amt	Ja, i nogle tilfælde	Nej	Nej	Nej

Den ikke akutte patient, der bliver behandlet i et andet amt end bopælsamtet, er det nærmeste de centrale register kommer på, hvad der er en fritvalgspatient. Men som det ses af skema 2.1, vil omfanget af en sådan opgørelse undervurdere omfanget af patienter, der bruger det frie sygehusvalg. Ikke desto mindre anser arbejdsgruppen det for sandsynligt, at opgørelsen kan bruges til at vise tendensen omkring det frie sygehusvalg.

Analysen er delt op i en analyse af dataudtræk fra LPR og en analyse af Afregningsdatabasen.

Herudover indeholder notatet en diskussion af de incitament, der eksisterer, når mellemamtslige patienter afregnes til gennemsnitstakster. Mellemamtslige patienter bliver ofte betragtet som marginale patienter, dvs. den ekstra patient der kommer til, og som kan behandles inden for det eksisterende produktionsapparat.

### 2.1 Patienter behandlet i bopælsamtet

Benyttelsen af det frie sygehus valg bliver ofte tolket som antallet af patienter, der bevæger sig på tværs af amtsgrænser. Det betyder, at der ses bort fra de patienter, der frit vælger sygehus inden for det amt, de bor i. En patient kan jo i princippet godt frit vælge det sygehus, som patienten er henvist til.

I LPR registreres ikke, om en patient benytter sig af retten til frit sygehusvalg, hvorfor det kun er muligt at finde omfanget af patienter, der selv vælger sygehus ved at spørge patienterne, når de udskrives på sygehuset. Dette er som nævnt gjort i forbindelse med patienttilfredshedsundersøgelsen, der blev udført som følge af aftalen om amternes økonomi for år 2000. I undersøgelsen er der dog ikke fokuseret på, om patienten blev behandlet i eller uden for sit bopælsamt. Resultatet af spør-

geskemaundersøgelse blev, at 46 pct. af de ikke akut indlagte patienter svarede, at de selv havde valgt det sygehus, de ville behandles på.

Foruden denne undersøgelse er der mulighed for at analysere det frie valg af sygehus blandt indenamtslige fritvalgspatienter. I Københavns amts sygehusdirektorat er der set på, hvor mange patienter der har valgt et andet sygehus end det sygehus, de normalt bliver henvist til inden for deres eget bopælsamt. Det var ikke muligt at komme frem til et præcis antal patienter der benyttede det frie sygehusvalg, men i perioden fra 1998 til 2000 viste der sig en svag tendens for de ambulante patienter til en forøgelse i det frie sygehusvalg inden for Københavns Amts sygehus.

Roskilde Amt foretager en omfangsrig analyse af patienternes frie sygehusvalg. Dette arbejde er endnu ikke afsluttet.

## **2.2 Patienter på tværs af amtsgrænser**

Den første del af analysen vil ske ved en gennemgang af udviklingen af patientstrømme mellem amterne (inkl. H:S) i perioden 1997 til 2000 hertil anvendes Landspatientregistret (LPR). Årsagen til at en patient bliver behandlet i et andet amt er;

- patienten har valgt det
- patienten er henvist til behandling i et andet amt pga. tværamtslige aftaler om behandlinger
- patienten er blev akut syg i et andet amt end bopælsamtet.

Det er ikke i de centrale registrer (Landspatientregistret) muligt at adskille de enkelte patienttyper fra hinanden.

Når en patient bliver behandlet i et andet amt end bopælsamt sker der som oftest en mellemamtslig betaling.

Ved gennemførsel af den lovmæssige bestemmelse om det frie sygehusvalg i 1993, blev behandlingen af ikke-akutte patienter afregnet til 1.000 kr. for et ambulante besøg og 2.000 kr. for en sengedag (1993-priser). Herudover var der mulighed for at opkræve særydelser.

I finanslovsforståelsen for 1998 mellem regeringen, Venstre og Det konservative Folkeparti blev det aftalt at ændre dette finansieringssystem, således at afregningen for behandlingen af mellemamtslige frit-

fritvalgspatienter på basisniveau fra år 2000 skulle ske på grundlag af DRG takster.

Ved indførelsen af DRG takster blev der på opfordring af amterne indført en lovændring således, at betalingsordningen blev udvidet til også at gælde akutte patienter behandlet på et fremmed amts sygehus.

Virkningerne af denne ændring fremgår af notatets beskrivelse af størrelsen af patientvandringerne og betalingsstrømmene, jf. eksempelvis afsnit 7.1. De foreliggende resultater skal tages med forbehold, idet der er store dataproblemer forbundet med opgørelsen af både aktivitet og økonomi for udenamtspatienter.

Det skyldes primært, at det ikke er muligt at sammenkoble aktivitetsopgørelserne fra Landspatientregisteret med oplysningerne i den nydannede Afregningsdatabase. Dataproblemerne er behandlet særskilt i notatets sidste afsnit.

#### *Patientvandring (Landspatientregisteret)*

Der er dog visse overordnede tendenser i de foreliggende oplysninger. En opgørelse af patientvandring over amtsgrænser fra 1997 til 2000 viser, at et stigende antal patienter behandles på sygehuse uden for eget bopælsamt.

For heldøgnspatienter på basisniveau er der i alt sket en forøgelse med 2.881 udskrivninger af patienter uden for eget amt i perioden fra 1997 til 2000. Det svarer til en stigning på 7 pct. 1.647, svarende til at 57 pct. af forøgelsen i patientvandringerne skyldes en stigning i antallet af akutte basispatienter og de resterende 1.234 er ikke-akutte basispatienter. Der var i alt ca. 1,1 mio. udskrivninger i LPR i år 2000.

For de ambulante besøg på basisniveau er der ligeledes en forøgelse i antallet af besøg over amtsgrænser. Fra 1997 til 2000 sker der en relativ forøgelse med 1 pct. 65 pct. af de i alt knap 265.706 ambulante udenamtsbesøg på basisafdelinger er ikke-akutte. Der er i alt ca. 5 mio. ambulante besøg i LPR i år 2000.

#### *Betalingsstrømme (Afregningsdatabase)*

Betalingsstrømmen kan være knyttet til



- Fritvalgspatienter på basisniveau (akutte og ikke-akutte), der afregnes til fuld DRG-takst.
- Lands- og landsdelsbehandlinger, der afregnes til de faktiske omkostninger, der er forbundet med behandlingerne på de enkelte sygehuse.
- Aftalepatienter, der kan afregnes efter bilaterale aftaler mellem sygehusejerne. I flere tilfælde anvendes DRG-takterne også til afregningen af disse patienter.
- Særydelser, der betales efter en særlig særydelsesliste.

På det foreliggende datagrundlag er det endnu kun muligt at skønne over størrelsen af afregningen for patienten, der bevæger sig på tværs af amtsgrænserne.

Beregningerne viser, at der er sket et løft i de mellemamtslige afregninger. Dette løft er fremkaldt af

- en (mindre) stigning i antallet af patienter, der bliver behandlet på et sygehus uden for bopælsamtet.
- introduktionen af et takstsystem, der bygger på landsgennemsnitlige DRG-takster.
- indførelsen af bestemmelsen om at akutte basispatienter også skal afregnes til DRG-takst. Tidligere var denne patientgruppes akutfase ikke omfattet af afregningssystemet.

#### *Samlet vurdering*

Gennemgangen viser, at der har været en generel bevægelse mod større udenamtslig aktivitet i de seneste år. Denne trend er fortsat efter introduktionen af DRG-taksterne både på det stationære og det ambulante område.

Indførelsen af DRG-taksterne har ikke ændret markant ved den igangværende aktivitetsudvikling. Beslutningen om at ophæve akutreglen og anvende DRG-takster til betaling for behandlingen af akutte udenamtspatienter på basisniveau har derimod ført til en relativ stor stigning i de mellemamtslige betalinger.

Umiddelbart synes det at være lovændringen, der bevirkede at behandling af akutte patienter i højere grad skulle betales af bopælsamtet, der har påvirket betalingsstrømmene mest. Denne ændring i finansieringssystemet er imidlertid uafhængig af DRG-taksterne. Tidligere var det således, at der først kunne opkræves betaling fra bopælsamtet, når patienten

var stabiliseret, og i princippet kunne transporteres hjem til et sygehus i bopælsamtet. Det var imidlertid stor forskel i amterne, om denne opkrævning blev foretaget.

Ændringen af akutreglen har umiddelbart haft størst virkning i de amter, der har andre amters sygehuse tæt på deres amtsgrænse.

Tolkningen af resultaterne skal dog foretages med en vis varsomhed, idet der er sket en række strukturelle ændringer i sygesektoren i den belyste periode. Det påvirker eksempelvis opgørelsen af patienter, der henføres til basisniveauet. I H:S har gennemførelsen af Sygehusplan 2000 i perioden 1996 – 2000, bl.a. medført en ændring i antallet af lands- og landsdelsafdelinger. Herudover vanskeliggøres sammenligningen mellem amterne af, at en række lands- og landsdelsafdelinger dækker et lokalt optageområde for amtets egne basispatienter. De vil fremstå som lands- og landdelspatienter i analysen.

### **2.3 Afregning med gennemsnitstakster**

Mellemamtslige patienter på basisniveau bliver ofte betragtet som ”marginale patienter”, dvs. den ekstra patient der kommer til, og som kan behandles inden for det eksisterende produktionsapparat. DRG-taksterne er gennemsnitstakster ekskl. forrentning, afskrivninger, tjenestemandspension samt en række andre udgifter som eksempelvis forskning og ’udgifter til andet end egen patientbehandling’.

I det nuværende afregningssystem afregnes de mellemamtslige patienter således til korrigerede gennemsnitstakster, men udgør til tider blot marginale omkostninger. Dog vil samarbejdsaftale som eksempelvis treamtssamarbejdet mellem Storstrøms, Vestsjællands og Roskilde amter samt det gensidige sygehusforbrug mellem H:S og Københavns Amt betyde, at en stor del af patientvandringerne mellem de implicerede sygehusmyndigheder, indgår direkte i kapacitetsplanlægningen de respektive steder.

Der kan opstå u hensigtsmæssige incitament er til at behandle udenamtslige patienter, når den indenamtslige patienter på en afdeling bliver finansieret ved et rammebudget, og de udenamtslige patienter bliver finansieret ud fra aktiviteten.

En afregning til marginalpris kan give det modsatte problem. Såfremt behandling af udenamtspatienter afregnes til marginalpris, vil et amt kunne se en fordel i at patienter vælger et udenamtssygehus frem for et indenamtssygehus, da prisen for behandlingen på eget sygehus vil ske til gennemsnitsprisen. Dette kan give en for udenamtssygehusene uønsket stor efterspørgsel fra fritvalgspatienter til behandling. Konsekvensen heraf vil være underkapacitet og dermed ikke mulighed for behandling af udenamtspatienter til marginalpris. Denne betragtning er dog kun gældende såfremt sygehusdrift udelukkende vurderes ud fra et økonomisk perspektiv.

Ud fra en teoretisk synsvinkel bliver marginale patienter med marginale omkostninger overkompenseret ved gennemsnitstakster, hvis det vel at mærke er således, at kapaciteten ikke er benyttet fuldt ud.

Finansieringen af et større udenamtslig nettoforbrug i et amt skal finansieres ved enten at nedbringe udgifterne til amtets eget sygehusvæsen, eller amtets øvrige udgifter eller ved en stigning i amtsskatten. Det kan blive en ond spiral, hvis der ikke spares det samme ved ikke at behandle patienterne indenamtsligt, som det koster at få dem behandlet udenamtsligt. Samtidig giver det dog et væsentlig incitament til at tiltrække eller bibeholde patienterne for sygehusejerne.

Kort sagt skaber det konkurrence, at der er mulighed for at 'tjene' på at behandle patienter på marginalen, og dermed udnytte kapaciteten fuldt ud. Uanset dette element kan konsekvensen af denne udvikling samlet set betyde, at det bliver dyrere at drive sygehusvæsenet i Danmark. Det er derfor centralt, at taksterne har det rette niveau i forhold til, hvad det koster at behandle den udenamtslige patient.

### 3. Det frie sygehusvalg

#### 3.1. Årsagen til indførelsen af det frie sygehusvalg

I Danmark har borgernes "frie og lige adgang" til behandling på sygehuse været centrale og selvfølkelige værdier som grundlag for valg af organisationsform og finansiering af sygehusvæsenet.

Indtil 1992 havde borgere imidlertid ikke lovmæssig ret til selv at bestemme, hvilket sygehus de ville henvises til. Amterne havde dog til dels forinden indført det frie sygehusvalg frivilligt.

Hovedreglen var, at akutte patienter blev bragt til det nærmeste sygehus i amtet. Tilsvarende blev elektive patienter henvist til det nærmeste sygehus i amtet. I de fleste amter var der dog praksis for, at patienterne frit kunne vælge, hvilket af amtets egne sygehuse de ønskede at blive henvist til. Der galt ikke den samme frihed, når patienten gerne ville henvises til et sygehus uden for amtet.

#### *H:S og Københavns amts samarbejdsaftale*

Patienter i hovedstadsområdet har imidlertid siden H:S's oprettelse altid modtaget behandling fra to sygehusvæsener, hhv. i H:S og Københavns Amt, da disse har været integreret i en vis udstrækning. I samarbejdsaftaler mellem H:S og Københavns Amt tages der bl.a. højde for borgernes geografiske bopæl i forhold til nærmeste sygehus. H:S-hospitalet i Hvidovre ligger således i Københavns Amt og har bl.a. Hvidovre kommune som optageområde.

#### *Mellemamtslige aftaler om specialeafdelinger*

Før indførelse af det frie sygehusvalg blev patienter med behov for behandling på lands- og landsdelsniveau af bopælsamtets sygehusvæsen henvist til behandling på det lands- og landsdelssygehus, som bopælsamtet havde aftale med om varetagelse af højt specialiseret behandling.

#### *Mellemamtslige samarbejder*

Omtrent alle amter har en eller flere samarbejdsaftaler om patientbehandling på basisniveau med andre amter. Det vil sige, at patienter kan blive henvist til andre amters sygehuse som følge af amtslige samarbejdsaftaler om fx behandling af karkirurgiske patienter, fødsler mv. De mest omfangsrige samarbejdsaftaler findes dog i hovedstadsområdet. I de efterfølgende analyser er det derfor valgt at fremstille aktiviteten mellem H:S og Københavns amt adskilt.

#### *Akutte patienter*

Hvis en borger under ophold i et fremmed amt fik akut brug for sygehusbehandling skulle opholdsamtet vederlagsfrit yde sygehusbehandling, så længe patienten var under akut behandling. Når patientens tilstand var stabiliseret blev patienten som hovedregel overført til færdigbehandling på sygehus i bopælsamtet.

I de dele af landet, hvor nærmeste sygehus lå i naboamtet, var der i visse tilfælde indgået særlige "grænseaftaler" således, at borgere i grænseområderne umiddelbart kunne henvises til det nærmeste sygehus, selvom det lå i naboamtet.

Amterne indgik i efteråret 1992 aftale om, at patienter med behov for basisbehandling (= alt anden behandling end den der forudsætter særlig henvisning og kaution til lands- og landsdelsafdeling) frit kan vælge sygehus. Der gøres opmærksom på, at patienter med behov for Lands- og landsdelsbehandling blev henvist til den afdeling, hjemamtet havde aftale med indtil 1997.

Fra 1. januar 1993 fik borgerne en lovbefæstet ret til at ønske sygehus. Retten gjaldt valg mellem basisafdelinger.

### **3.2 Hensigten med det frie sygehusvalg**

Indførelsen af det frie sygehusvalg skulle tilgodese flere formål. Et af formålene var at imødekomme patienternes ønske om selv at kunne vælge behandlingssted.

Det fremgår af bemærkningerne til loven, at den øgede valgmulighed desuden blev anset for at have en selvstændig værdi for amterne, idet patienternes valgmønster og ændringer heri kan give et indtryk af befolkningens tilfredshed med de enkelte sygehuse.

Herudover var det også hensigten at anvende det frie sygehusvalg som middel til at udnytte eventuelle marginale overkapaciteter på sygehuse, da patienter herved har mulighed for at blive behandlet det sted, hvor ventetiden er kortest uanset patientens amtslige tilhørsforhold. Ventetid blev således tolket, som et udtryk for en underkapacitet.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Ventetid opstår, når tilgangen af henviste patienter er større, end det antal patienter der behandles.

Når der fra sygehus til sygehus kan være forskel på ventetiden for samme diagnose, kan forklaringen være forskellig kapacitet, forskel i den faglige prioritering og forskel på indikationerne for henvisning.

Fra 1999 blev det frie sygehusvalg udvidet til at omfatte patienter med behov for højt specialiseret behandling på lands- og landsdelssygehuse. Herudover blev det også muligt, at benytte det frie sygehusvalg til basisbehandling på et lands- og landsdelssygehus.

### 3.3 Patientens frie valg af sygehus

Omfanget af det frie sygehusvalg bliver ofte tolket som antallet af patienter, der bevæger sig på tværs af amtsgrænser. Det betyder, at der ses bort fra de patienter, der frit vælger sygehus inden for det amt, de bor i. Årsagen til det er primært, at det ikke registreres i de centrale register, om en patient har brugt det frie sygehusvalg eller ej. En patient kan i princippet godt frit vælge det sygehus, som patienten er henvist til.

I landspatientregistret registreres det ikke, om patienten benytter sig af retten til frit sygehusvalg. Det er således kun muligt at finde omfanget af patienter, der selv vælger sygehus ved at spørge patienterne, når de udskrives på sygehuset jf. skema 3.1.

Skema 3.1 Patienttyper, frit valg af sygehus samt registreringsoplysninger

Patienttype	Udtryk for frit valg	Registeroplysninger		Akut regel
		LPR	Afregn.	
Akut uden for bopæls amt	Ja, i nogle tilfælde	Ja	Ja	Ja, ofte
Akut inden for bopæls amt	Ja, i sjældne tilfælde	Nej	Nej	Nej
Ikke akut uden for bopæls amt	Ja, formentlig ofte	Ja	Ja	Nej
Ikke akut inden bopæls amt	Ja, i nogle tilfælde	Nej	Nej	Nej

Som det ses af skema 3.1 kan samtlige patienttypers behandling i eller uden for bopælsamtet i mere eller mindre grad være et udtryk for et frit valg af sygehus. I landspatientregistret er det muligt, at finde frem til de patienter, der bliver behandlet i et andet amt. Det er dog ikke muligt at finde frem til, om de selv har valgt det, eller om det skyldes en henvisning.

En patienttilfredshedsundersøgelse udført som følge af aftalen om amternes økonomi for år 2000 viste som nævnt, at 81 pct. af de ikke akutte/ planlagte indlagte patienter kendte til det frie sygehusvalg. 57 pct. af

dem som kendte til det frie sygehusvalg svarede, at de havde benyttet sig af det frie sygehusvalg.<sup>3</sup>

Skema 3.2 er en gengivelse af en tabel fra rapportens ”Patientens vurdering af landets sygehuse” afsnit om frit sygehusvalg.

Skema 3.2 Resultat fra patienttilfredshedsundersøgelsen

Spørgsmål	Antal besvarelser	Landsresultat i pct.
Spørgsmål 5 Vidste De, at De selv kunne vælge hvilket sygehus. De skulle indlægges på?	8.430*	Ja: 80,6
Spørgsmål 6 Valgte De selv hvilket sygehus, De skulle indlægges på?	8.430*	Ja: 45,6
* Omfatter ikke akut indlagte patienter		

Kilde: Patientens vurdering af landets sygehuse - spørgeskemaundersøgelse blandt 34.000 patienter. Enheden for brugerundersøgelser, Københavns Amt, Januar 2001

Patienttilfredshedsundersøgelsen viste, at årsagen til valg af sygehus for 45,6 pct. vedkommende bl.a. var, fordi det var nærmest bopælen. Sygehusets gode ry, egen læges anbefaling, gode erfaringer samt ventetidens længde var ligeledes blandt de hyppige årsager til valg af sygehus. Det er ikke via de centrale registre mulighed for at vise, hvorfor en patient har valgt det pågældende sygehus.

Den ikke akutte patient, der bliver behandlet i et andet amt end bopælsamtet, er det nærmeste de centrale registre kommer på, hvad der er en fritvalgspatient. Men som det ses af skema 3.1 vil omfanget af en sådan opgørelse undervurdere omfanget af patienter, der bruger det frie sygehusvalg. Ikke desto mindre kan opgørelsen bruges til at vise tendensen omkring det frie sygehusvalg.

#### 4. Patienter behandlet i bopælsamtet

For at belyse omfanget af patienter, der benytter det frie sygehusvalg inden for egne amtsgrænser, har Københavns amts sygehusdirektorat analyseret et dataudtræk fra Landspatientregistret for perioden 1997 til 2000.

<sup>3</sup> Spørgeskemaundersøgelsen blev udført af Enheden for Burgerundersøgelser i Københavns Amt. De spurgte 34.000 patienter, der havde været indlagt i perioden marts til juni 2000, om deres tilfredshed med den behandling de havde modtaget på sygehuset.

I amtets visitationsretningslinier for hvert speciale er det angivet, hvilket sygehus en kommunes borgere hører til. Herudfra defineres et sygehus' afdelings/specialespecifikke optageområde. For nogle specialer er der tale om et sygehus' såkaldte normal optageområde, nemlig de kommuner, der er optageområde for det eller de store medicinske specialer. Men for alle de specialer, der ikke er repræsenteret på alle de 3 store sygehuse i amtet, er optageområdet et andet end normal optageområdet. I en fuldstændig analyse, hvor man vil se på i hvilket omfang, der er benyttet et andet sygehus end det "normale" sygehus, er man nødt til at arbejde med afdelingsbestemte optageområder.

Københavns amts Sygehusdirektorat har i analysen netop set på, hvor mange patienter der har valgt et andet sygehus end det sygehus, de normalt henvises til inden for deres eget bopælsamt i henhold til visitationsretningslinierne. En anden sag er at man i praksis ville få det samme resultat, hvis man i stedet havde set på de patienter fra hver kommune, der indenfor hvert speciale valgte et andet sygehus end flertallet.

Københavns amts Sygehusdirektorat har set på, hvilke sygehuse Københavns Amts borgere, der bor i KAS Gentoftes optageområde, bruger. Optageområde Gentofte er som nævnt defineret i visitationsretningslinierne. Normaloptageområdet er de 3 kommuner Gentofte, Søllerød og Lyngby-Taarbæk, men for kardiologi og gynækologi omfatter optageområdet yderligere Gladsaxe. For dermatologi, lungesygdomme og thoraxkirurgi er optageområdet alle kommuner i amtet, da amtets eneste specialafdeling ligger på KAS Gentofte.

Herefter vil fx en neurokirurgisk patient fra Gentofte kommune ikke høre til KAS Gentoftes optageområde, men til KAS Glostrups, da de har amtets eneste neurokirurgiske afdeling. En thoraxkirurgisk patient fra Herlev Kommune hører derimod til KAS Gentoftes optageområde, da amtets eneste thoraxkirurgiske afdelinger ligger der.

Tabel 4.1 viser, hvilke sygehuse optageområde Gentoftes borgere blev behandlet på i Købehavns amt i årene 1998 til 2000.

Af tabellen ses, at andelen af patienter fra optageområde Gentofte fordelt på amtets sygehuse efter patienttyper (ambulant/deldøgn, skadestue og udskrevne) har været forholdsvis konstant over årene 1998 til 2000. Det bemærkes at strukturændringer i amtets sygehusvæsen, hvor f.eks. et speciale, der kun findes på et af de tre sygehuse, flytter fra et sygehus til et andet, ikke nødvendigvis påvirker et sygehus'



egenandel af optageområdets patienter, da visitationsretningslinierne og optageområdet for det pågældende speciale justeres tilsvarende.

Tabel 4.1 Patienter fra optageområde Gentofte fordelt på amtets sygehuse efter patienttyperne: ambulant, deldøgn, skadestue og heldøgn – for årene 1998 til 2000.

	KAS Gentofte	KAS Glostrup	KAS Herlev	Optageområde Gentofte, i alt	% behandlet på KAS Gentofte
1998					
Ambulante/deldøgn	92.282	4.628	9.888	106.798	86%
Skadestue	29.584	316	969	30.869	96%
Heldøgn	28.287	1.205	2.425	31.917	89%
1999					
Ambulante/deldøgn	92.550	5.416	11.738	109.704	84%
Skadestue	29.039	378	984	30.401	96%
Heldøgn	27.741	1.111	2.348	31.200	89%
2000					
Ambulante/deldøgn	92.031	4.314	15.002	111.347	83%
Skadestue	29.849	322	961	31.132	96%
Heldøgn	27.930	1.045	2.467	31.442	89%

Kilde: Landspatientregistret

Andelen af patienter fra optageområde Gentofte behandlet uden for KAS Gentofte er stort set uændret for skadestuebesøg og udskrivninger i perioden. Der er derimod sket et fald i egenandelen for ambulante/deldøgns besøg.

I perioden 1998 til 2000 er der således en svag tendens til en forøgelse af den indenamtsslige fritvalgsaktivitet inden for det ambulante/deldøgns området i Københavns Amt.

Hvorvidt den samme tendens gælder resten af landet er det desværre ikke muligt at konkludere. Den bedste indikator for om patienterne frit har valgt det sygehus, de behandles på, fås ved at spørge patienterne selv.

Roskilde Amt foretager på nuværende tidspunkt en omfattende analyse af patienternes frie sygehusvalg. Dette arbejde er endnu ikke afsluttet.

## 5. Patienter på tværs af amtsgrænser

Den udenamtslige aktivitet kan belyses på grundlag af oplysningerne i *Landspatientregisteret* jf. skema 3.1, og dette register er kilden til opgørelserne i dette afsnit.<sup>4</sup>

På landsplan var der knap 111.000 udskrivinger af stationære hel-døgnspatienter uden for eget amt i år 2000, svarende til ca. 10 pct. af samtlige udskrivinger. Det er en stigning på 9.097 udskrivinger i forhold til 1997. Stigningen er fordelt på både den akutte og ikke akutte udenamtslig aktivitet. Dette fremgår af tabel 5.1, der indeholder en oversigt over den samlede aktivitet på lands- og landsdels- samt basisniveau og den tilsvarende udenamtslige aktivitet.

Den største stigning i den udenamtslige aktivitet er sket på lands- og landsdelsafdelingerne, idet der har været en samlet fremgang på 6.216 udskrivinger over hele den betragtede periode. Det bør bemærkes at alle basispatienter behandlet på Lands- og landsdelsafdelinger opgøres som Lands- og landsdelspatienter. Derfor vil stigningen i Lands- og landsdelsaktiviteten ikke kun udgøres af højt specialiseret behandling. Lands- og landsdelsafdelinger er afgrænset ud fra Specialeplanlægningen af 1996 fra Sundhedsstyrelsen. På basisafdelinger var den tilsvarende stigning på 2.881.

Disse absolutte ændringer skal ses i lyset af, at der har været en samlet stigning i den stationære aktivitet på godt 34.500 udskrivinger. Denne stigning dækker over forskelligartede forløb inden for de forskellige behandlingsniveauer. På lands- og landsdelsområdet har der været fremgang på både den akutte og ikke-akutte aktivitet jf. tabel 5.1.

Talmaterialet har været i høring i amterne. Amternes kommentarer til tallene fra Landspatientregistret fremgår af afsnit 5.4.

Aktiviteten for ikke-akutte basispatienter anvendes ofte som indikator for udviklingen i fritvalgsordningen. Der er dog ikke noget entydigt sammenfald mellem de ikke-akutte basispatienter og fritvalgspatienter, idet der som nævnt også kan ske basisbehandling på lands- og landsdelsafdelinger samt være tale om patienter, der bliver behandlet i et andet amt pga. nogle indbyrdes amtslige aftaler. Hertil kommer, at tallet ikke indeholder oplysninger om de patienter, der har anvendt det frie syge-

---

<sup>4</sup> For beskrivelse af afvigelser i forhold til tidligere opgørelser henvises til afsnit 11.

husvalg inden for eget amt. Opgørelserne af ikke-akutte basispatienter undervurderer således antallet af fritvalgspatienter.

Tabel 5.1: Aktiviteten for stationære heldøgnsudskrivinger<sup>1</sup>

	1997	1998	1999	2000 <sup>2</sup>
<b>Udskrivinger i alt</b>				
Basisafdelinger	652.641	657.238	678.332	689.671
Akut	431.610	441.608	466.681	480.467
Ej akut	221.031	215.630	211.651	209.204
Lands- og landsdelsafdelinger	323.932	327.227	326.500	321.568
Akut	188.045	186.882	184.145	180.106
Ej akut	135.887	140.345	142.355	141.462
<b>I alt</b>	<b>976.573</b>	<b>984.465</b>	<b>1.004.832</b>	<b>1.011.239</b>
Absolutte ændringer fra år til år	11.554	7.892	20.367	6.407
<b>Heraf udenamtslig</b>				
Basisafdelinger	41.058	41.069	42.938	43.939
Akut	25.722	25.482	26.847	27.369
Ej akut	15.336	15.587	16.091	16.570
Lands- og landsdelsafdelinger	60.731	63.316	65.014	66.947
Akut	24.387	24.966	25.444	25.313
Ej akut	36.344	38.350	39.570	41.634
<b>I alt</b>	<b>101.789</b>	<b>104.385</b>	<b>107.952</b>	<b>110.886</b>
Absolutte ændringer fra år til år	6.216	2.596	3.567	2.934

<sup>1</sup> Aktiviteten er ekskl. raske ledsagere, nyfødte, selvejende institutioner, private sygehuse, patienter fra Færøerne og Grønland. Aktiviteten for Amager hospital er udeladt af opgørelsen (aktiviteten var i 1997: 16.612 udskrivinger, 1998:17.483 udskrivinger, 1999:18.961 udskrivinger, 2000:20.293 udskrivinger).

<sup>2</sup> Foreløbige tal.

Basisniveauet har fremgang på det akutte område, men er herudover præget af et fald i den samlede aktivitet for ikke-akutte patienter for landet som helhed. Det skyldes bl.a. en generel tendens til, at planlagte stationære behandlinger i højere grad omlægges til ambulante behandlingsforløb. Da der samtidig har været en stigning i antallet af udenamtslige udskrivinger for denne patientgruppe er den relative andel af fritvalgspatienter steget, selv om den absolutte stigning er relativ beskedent. Det fremgår af tabel 5.2.

Tabel 5.2: Udenamtslig andel af udskrivinger i alt for stationære heldøgnsudskrivinger

	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>
	- Pct. -			
Basisniveau	6,3	6,2	6,3	6,4
Lands- og landsdelsniveau	18,7	19,3	19,9	20,8
I alt	10,4	10,6	10,7	11,0

<sup>1</sup> Foreløbige tal.

På begge områder er der en relativ fremgang, og som det fremgår af tabel 5.2 er 11 pct. af alle udskrivninger af somatiske heldøgnpatienter behandlet uden for eget amt. På basisniveauet er der tale om en andel på 6,4 pct.

Det skal bemærkes, at der har været en jævn stigning i de relative andele i hele perioden. Der er således ikke sket markante ændringer i forbindelse introduktionen af DRG-takster i år 2000.

Med få undtagelser kan de tilsvarende bevægelser for den udenamtslige aktivitet iagttages for den ambulante aktivitet. Som det fremgår af tabel 5.3, har der været fremgang på alle de belyste områder bortset fra akut udenamtslig aktivitet på lands- og landsdelniveau. Samlet har der været en fremgang på 627.012 ambulante besøg fra 1997 til 2000, hvoraf 121.888 af besøgene er udenamtslige.

Tabel 5.3: Ambulant aktivitet<sup>1</sup>

	1997	1998	1999	2000 <sup>2</sup>
<b>Besøg i alt</b>				
Basisniveau	3.477.128	3.243.695	3.338.199	3.444.801
Akut	823.513	820.466	836.988	858.142
Ej akut	2.653.615	2.423.229	2.501.211	2.582.659
Lands- og landsdelsniveau	1.060.252	1.599.864	1.725.687	1.723.591
Akut	117.499	116.241	95.376	85.742
Ej akut	942.753	1.483.623	1.630.311	1.637.849
<b>I alt</b>	<b>4.537.380</b>	<b>4.843.559</b>	<b>5.063.886</b>	<b>5.164.392</b>
Absolutte ændringer fra år til år	161.342	306.179	220.327	100.506
<b>Heraf udenamtslig</b>				
Basisniveau	263.931	235.565	243.133	265.706
Akut	86.596	85.050	88.212	92.167
Ej akut	177.335	150.515	154.921	173.539
Lands- og landsdelsniveau	181.551	236.004	267.744	301.664
Akut	16.275	15.830	13.153	12.407
Ej akut	165.276	220.174	254.591	289.257
<b>I alt</b>	<b>445.482</b>	<b>471.569</b>	<b>510.877</b>	<b>567.370</b>
Absolutte ændringer fra år til år	22.610	26.087	39.308	56.483

<sup>1</sup> Aktiviteten er ekskl. raske ledsagere, nyfødte, selvejende institutioner, private sygehuse, patienter fra Færøerne og Grønland. Aktiviteten for Amager hospital er udeladt af opgørelsen (aktiviteten var i 1997: 111.000 besøg, 1998:99.000 besøg, 1999:99.000 besøg, 2000:98.500 besøg).

<sup>2</sup> Foreløbige tal.

Der har ligeledes været en fremgang for den udenamtslige aktivitet, idet der har været en jævn relativ stigning på begge behandlingsniveauer. Det fremgår af tabel 5.4.

På det ambulante område er der heller ikke markante forandringer i forbindelse med introduktionen af DRG-taksterne i år 2000, idet der dog er en mindre relativ fremgang i 2000 efter tre års stagnation.

Tabel 5.4: Udenamtslig andel af besøg i alt for ambulante

	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>
	- Pct. -			
Basisniveau	7,6	7,3	7,3	7,7
Lands- og landsdelsniveau	17,1	14,8	15,5	17,5
I alt	9,8	9,7	10,1	11,0

<sup>771</sup> Foreløbige tal.

For den samlede ikke-akutte aktivitet på basisniveau - fritvalgspatienter - er der en nedgang for den udenamtslige ambulante aktivitet med 0,2 pct. og en stigning på 9,3 pct. for stationære heldøgnspatienter. For den stationære aktivitet overgår det stigningen i den samlede aktivitet.

Forandringerne har dog været noget uensartede mellem de enkelte amter. Det fremgår af det følgende, der indeholder en amtsfordelt gennemgang af de områder, der blev berørt af den ændrede finansieringsform med introduktion af DRG-taksterne. Det drejer sig om en belysning af

1. Udenamtslige ikke-akutte stationære patienter
2. Udenamtslige akutte stationære behandlinger
3. Beskrivelse af den udenamtslige ambulante basisaktivitet

### 5.1 Udenamtslige ikke-akutte stationære patienter

I vurderingen af aktiviteten for den udenamtslige ikke-akutte patienter kan der tages udgangspunkt i tabel 5.5, der indeholder en opgørelse af den samlede ikke-akutte aktivitet for somatiske heldøgnspatienter på basisafdelingerne i de enkelte amter.

Tabel 5.5 viser den samlede antal heldøgnsudskrivelser fordelt på bopælsamter.

I tabellen er Københavns Amt og H:S indeholdt på to måder. I den første del af tabellen er patientbevægelserne mellem de to sygehusenheder udeladt. Størrelsen af denne aktivitet fremgår af tabellens nederste del.

---

Når aktiviteten mellem H:S og Københavns Amt er behandlet særskilt skyldes det primært, at de to sygehusvæsener er så tæt forbundne med indbyrdes aftaler, at der er vanskeligt at udskille en entydig udenamts aktivitet i det Storkøbenhavnske område.

Aktiviteten på Amager Hospital er helt udeladt i tabel 5.5, da sygehuset drives som et driftsfællesskab mellem H:S og Københavns Amt.

H:S hospitalet i Hvidovre er beliggende i Københavns Amt og med lokalt optageområde fra bl.a. Hvidovre kommune. De to sygehusvæsener er således integreret i hinanden gennem et fast aftalesystem.

Grundet dette forhold er det i den efterfølgende fremstilling af den mellemamtslige aktivitet for heldøgnspatienter valgt, at holde patientvandringerne mellem de to sygehusenheder ud af den mere detaljerede undersøgelse.

For den samlede aktivitet kan faldet i antallet af udskrivninger i tabel 5.1 genfindes i tabel 5.5, idet der har været en nedgang i antallet af udskrivninger af stationære heldøgnspatienter på basisniveau fra 221.031 til 209.184 svarende til et fald på godt 6 pct.

Tabel 5.5: Antal ikke-akutte udskrivinger af somatiske heldøgnsudskrivinger fordelt på basisafdelinger og lands- og landsdelsafdelinger efter patientens bopælsamt.

Bopælsamt	Basisafdelinger				Lands og landsdelsafdelinger			
	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>
H:S, ekskl. Kbh. Amt	14.943	14.572	12.098	12.104	17.006	19.348	19.258	18.494
Kbh. Amt, ekskl. H:S	8.750	8.496	7.662	7.592	18.446	18.487	18.674	18.637
Frederiksborg Amt	18.717	17.591	16.944	18.313	3.874	3.667	3.963	4.202
Roskilde Amt	10.469	10.433	10.698	10.624	2.360	2.719	2.792	3.095
Vestsjællands Amt	18.223	17.141	15.450	15.161	3.882	4.016	4.016	4.209
Storstrøms Amt	13.363	12.862	13.132	12.994	3.535	3.505	3.513	3.919
Bornholms Amt	1.732	1.639	1.782	1.530	1.130	1.214	1.180	1.185
Fyns Amt	16.073	16.991	15.923	15.545	20.465	19.918	20.334	18.830
Sønderjyllands Amt	15.573	14.437	14.057	13.857	3.117	3.338	3.521	3.776
Ribe Amt	14.298	13.759	14.417	13.857	1.896	2.031	2.155	2.282
Vejle Amt	18.305	18.653	21.436	21.121	3.537	3.931	3.891	3.944
Ringkøbing Amt	19.853	19.059	19.059	18.417	3.274	3.783	3.505	3.639
Århus Amt	15.379	14.970	14.996	15.013	28.318	28.529	29.044	28.677
Viborg Amt	15.438	15.574	15.295	14.839	2.958	3.063	3.168	3.138
Nordjyllands Amt	17.122	16.388	15.745	15.354	18.179	18.791	18.766	18.743
I alt	218.238	212.565	208.694	206.321	131.977	136.340	137.780	136.770
Antal ikke-akutte udskrivinger mellem H:S og Københavns Amt								
H:S – behandlet i Kbh. Amt	871	959	970	852	1.689	1.591	1.775	1.965
Kbh. Amt - behandlet i H:S	1.922	2.106	1.987	2.031	2.221	2.414	2.800	2.727
Hele landet	221.031	213.630	211.651	209.184	135.887	140.345	142.355	141.462
Anm; I alt er dannet efter reduktion af den mellemamtslige aktivitet mellem Københavns Amt og H:S. Hele landet medtager denne aktivitet.								
<sup>1</sup> Foreløbige tal.								

Uden for det Storkøbenhavnske område har alle amter oplevet et fald undtagen Vejle Amt. De største absolutte fald kan iagttages i Vestsjællands Amt, hvor antallet af ikke-akutte udskrivinger på basisniveau er gået ned med 3.062. Det svarer til en relativt nedgang på 16,8 pct. I Vejle Amt har fremgangen været på 2.816 udskrivinger svarende til en stigning på 15,4 pct. For H:S, ekskl. patienter fra Københavns Amt har der været et fald i antallet af udskrivinger på ikke-akutte stationære udskrivinger, men der har samtidig været en stigning i antallet af udskrivinger på lands- og landsdelsafdelingerne.

Opgørelsen kan give et skævt billede af forholdet mellem basis- og lands- og landsdelsaktivitet, da amter med lands- og landsdelsafdelinger har en markant højere aktivitet på disse. Dette skyldes hovedsageligt at basispatienter i større omfang indgår heri.

For samtlige amter og H:S med undtagelse af Fyns Amt gælder det, at der er stigende aktivitet på lands- og landsdelsniveauet for ikke-akutte stationære udskrivinger.

Som det fremgik af tabel 5.1 vedrører en del af disse udskrivinger patienter uden for eget amt. Denne udenamtslige aktivitet er gengivet i tabel 5.6, hvor tallene også er korrigeret for aktiviteterne mellem H:S og København.

Tabel 5.6: Antal udskrivinger af ikke-akutte heldøgnsudskrivinger på basisafdelinger og lands- og landsdelsafdelinger uden for eget amt.

Bopæl	Basisafdelinger				Lands- og landsdelsafdelinger			
	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>
H:S, ekskl. Kbh. Amt	902	633	588	533	63	71	104	138
Københavns Amt, ekskl. H:S	859	816	894	971	87	102	120	131
Frederiksborg Amt	639	743	656	686	3.874	3.667	3.963	4.202
Roskilde Amt	547	610	631	765	2.360	2.719	2.792	3.095
Vestsjællands Amt	1.271	1.392	1.782	2.062	3.882	4.016	4.016	4.209
Storstrøms Amt	1.384	1.316	1.505	1.544	3.535	3.505	3.513	3.919
Bornholms Amt	33	48	43	56	1.130	1.214	1.180	1.185
Fyns Amt	1.458	1.344	1.269	1.271	583	678	755	757
Sønderjyllands Amt	488	468	480	513	3.117	3.338	3.521	3.776
Ribe Amt	1.270	1.164	1.115	1.012	1.896	2.031	2.155	2.282
Vejle Amt	402	347	461	504	3.537	3.931	3.891	3.944
Ringkøbing Amt	769	856	869	1.006	3.274	3.783	3.505	3.639
Århus Amt	976	1.430	1.559	1.549	469	517	580	609
Viborg Amt	488	503	449	394	2.936	3.030	3.136	3.105
Nordjyllands Amt	1.057	852	833	821	1.691	1.743	1.764	1.951
I alt	12.543	12.522	13.134	13.687	32.434	34.345	34.995	36.942

<sup>1</sup> Foreløbige tal.

Som det fremgår af tabel 5.6 var der 13.687 udskrivinger af ikke-akutte basispatienter uden for eget amt i 2000. Det er en stigning på 1.144 udskrivinger fra 1997 til 2000 svarende til en vækst på 9 pct. Denne generelle tendens kan imidlertid ikke genfindes hos alle amter, idet 5 amter har oplevet et fald i den udenamtslige aktivitet for ikke-akutte patienter

Det største relative fald kan iagttages i H:S, der har haft et fald i udskrivinger med 369 svarende til relativ nedgang på 40 pct. Ribe Amt har ligeledes haft et betydeligt fald i udskrivinger med 258 svarende til en relativ nedgang på 20 pct. Derimod har Vestsjællands og Århus Amt haft en fremgang på hhv. 791 og 573 udskrivinger fra 1997 til 2000. Det er en stigning på hhv. 62 pct. og 58 pct. i forhold til 1997.



Der har samlet set været en stigning fra 32.434 til 36.942 udskrivinger i den udenamtslige aktivitet på lands- landsdelsafdelinger. Det svarer til en stigning på 13,9 pct. Stigningen er fordelt på alle amter og H:S.

Stigningen i den udenamtslige aktivitet for ikke-akutte heldøgnspatienter er større på lands- og landsdelsafdelingerne end stigningen på basisniveau.

Ved en vurdering af den samlede udvikling i antallet af ikke-akutte udenamtspatienter – fritvalgspatienterne - kan oplysningerne i de to foregående tabeller suppleres med en vurdering af, hvor stor en andel af ikke-akutte basispatienter fra et amt, der bliver behandlet uden for eget amt i forhold til amtets egen basisaktivitet. Det er gjort i tabel 5.7.

For landet som helhed kan tendensen fra tabel 5.1 genfindes i denne tabel, idet der er sket en stigning i den relative andel af udenamtspatienter fra 5,7 til 6,6 pct. af alle ikke-akutte heldøgnsbasispatienter. Forskellen mellem oplysningerne i tabel 5.3 og tabel 5.7 er den tidligere nævnte eksklusion af patientbevægelserne mellem H:S og Københavns Amt.

Sammenligningen på tværs af amterne skal dog tages med forbehold, da en række amter, som tidligere nævnt, indeholder lands- og landsdelsafdelinger, og at basispatienter på lands- og landsdelsafdelinger opgøres som lands- og landsdelsaktivitet. Samtidig skal det erindres, at udviklingen i antallet af ikke-akutte stationære, skal ses i lyset af omlægningen fra stationær til ambulansaktivitet.

Tabel 5.7: Ikke-akutte udenamts udskrivinger på basisafdelinger i forhold til alle ikke-akutte udskrivinger på basisniveau i amtet.

Bopælsamt	Heldøgnsudskrivinger			
	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>
	- Pct. -			
H:S, ekskl. Kbh. Amt	6,0	4,3	4,9	4,4
Københavns Amt, ekskl. H:S	9,8	9,6	11,7	12,8
Frederiksborg Amt	3,4	4,2	3,9	3,7
Roskilde Amt	5,2	5,8	5,9	7,2
Vestsjællands Amt	7,0	8,1	11,5	13,6
Storstrøms Amt	10,4	10,2	11,5	11,9
Bornholms Amt	1,9	2,9	2,4	3,7
Fyns Amt	9,1	7,9	8,0	8,2
Sønderjyllands Amt	3,1	3,2	3,4	3,7
Ribe Amt	8,9	8,5	7,7	7,3
Vejle Amt	2,2	1,9	2,2	2,4
Ringkøbing Amt	3,9	4,5	4,6	5,5
Århus Amt	6,3	9,6	10,4	10,3

Tabel 5.7: Ikke-akutte udenamts udskrivninger på basisafdelinger i forhold til alle ikke-akutte udskrivninger på basisniveau i amtet.

Bopælsamt	Heldøgnsudskrivninger			
	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>
	- Pct. -			
Viborg Amt	3,2	3,2	2,9	2,7
Nordjyllands Amt	6,2	5,2	5,3	5,3
I alt	5,7	5,9	6,3	6,6

<sup>1</sup> Foreløbige tal.

På amtsniveau er der store afvigelser fra landsgennemsnittet. Den største udenamtslige aktivitet findes i Vestsjællands Amt, hvor andelen af basispatienter behandlet uden for eget amt i forhold til egen aktivitet når op på 13,6 pct. Den laveste relative andel findes derimod i Vejle Amt med 2,4 pct.

Det forøgede tre amts samarbejdet mellem Roskilde, Vestsjælland og Storstrøms amter omkring forskellige former for patientbehandling ses ved et stigende andel af ikke akutte heldøgnspatienter, der bevæger sig over amtsgrænserne i perioden fra 1997 til 2000.

Den største stigning har kunne iagttages i Vestsjællands, Århus og Københavns Amter med hhv. 6,6, 4 og 3 procentpoint.

Baggrunden for Århus Amts stigning er ifølge Århus Amt en central indsats for at forkorte amtets patienters ventetid ved at vejlede dem i, at de kan blive hurtigere behandlet ved, at modtage behandlingen uden for bopælsamtet.

Vurderingen af tallene fra amterne med lands- og landsdelsafdelinger skal ske under hensyntagen til, at kapaciteten på basisafdelingerne er forholdsvis lille.

## 5.2. Udenamtslige akutte stationære behandlinger

Ud over fritvalgsområdet for ikke-akutte basispatienter indeholdt økonomiaftalen for 2000 som nævnt også en bestemmelse om, at hjemamtet skulle betale for akutte patienters behandling uden for eget amt. I finansieringsøjemed fik de akutte patienter dermed en betydelig vægt fra år 2000, idet de skulle afregnes til DRG-takst fra dette tidspunkt, mens akutfasen tidligere havde været "gratis" for hjemamtet, hvis en patient fik akut behov for behandling under ophold uden for eget amt.

Det gælder både for stationære og ambulante behandlinger. I det følgende belyses udviklingen på det stationære akutte område, mens den samlede akutte og ikke-akutte ambulante aktivitet gennemgås i afsnit 5.3.

Tabel 5.8: Antal akutte stationære udskrivinger på basisafdelinger og lands- og landsdelsafdelinger fordelt efter bopælsamt

Bopælsamt	Basisafdelinger				Lands – og landsdelsafdelinger			
	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>
H:S, ekskl. Kbh. Amt	42.378	43.194	42.720	42.193	35.987	34.294	34.498	29.899
Kbh. Amt, ekskl. H:S	24.493	28.019	38.184	38.716	44.306	40.737	32.993	32.455
Frederiksborg Amt	35.838	36.069	38.322	41.360	3.126	3.047	3.201	3.040
Roskilde Amt	25.963	25.957	25.181	25.558	1.679	1.836	1.864	1.879
Vestsjællands Amt	31.581	32.398	34.626	36.681	1.860	2.140	2.194	2.270
Storstrøms Amt	32.297	33.353	33.630	34.751	1.896	1.955	1.926	2.102
Bornholms Amt	4.745	4.818	4.899	4.925	408	506	516	536
Fyns Amt	23.567	24.165	25.622	27.359	28.102	28.305	30.255	30.466
Sønderjyllands Amt	25.274	26.437	26.823	28.346	1.023	1.140	1.232	1.224
Ribe Amt	27.684	27.389	27.238	27.940	866	901	816	931
Vejle Amt	35.953	35.909	38.171	39.780	1.446	1.602	1.797	1.691
Ringkøbing Amt	27.580	28.217	29.145	29.468	1.085	1.215	1.208	1.186
Århus Amt	32.334	33.054	35.178	36.699	32.534	34.852	37.063	37.913
Viborg Amt	26.465	27.171	29.181	29.076	1.133	1.275	1.382	1.275
Nordjyllands Amt	29.318	28.879	30.682	30.923	24.445	25.506	25.799	25.996
I alt	425.470	435.029	459.602	473.775	179.896	179.311	176.744	172.863
Antal akutte udskrivinger mellem H:S og Københavns Amt								
H:S – behandlet i Kbh. Amt	1.882	2.109	2.313	2.243	3.066	2.647	2.370	2.416
Kbh. Amt – behandlet i H:S	4.258	4.470	4.766	4.449	5.083	4.924	5.031	4.827
Hele landet	431.610	441.608	466.681	480.467	188.045	186.882	184.145	180.106

<sup>1</sup> Foreløbige tal.

Tabel 5.8 svarer til en amtsopdeling af de akutte udskrivinger for somatiske heldøgnspatienter i tabel 5.1. For landet som helhed har der været en stigning i antallet af udskrivinger på 48.856. Det dækker over forholdsvis store forskelle mellem de enkelte amter. Den største absolutte fremgang har været i Københavns Amt, med en stigning på over 14.000 akutte udskrivinger over hele perioden. Det svarer til en relativ stigning på næsten 58 pct.

I H:S og Roskilde Amt har der derimod været stagnation på området, idet der har været et mindre fald på hhv. 185 og 405 udskrivinger svarende til et fald på hhv. under 0,5 pct. og 1,5 pct.

En del af de stationære udskrivinger, der foretages akut vedrører udenamtspatienter. Omfanget heraf fremgår af tabel 5.9. Den samlede stigning i udskrivingen af denne type patienter har været på 1.095 udskrivinger fra 19.582 i 1997 til 20.677 i år 2000. Det svarer til en forøgelse på 5,6 pct.

Tabel 5.9: Antal akutte stationære udskrivninger af somatiske heldøgnspatienter på basisafdelinger og lands- og landsdelsafdelinger uden for eget amt.

Bopælsamt	Basisafdelinger				Lands- og landsdelsafdelinger			
	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>
H:S, ekskl. Kbh. Amt	2.623	2.305	2.358	2.499	200	206	222	207
Københavns Amt, ekskl. H:S	2.093	1.932	2.018	2.166	137	137	161	142
Frederiksborg Amt	1.027	956	1.134	1.134	3.126	3.047	3.201	3.040
Roskilde Amt	878	940	910	976	1.679	1.836	1.864	1.879
Vestsjællands Amt	2.336	2.427	2.627	2.762	1.860	2.140	2.194	2.270
Storstrøms Amt	1.181	1.226	1.396	1.327	1.896	1.955	1.926	2.102
Bornholms Amt	105	95	105	111	408	506	516	536
Fyns Amt	1.343	1.165	1.322	1.384	332	330	371	336
Sønderjyllands Amt	875	842	775	866	1.023	1.140	1.232	1.224
Ribe Amt	1.521	1.356	1.361	1.448	866	901	816	931
Vejle Amt	857	848	879	992	1.446	1.602	1.797	1.691
Ringkøbing Amt	1.089	1.140	1.146	1.132	1.085	1.215	1.208	1.186
Århus Amt	1.816	1.822	1.853	1.845	418	420	462	578
Viborg Amt	979	985	995	1.037	1.133	1.274	1.379	1.272
Nordjyllands Amt	859	864	889	998	629	686	694	676
I alt	19.582	18.903	19.768	20.677	16.238	17.395	18.043	18.070

<sup>1</sup> Foreløbige tal.

Den største stigning i amterne er sket i Vestsjællands Amt, idet der har været en vækst på 426 udskrivninger i perioden, svarende til en vækst på 18 pct. Derimod har der været mindre fald i H:S og Ribe Amt på hhv. 133 og 73 udskrivninger. Det svarer til nedgang på 5 og 4,8 pct.

Vægten af denne patientgruppe fremgår tydeligt ved sammenligning af de absolutte niveauer, idet de "akutte" antalsmæssigt overstiger de "ikke-akutte" med ca. 7.000 udskrivninger (ekskl. bevægelserne H:S/Kbh. Amt). Relativt når de dog ikke helt det samme niveau som de ikke-akutte udskrivninger, hvilket kan læses i tabel 5.10.

Som det fremgår af tabel 5.10 er det relative niveau fastholdt i hele perioden. Der er dog visse variationer mellem amterne. I Københavns Amt, ekskl. bevægelserne med H:S, har der været en tilbagegang på 2,3 procentpoint. Den største fremgang har vist sig i Bornholms Amt med 0,8 procentpoint.

Tabel 5.10: Akutte udenamts basis heldøgnsudskrivninger i forhold til alle akutte basis heldøgnsudskrivninger.

Bopælsamt	Akutte heldøgnsudskrivninger			
	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>
	- Pct. -			

Tabel 5.10: Akutte udenamts basis heldøgnsudskrivninger i forhold til alle akutte basis heldøgnsudskrivninger.

Bopælsamt	Akkutte heldøgnsudskrivninger			
	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>
	- Pct. -			
H:S	6,2	5,3	5,5	5,9
Københavns Amt	8,5	6,9	5,3	5,6
Frederiksborg Amt	2,9	2,7	3,0	2,7
Roskilde Amt	3,4	3,6	3,6	3,8
Vestsjællands Amt	7,4	7,5	7,6	7,5
Storstrøms Amt	3,7	3,7	4,2	3,8
Bornholms Amt	2,2	2,0	2,1	2,3
Fyns Amt	5,7	4,8	5,2	5,1
Sønderjyllands Amt	3,5	3,2	2,9	3,1
Ribe Amt	5,5	5,0	5,0	5,2
Vejle Amt	2,4	2,4	2,3	2,5
Ringkøbing Amt	3,9	4,0	3,9	3,8
Århus Amt	5,6	5,5	5,3	5,0
Viborg Amt	3,7	3,6	3,4	3,6
Nordjyllands Amt	2,9	3,0	2,9	3,2
I alt	4,6	4,3	4,3	4,4

<sup>1</sup> Foreløbige tal

### 5.3. Beskrivelse af den udenamtslige ambulante basisaktivitet.

Ud over ændringerne i finansieringen af stationære heldøgnspatienter fra sengedagstakster til fuld DRG-takster blev betalingsprincipperne for ambulante besøg på basisafdelinger også lavet om, idet besøgstaksten blev afløst af ambulante takster, der er knyttet til de faktisk leverede ydelser i form af cancer-, dialyse-, procedurebehandling el. lign.

For de akutte udenamtslige ambulante besøg (skadestuebesøg), har der været tale om en stigning på ca. 5.571 besøg fra 86.596 til 92.167 fra 1997 til år 2000 jf. tabel 5.3.

Skadestuebesøg afregnes fra år 2000 til en skadestuetakst for udenamtsbehandlinger. Tidligere var denne ydelse som nævnt "gratis" for bopælsamtet, hvis behovet for behandling på en skadestue opstod uden for eget amt.

Sideløbende hermed er der sket en ændring i afregningen af de patienter, der er behandlet som ikke-akutte ambulante patienter uden for eget amt på basisniveau.

Den aktivitet, der er forbundet med den ikke-akutte ambulante basisbehandling er belyst i tabel 5.11.

Tabel 5.11: Antal ikke-akutte ambulante besøg på *basisafdelinger og lands- og landsdelsafdelinger* fordelt på amter

Bopælsamt	Basisafdelinger				Lands- og landsdels afdelinger			
	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>
H:S, ekskl. Kbh. Amt	376.303	335.747	278.561	263.759	188.407	255.280	274.641	273.877
Kbh. Amt, ekskl. H:S	170.088	128.654	150.139	165.548	181.637	245.338	282.022	255.203
Frederiksborg Amt	179.734	224.772	231.652	199.207	37.809	45.678	51.845	68.465
Roskilde Amt	138.027	140.327	152.341	182.671	18.306	21.587	23.168	24.528
Vestsjællands Amt	164.330	157.163	177.695	186.392	21.182	26.764	32.144	34.616
Storstrøms Amt	145.955	150.655	157.298	164.503	22.140	21.730	25.039	29.827
Bornholms Amt	11.273	13.177	16.235	16.732	4.593	4.267	4.722	5.912
Fyns Amt	172.277	99.334	110.885	124.992	154.644	267.123	279.151	281.831
Sønderjyllands Amt	139.953	155.054	162.853	157.554	9.277	14.986	15.742	15.874
Ribe Amt	136.307	137.999	147.399	153.315	6.376	10.757	11.428	11.441
Vejle Amt	231.426	246.860	255.469	262.996	6.322	12.748	13.756	13.320
Ringkøbing Amt	139.274	152.721	157.685	168.901	3.996	8.442	12.430	12.160
Århus Amt	280.749	169.643	180.505	189.679	162.649	327.039	363.079	360.724
Viborg Amt	136.956	133.823	139.687	144.918	5.547	13.479	19.197	19.774
Nordjyllands Amt	186.266	136.938	145.068	160.587	95.933	175.578	182.087	183.652
I alt	2.608.918	2.382.867	2.463.472	2.541.754	918.818	1.450.796	1.590.451	1.591.204
Antal ikke-akutte ambulante besøg mellem H:S og Københavns Amt								
H:S – behandlet i Kbh. Amt	8.924	6.781	6.763	6.916	6.298	8.243	13.070	15.168
Kbh. Amt – behandlet i H:S	35.773	33.581	30.976	33.989	17.637	24.584	26.790	31.477
Hele landet	2.653.615	2.423.229	2.501.211	2.582.659	942.753	1.483.623	1.630.311	1.637.849

<sup>1</sup> Foreløbige tal.

Der har været en mindre nedgang i den ambulante aktivitet på basisniveau i perioden. Hvorimod der har været en stor stigning på over 70 pct. i den ambulante aktivitet på lands- og landsdelsafdelinger. Lands- og landsdelsafdelingerne behandler også basispatienter.

Af tabel 5.12 ses, at denne tendens går igen for de udenamtslige patienter, hvor den udenamtslige aktivitet på basisniveau har været relativt konstant, hvorimod den har været stigende på lands- og landsdelsafdelingerne. Der er dog betydelig variation mellem amterne i aktivitetsudviklingen.

Den største absolutte stigning har været i Vestsjællands Amt, der har øget antallet af ambulante besøg uden for eget amt med 4.747, svarende til en relativ fremgang med 24 pct. Hvorimod Sønderjyllands, Ribe, Vejle, Ringkøbing, Viborg og Nordjyllands amter har haft et fald i den udenamtslige aktivitet for ambulante besøg på basisafdelinger.

Tabel 5.12: Antal ambulante ikke-akutte besøg på *basisafdelinger og lands- og landsdelsafdelinger* uden for eget amt.

Bopælsamt	Basisafdelinger				Lands- og landsdelsafdelinger			
	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>
H:S, ekskl. Kbh. Amt	4.942	4.314	4.452	4.620	372	602	580	751
Københavns Amt, ekskl. H:S	6.174	6.842	7.186	9.963	202	294	328	585
Frederiksborg Amt	8.400	7.765	7.433	8.086	37.809	45.678	51.845	68.465
Roskilde Amt	6.782	6.153	5.953	6.794	18.306	21.587	23.168	24.528
Vestsjællands Amt	19.489	19.560	21.732	24.236	21.182	26.764	32.144	34.616
Storstrøms Amt	13.368	10.982	12.862	15.754	22.140	21.730	25.039	29.827
Bornholms Amt	514	482	470	552	4.593	4.267	4.722	5.912
Fyns Amt	6.519	6.977	7.314	8.899	1.166	1.783	2.168	2.400
Sønderjyllands Amt	9.900	5.521	5.782	6.110	9.277	14.986	15.742	15.874
Ribe Amt	12.282	9.527	10.467	11.707	6.376	10.757	11.428	11.441
Vejle Amt	7.401	2.686	2.918	4.072	6.322	12.748	13.756	13.320
Ringkøbing Amt	11.841	7.948	9.005	10.062	3.996	8.442	12.430	12.160
Århus Amt	7.832	9.955	9.561	8.599	1.076	2.099	2.492	2.064
Viborg Amt	7.737	4.440	4.277	4.202	5.093	9.325	11.870	12.791
Nordjyllands Amt	9.457	7.001	7.770	8.978	3.431	6.285	7.019	7.878
I alt	132.638	110.153	117.182	132.634	141.341	187.347	214.731	242.612

<sup>1</sup> Foreløbige tal.

Til trods for at der ikke er sket en forøgelse i den ikke-akutte udenamtslige aktivitet for ambulante besøg er der sket en forøgelse (en relative fremgang) i den udenamtslige ikke akutte ambulante aktivitet. Det afspejler sig ved en stigende andel af de enkelte amters samlede ambulante aktivitet på basisniveau, der udføres på udenamtspatienter. Det fremgår af tabel 5.13.

På landsplan er mere end 5 pct. af de ambulante besøg på basisafdelinger udenamtslige besøg. Landstallet dækker dog over store variationer mellem de enkelte amter, idet Vestsjællands Amt har et betydeligt træk på andre amter, idet amtet har en aktivitet uden for eget amt, der svarer til 13,0 pct. af amtets samlede ikke-akutte ambulante aktivitet, mens Vejle Amt kun når op på 1,6 pct.

Som det fremgår af tabel 5.13 er der en stigende relativ anvendelse af udenamtslig aktivitet i alle amter undtagen i Roskilde, Vejle og Viborg amter. Disse har haft en faldende andel af patienter, der behandles uden for eget amt. I Viborg dækker dette fald ydermere over en absolut tilbagegang.

Tabel 5.13: Ikke-akutte ambulante besøg på udenamts basisafdelinger i forhold til amtets ikke-akutte ambulante besøg.

Bopælsamt	Ambulante besøg			
	1997	1998	1999	2000 <sup>1</sup>

	- Pct. -			
H:S, ekskl. Kbh. Amt	1,3	1,3	1,6	1,8
Københavns Amt, ekskl. H:S	3,6	5,3	4,8	6,0
Frederiksborg Amt	4,7	3,5	3,2	4,1
Roskilde Amt	4,9	4,4	3,9	3,7
Vestsjællands Amt	11,9	12,4	12,2	13,0
Storstrøms Amt	9,2	7,3	8,2	9,6
Bornholms Amt	4,6	3,7	2,9	3,3
Fyns Amt	3,8	7,0	6,6	7,1
Sønderjyllands Amt	7,1	3,6	3,6	3,9
Ribe Amt	9,0	6,9	7,1	7,6
Vejle Amt	3,2	1,1	1,1	1,5
Ringkøbing Amt	8,5	5,2	5,7	6,0
Århus Amt	2,8	5,9	5,3	4,5
Viborg Amt	5,6	3,3	3,1	2,9
Nordjyllands Amt	5,1	5,1	5,4	5,6
I alt	5,1	4,6	4,8	5,2

<sup>1</sup> Foreløbige tal

#### 5.4. Kommentarer fra amterne og H:S til datagrundlaget fra LPR

Datamaterialet der har dannet grundlag for dette afsnits analyse, har været i høring i amterne og H:S.

Der har generelt set ikke været mange kommentarer til materialet.

Samtlige amter bemærker, at en del af den udenamtslige aktivitet skyldes indbyrdes aftaler om varetagelse af visse behandlinger.

*Nordjyllands amt* bemærker, at tallene fra LPR undervurderer aktiviteten en smule, men at det giver ikke anledning til korrektioner fra dem.

*Viborg Amt* bemærker, at Viborg Amt har ændret sygehusstrukturen fra 1999 til 2000, hvilket samlet set betyder, at det ser ud som om, at der er sket et fald i antallet af udskrivinger. Der er dog ikke tale om en reel udvikling, men udelukkende et datateknisk udfald af omstruktureringerne. Viborg Amt bemærker endvidere, at der er en væsentlig forskel i antallet af ambulante kontakter for egne borgere på egne sygehuse.

*H:S* bemærker, at den ambulante aktivitet ikke stemmer overens med deres egne opgørelser. I 1999 havde H:S registreret knap 60.000 flere besøg, end der er registreret i LPR. I år 2000 var det dog under 15.000 flere besøg i H:S.

*H:S og Københavns Amt* mener begge at det er korrekt at udskille aktiviteten mellem dem i analyserne.



*Fyns, Københavns, Århus amter og H:S* bemærker, at det er uhen-sigtsmæssigt, at alle udskrivinger der behandles på en lands- og landsdelsafdeling betragtes som lands- og landsdelsudskrivinger. Det skyldes, at en stor del af aktiviteten på disse afdelinger rent faktisk er basisbehandling. Det er dog ikke muligt at adskille de patienter, der får en lands- og landsdelsbehandling fra dem der får en basisbehandling. Amterne og H:S maner til forsigtighed ved tolkning af aktiviteten på lands- og landsdelsafdelinger.

## 6. Afregningen af det frie sygehusvalg

Ved indførelsen af det frie sygehusvalg pr. 1. januar 1993 blev afregningen for behandlinger på basisniveau som nævnt fastsat til 2000 kr. pr. sengedag og 1000 kr. pr. ambulant besøg (1993-prisniveau). Herudover var der fastlagt takster for en række særydelser, fx prisen på ledprotese til kunstigt knæ. Disse takster var tidligere fastsat af amterne ved indførelsen af den frivillige fritvalgsordning, der gik forud for loven.

Afregningen tog udgangspunkt i det antal dage, patienten var indlagt i et fremmed amt uden hensyn til behandlingens karakter og ressourcetræk. Antallet af liggedage var imidlertid den bedst mulige approximation for ressourcetrækket på daværende tidspunkt.

Begrundelsen for at vælge disse sengedagstakster sammen med takster for særydelser var, at det skulle være let at administrere, og det behandelende sygehus skulle have en betaling svarende til de ekstra udgifter ved at behandle en ekstra patient.

For visse patienttyper gav dette takstsystem ikke dækning for de faktiske udgifter. En sammenhæng der gav incitament til ikke at behandle sådanne fritvalgspatienter. Omvendt var tilfældet for de lette patienter, der blev overkompenseret ved et sådan takstsystem. Årsagen til disse problemstillinger var, at der ikke blev taget hensyn til patientens tyngde i dette system.

Patienter der, som følge af amtslige samarbejdsaftaler om fx behandling af karkirurgiske lidelser, blev henvist til andre amters sygehusvæsen blev typisk afregnet til bilaterale aftalte takster. Disse takster var ofte højere end sengedagstaksterne.

I finanslovsforståelsen mellem regeringen, Venstre og Konservative for 1998 blev det aftalt at indføre DRG-takster fra 1. januar 2000, ligesom det fremgik af aftaleteksten, at "For at sikre patienterne et frit sygehusvalg på tværs af amtsgrænser forudsættes det, at amterne sørger for, at det enkelte sygehus godskrives takstbehandlingen (der menes takstbetalingen) for de patienter, der har valgt det pågældende sygehus".

Baggrunden for indførelsen af afregning ved DRG-takster var bl.a., at et sådanne system gav incitament til at gennemføre behandlingen på en

økonomisk effektiv måde, idet betalingen for den enkelte patient er forud fastlagt. Det kan påvirke behandlingen af patienterne, idet der kan være et økonomisk incitament til at udskrive patienterne for tidligt. I det gamle system baseret på sengedagstakster var der økonomisk incitament til at lade patienten blive på sygehuset.

Finanslovsaftalen indgik som forudsætning i økonomiaftalen mellem regeringen og amterne for 1999, og det fremgik af aftalen, at Amdsrådsforeningen tog indholdet af finanslovsaftalen til efterretning.

DRG taksten for den enkelte diagnosegruppe svarer til de landsgennemsnitlige omkostninger ved behandling af patienter i gruppen.

I henhold til aftale om amternes økonomi i år 2000 mellem regeringen og amterne blev der stillet forslag om forenkling af reglerne for mellemamtslige afregninger. Forenklingen bestod i fjernelse af akutreglen. (Fremgår af bemærkninger til lovn. 967 af 20 dec. 1999 om ændring af lov om sygehusvæsenet). Ændringen betød, at bopælsamtet fra 1. januar 2000 skal betale DRG takst for behandlingen af akutte patienter på et sygehus uden for eget amt. Samtidig blev parterne enige om, at fritvalgspatienter på basisniveau mellem amterne afregnes med fuld DRG takst fra 1. januar 2000.

## 7. Analyse af afregningerne i Afregningsdatabasen

I dette afsnit vil der blive set på de økonomiske virkninger af indførelsen af et nyt afregningssystem for fritvalgspatienter og akutte patienter.

Afsnittet belyser endvidere hvilke typer af udskrivinger, der er hyppigst forekommer i Afregningsdatabasen. I afsnittet ses der på indlagte og ambulante patienter.

Indførelsen af DRG afregning for fritvalgspatienter og akutte patienter førte som nævnt til etablering af et fælles afregningssystem for alle amterne. Denne afregningsdatabase er kilden til den efterfølgende gennemgang. Der er ikke nogen direkte koordination mellem oplysningerne fra Landspatientregisteret og Afregningsdatabasen. Der vil derfor ikke være fuldt sammenfald i opgørelserne af fritvalgspatienter mv. mellem de to kilder. Det gælder bl.a. i forbindelse med afgrænsningen af basispatienterne. I Landspatientregisteret sker opgørelsen ved eksklusion af lands- og landsdelafdelinger, men i Afregningsdatabasen vil basispatienter på lands- og landsdelafdelinger indgå i den samlede basisaktivitet, hvis de er afregnet som basispatienter.

For år 2000 er der registreret 395.018 kontakter i Afregningsdatabasen.

Fra afregningsdatabasen er der for forskellige behandlingstyper trukket oplysninger, der viser patientstrømmene og værdien heraf for amterne.

Det skal bemærkes, at ikke alle afregninger i Afregningsdatabasen er reelt afregnet, idet der eksisterer særlige betalingsaftaler på nogle områder mellem en række amter.

I alt repræsenterer de 395.018 kontakter i Afregningsdatabasen en afregningsværdi på 1,4 mia. kr. ekskl. særydelser. Særydelser kan opkræves i tillæg på særlige områder for ambulante patienter. Særydelser er fx proteser.

Af de 395.018 kontakter, er 47.639 indlagte, 14.540 gråzonepatienter og 332.839 er ambulante besøg, heraf er 95.293 skadestuebesøg, 9.370 besøg afregnet til concertakst og 4.514 besøg afregnet til dialysetakst, se endvidere tabel 7.1.

Af de 395.038 kontakter var knap 33 pct. (129.597) akutte kontakter (skadestue, akut gråzone og akutte stationære ekskl. fødsler). Disse kontakter har en værdi på 709 mio. kr. og udgør lidt over halvdelen af den samlede afregningsværdi, heraf udgør de indlagte 633 mio. kr.

Der er flere stationære og ambulante besøg i afregningsdatabasen end der er i opgørelserne over den udenamtslige aktivitet ud fra Landspati-entregistret. Det skyldes bl.a., at afregningsdatabasen indeholder afregninger for basisbehandlinger af andre amters borgere på lands- og landsdelsafdelinger samt dataproblemerne, der er omtalt i afsnit 11.

Tabel 7.1: Fordeling af kontakter og afregningsværdi på behandlingstyper i år 2000.

Behandlingstyper	Kontakter	pct.	pct.	Afregningsværdi	pct.	pct.
<b>Ambulante:</b>						
Dialyse	4.514	1,4	1,1	11.804.110	3,3	0,8
Cancer	9.370	2,8	2,4	16.706.710	4,7	1,2
Akut (skadestue)	95.293	28,6	24,2	67.781.382	18,9	4,8
Ej akut	223.662	67,2	56,6	262.777.964	73,1	18,7
I alt	332.839	100		359.070.166	100	
<b>Gråzone:</b>						
Akut	1.474	10,1	0,4	7.998.447	11,1	0,6
Ej akut	13.066	89,9	3,3	63.891.476	88,9	4,5
I alt	14.540	100		71.889.923	100	
<b>Stationære:</b>						
Akut ekskl. fødsler	32.830	68,9	8,3	632.915.863	64,9	45,0
Ej akut	14.809	31,1	3,7	342.960.806	35,1	24,4
I alt	47.639	100		975.876.669	100	
<b>Total</b>	<b>395.018</b>		<b>100</b>	<b>1.406.836.758</b>		<b>100</b>

Kilde: Afregningsdatabasen (korrigeret som anført i afsnit 11)

De ti hyppigst forekomne DRG-grupper er vist i tabel 15. Alle indlagte patienter DRG-grupperes. Der er i alt 47.659 stationære udskrivinger i afregningsdatabasen jf. tabel 7.1.

De stationære udskrivinger grupperes til i alt 431 forskellige DRG-grupper. Der er således betydelig variation i tyngden mellem de indlagte patienter, der bevæger sig over amtsgrænsen.

Tabel 7.2 De ti hyppigst forekomne DRG-grupper for stationære udskrivninger i år 2000.

DRG-gruppe	Antal udskr.
373 Vaginal fødsel u.kompl. bidiag	3.323
467 Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	2.300
183 Betændelser i spiserør, mave og tarm m.v. pat. o. 17 år. u. kompl. bidiag	1.496
209 Større ledoperationer og påsætning af lemmer	1.207
372 Vaginal fødsel, m. kompl. Bidiag	1.071
435 Alkohol- eller stofmisbrug eller afgang etc., u. kompl. bidiag.	771
88 Kronisk obstruktiv lungesygdom	743
243 Medicinske sygdomme i ryggen	706
14 Specifik karsygdomme i hjernen ekskl. forbig. utilst. Blodforsyning til hjerne	705
359 Livmoderoperation ved godartede sygdomme, u. kompl. Bidiag.	703

Kilde: Afregningsdatabasen (korrigeret som anført i afsnit 11)

Af tabel 7.2 og tabel 7.1 kan det udledes, at over 9 pct. af de stationære udskrivninger i afregningsdatabasen bliver grupperet til fødsel DRG-grupper (DRG-gruppe 372 og 373 Vaginal fødsel med og uden kompliserede bidiagnoser). 60 pct. af denne aktivitet skyldes samarbejdsaftaler mellem H:S og Københavns amt omkring varetagelsen af fødsler i Københavns området. Over 10 pct. af de samlede registrerede fødsler i afregningsdatabasen skyldes, at der eksisterer en samarbejdsaftale omkring fødsler mellem Fyns og Vejle amter, der betyder at Fredericia Sygehus varetager fødslerne for borgerne i den vestlige del af Fyns Amt. Alt i alt er det tilsyneladende samarbejdsaftaler, der er hovedårsagen til, at fødsler udgør den største gruppe af udskrivninger for stationære kontakter i afregningsdatabasen.

I top ti listen over de stationære kontacters DRG-gruppering udgør DRG-gruppe 467 Andre påvirkninger af sundhedstilstanden anden pladsen. Årsagen til gruppering til denne DRG-gruppe er hovedsageligt dårlige registreringer.

Den tredje hyppigste DRG-gruppe er DRG-gruppe 183 Betændelser i spiserør, mave og tarm m.v. patient over 17 år uden komplicerende bidiagnose. Denne gruppe er en medicinsk DRG-gruppe, hvor patienter med fx diarre bliver grupperet. En del af disse patienter er akut indlagte patienter, hvilket også ses af tabel 7.7 i afsnit 7.2.

Den fjerde hyppigste DRG-gruppe er DRG-gruppe 209 Større ledopera-

tioner og påsætning af lemmer. Det er bl.a. hofteoperationer, der grupperes til denne gruppe. DRG-gruppe 222 Knæoperationer, u kompl. bi-diagnoser vil forekomme på top ti listen, hvis aktiviteten mellem H:S og Københavns Amt ekskluderes. Størstedelen af udskrivningerne der grupperes til disse grupper er ikke akutte udskrivninger, der kan således være tale om fritvalgspatienter. Det er blandt disse gruppers operationer, at nogle af de ortopædkirurgiske ventelisteoperationer grupperes.

Top ti listen ændres i øvrigt ikke væsentligt, hvis aktiviteten mellem H:S og Københavns amt udelades.

Tabel 7.3. Nettoberegninger på afregningsværdien og antal kontakter for alle kontakter i år 2000.

Bopæls amt	Værdi			Antal kontakter		
	Indtægt	Udgift	Netto	Til amtet	Ud af amtet	Netto
H:S, ekskl. KBS's Amt	79.176.335	72.687.762	6.488.573	29.990	17.849	12.141
Kbh's Amt, eksl. H:S	62.186.244	79.389.638	-17.203.394	19.137	23.158	-4.021
Frederiksborg Amt	52.939.049	72.688.632	-19.749.583	13.801	24.930	-11.129
Roskilde Amt	144.942.446	61.794.948	83.147.498	45.877	19.749	26.128
Vestsjællands Amt	79.744.924	144.321.447	-64.576.523	16.854	41.449	-24.595
Storstrøms Amt	93.854.218	101.330.443	-7.476.225	25.071	26.271	-1.200
Bornholms Amt	7.175.699	5.286.563	1.889.136	2.023	1.419	604
Fyns Amt	36.189.781	62.541.184	-26.351.403	10.767	16.188	-5.421
Sønderjyllands Amt	27.732.245	45.513.907	-17.781.662	8.075	11.774	-3.699
Ribe Amt	35.016.778	67.930.971	-32.914.193	7.799	18.778	-10.979
Vejle Amt	150.197.989	41.341.452	108.856.537	40.805	11.043	29.762
Ringkøbing Amt	31.631.115	52.763.010	-21.131.895	6.069	13.359	-7.290
Århus Amt	76.569.145	75.776.073	793.072	18.994	17.696	1.298
Viborg Amt	39.425.898	43.267.947	-3.842.049	9.970	11.786	-1.816
Nordjyllands Amt	56.558.512	46.706.401	9.852.111	12.176	11.959	217
<b>I alt</b>	973.340.378	973.340.378	0	267.408	267.408	0
Nettoberegninger på afregningsværdien og antal kontakter mellem H:S og Kbh's Amt						
H:S	289.098.880	144.397.500	144.701.380	90.993	36.617	54.376
Kbh's Amt	144.397.500	289.098.880	-144.701.380	36.617	90.993	-54.376
Hele landet	1.406.836.758	1.406.836.758	0	395.018	395.018	0

Tabel 7.3 viser, at der er forskel mellem amterne i nettoresultaterne for afregningen af de udenamtslige kontakter.

H:S, Roskilde, Vejle, Århus, Bornholms og Nordjyllands amter har alle en nettofortjeneste på basis udenamtspatienter.

Københavns, Frederiksborg, Vestsjællands, Storstrøms, Fyns, Sønderjyllands, Ribe, Ringkøbing, Viborg amter har alle nettoudgift på udenamtsbasispatienter.

### 7.1 Aktiviteten og afregningsværdien for akutte patienter.

Tabel 7.4 viser konsekvensen af, at akutreglen er ophævet fordelt på amter. Af tabel 7.4 ses det, at amter, som har andre amters centralsygehuse tæt på deres amtsgrænse, har væsentlige nettoudgifter som følge af ophævelsen af akutreglen.

I det Storkøbenhavnske område (H:S og Københavns Amt) er der korte afstande mellem sygehusene og sygehuse tilhørende den ene er placeret i den andens geografiske område og omvendt. Desuden har perioden været præget af en række indbyrdes aftaler mellem de to sygehusejere, bl.a. på det akutte område, hvor de gennem længere tid har eksisteret særlige afregningsaftaler. Disse forhold gør, at situationen i H:S og Københavns Amt er forskellig fra situationen i det øvrige land.

Tabel 7.4: Nettoberegninger på afregningsværdien og antal kontakter for akutte kontakter i år 2000.

Bopæls amt	Værdi			Antal kontakter		
	Indtægter	Udgifter	Netto	Til amtet	Ud af amtet	Netto
H:S	30.138.332	53.363.461	48.367.733	9.744	10.353	12.319
Københavns Amt	32.440.360	46.379.639	-85.532.141	7.817	10.128	-15.239
Frederiksborg Amt	34.719.083	33.818.598	900.485	8.089	8.396	307
Roskilde Amt	44.202.892	26.917.280	17.285.612	9.201	7.229	1.972
Vestsjællands Amt	42.801.432	57.593.643	-14.792.211	7.236	8.561	-1.325
Storstrøms Amt	50.984.462	33.991.331	16.993.131	6.766	6.161	605
Bornholms Amt	5.505.201	2.935.537	2.569.664	1.335	506	829
Fyns Amt	28.165.481	26.268.012	1.897.469	4.864	4.935	71
Sønderjyllands Amt	14.536.575	25.365.198	-10.828.623	3.203	3.564	-361
Ribe Amt	18.411.105	30.464.283	-12.053.178	2.540	5.169	-2.629
Vejle Amt	55.424.790	26.737.685	28.687.105	9.920	4.620	5.300
Ringkøbing Amt	18.254.405	26.458.080	-8.203.675	2.330	3.941	-1.611
Århus Amt	40.989.483	48.154.322	-7.164.839	7.935	7.729	-206
Viborg Amt	26.863.319	26.297.797	565.522	3.152	3.891	739
Nordjyllands Amt	44.538.948	23.231.002	21.307.946	5.055	4.004	1.051
<b>I alt</b>	487.975.868	487.975.868	0	89.187	89.187	0
Nettoberegninger på afregningsværdien og antal kontakter for akutte kontakter mellem H:S og Kbh's Amt						
H:S	146.156.343	74.563.343	71.593.000	26.669	13.741	12.928
Kbh's Amt	74.563.481	146.156.343	-71.593.000	13.741	26.669	-12.928
Hele landet	708.695.692	708.695.692	0	129.597	129.597	0

Kilde: Afregningsdatabasen (korrigeret som anført i afsnit 10)

Tabel 7.5 viser de ti hyppigste DRG-grupper for de akutte indlagte patienter. Der er i alt 32.830 udskrivninger af akut indlagte patienter i afregningsdatabasen. Top ti listen er inklusiv aktiviteten mellem H:S og



Københavns Amt. Udelades denne aktivitet ændres top ti listen ikke væsentligt.

Tabel 7.5 De ti hyppigste forekommende DRG-grupper for akutte stationære udskrivelser i år 2000.

DRG-gruppe	Antal udskr.
467 Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	2.128
183 Betændelser i spiserør, mave og tarm m.v., pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag.	1.359
435 Alkohol- eller stofmisbrug eller afgang etc., u. kompl. bidiag.	768
88 Kroniske obstruktive lungesygdomme	737
14 Specifikke karsygdomme i hjernen ekskl. forbigående utilstræk. blodforsyn. Til hjerne	692
32 Hjernerystelse, pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag.	624
139 Hjertearytmier og ledningsforstyrrelser, u. kompl. bidiag.	604
140 Angina pectoris	571
243 Medicinske sygdomme i ryggen	559
184 Betændelser i spiserør, mave og tarm m.v., pat. u. 18 år	513

Kilde: Afregningsdatabasen (korrigeret som anført i afsnit 11)

Af tabel 7.5 ses det at størstedelen af udskrivelser, der grupperes i DRG-gruppe 467 Andre påvirkninger af sundhedstilstanden, 183 Betændelser i spiserør, mave og tarm m.v., pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag., 435 Alkohol- eller stofmisbrug eller afgang etc., u. kompl. bidiag. og 88 Kroniske obstruktive lungesygdomme forekommer ved akutte stationære kontakter.

Akutte ambulante patienter blev i år 2000 alle afregnet til skadestuetaksten. De akutte kontakter for gråzone DRG-grupperne er alle foregået på indlagte patienter. Af tabel 7.1 ses det, at knap 1/4 af kontakterne i afregningsdatabasen er akutte ambulante kontakter.

## 7.2 Afregningsværdien for ikke-akutte patienter.

Af tabel 7.6 ses det, at der er stor forskel i omfanget af ikke-akutte patienter mellem amterne. Som før nævnt er ikke-akutte patienter, der bevæger sig på tværs af amterne, den tætteste definition man kommer på fritvalgspatienter.

En del af de ikke akutte patienter der bliver behandlet i et andet amt end bopælsamtet, vil være patienter, som amterne har indbyrdes aftale om at behandle.

Der er stor forskel i amternes økonomi på dette område. Størstedelen af de patienter der krydser amtsgrænserne tager til naboamtets sygehuse. Denne tendens ses også ud fra oplysninger i landspatientregistret fra

1997 til år 2000.

Tabel 7.6. Nettoberegninger på afregningsværdien og antal kontakter for ikke akutte kontakter i år 2000.

Bopæls amt	Værdi			Antal kontakter		
	Indtægter	Udgifter	Netto	Til amtet	Ud af amtet	Netto
H:S	49.038.003	19.324.301	102.822.220	20.246	7.496	54.198
Københavns Amt	29.745.884	33.009.999	-76.372.633	11.320	13.030	-43.158
Frederiksborg Amt	18.219.966	38.870.034	-20.650.068	5.712	16.534	-10.822
Roskilde Amt	100.739.554	34.877.668	65.861.886	36.676	12.520	24.156
Vestsjællands Amt	36.943.492	86.727.804	-49.784.312	9.618	32.888	-23.270
Storstrøms Amt	42.869.756	67.339.112	-24.469.356	18.305	20.110	-1.805
Bornholms Amt	1.670.498	2.351.026	-680.528	688	913	-225
Fyns Amt	8.024.300	36.273.172	-28.248.872	5.903	11.253	-5.350
Sønderjyllands Amt	13.195.670	20.148.709	-6.953.039	4.872	8.210	-3.338
Ribe Amt	16.605.673	37.466.688	-20.861.015	5.259	13.609	-8.350
Vejle Amt	94.773.199	14.603.767	80.169.432	30.885	6.423	24.462
Ringkøbing Amt	13.376.710	26.304.930	-12.928.220	3.739	9.418	-5.679
Århus Amt	35.579.662	27.621.751	7.957.911	11.059	9.967	1.092
Viborg Amt	12.562.579	16.970.150	-4.407.571	6.818	7.895	-1.077
Nordjyllands Amt	12.019.564	23.475.399	-11.455.835	7.121	7.955	-834
<b>I alt</b>	485.364.510	485.364.510	0	178.221	178.221	0
Nettoberegninger på afregningsværdien og antal kontakter for ikke akutte kontakter mellem H:S og Kbh's Amt						
H:S	142.942.537	69.834.019	73.108.518	64.324	22.876	41.448
Kbh's Amt	69.834.019	142.942.537	-73.108.518	22.876	64.324	-41.448
Hele landet	698.141.066	698.141.066	0	265.421	265.421	0

Kilde: Afregningsdatabasen (korrigeret som anført i afsnit 11)

Vejle og Roskilde amter er, udover Københavns Amt og H:S, de amter, der har flest patienter fra andre amter på deres sygehuse. Roskilde og Vejle amter har begge sygehuse tæt op af naboamtet.

Tabel 7.7 viser de hyppigst forekomne DRG-grupper for de ikke akutte stationære kontakter. Tabellen er inklusiv aktiviteten mellem H:S og Københavns Amt. Hvis denne aktivitet udelades vil DRG-gruppe 209 Større ledoperationer og påsætning af lemmer i underekstremitet og DRG-gruppe 222 Knæoperationer u. kompl. bidiagnoser komme højere op på top ti listen.

Af tabel 7.7 ses det, at fødslerne er de udskrivninger, der forekommer hyppigst for ikke akutte udskrivninger på tværs af amtsgrænser. Over 80 pct. af udskrivningerne i DRG-gruppe 209 Større ledoperationer og påsætning af lemmer i underekstremitet, er ikke akutte patienter.

Tabel 7.7: De ti hyppigste forekommende DRG-grupper for ikke akutte stationære udskrivinger i år 2000.

DRG-gruppe	Antal udskr.
372 Vaginal fødsel, u. kompl. bidiag.	3.323
373 Vaginal fødsel, m. kompl. bidiag.	1.071
209 Større ledoperationer og påsætning af lemmer i underekstremitet	1.013
359 Livmoderoperation ved godartede sygdomme, u. kompl. bidiag.	597
371 Kejsersnit, u. kompl. bidiag.	468
222 Knæoperationer, u. kompl. bidiag.	458
370 Kejsersnit, m. kompl. bidiag.	280
60 Operationer for mandler eller polypper alene, pat. u. 18 år	253
494 Fjernelse af galdeblære u. expl. af choledochus (laparoskopi), u. kompl. bidiag.	238
266 Hudtranspl. og/eller revision ekskl. hudsår eller betændelse, u. kompl. bidiag.	197

Kilde: Afregningsdatabasen (korrigeret som anført i afsnit 11)

### 7.3 Basisbehandlinger på lands- og landsdelssygehuse

Afregningsdatabasen gør det muligt at give et billede af, hvordan det samlede antal basiskontakter (395.018, jf. tabel 7.1) fordeler sig på basisafdelinger og lands- og landsdelsafdelinger. I alt er der ca. 6 pct. (25.086) af alle basiskontakter, der behandles på en lands- og landsdelsafdeling (aktivitet mellem H:S og Københavns Amt er fratrukket).

### 7.4 Betydningen af indførelsen nyt afregningssystem

Der har altid været forskel mellem amterne i økonomien omkring fritvalgspatienter. Årsagen til, at forskellene er vokset, er bl.a. ophævelsen af akutreglen.

Før år 2000 blev basispatienter, der benyttede det frie sygehusvalg, som nævnt afregnet til en sengedagstakst og en ambulans takst plus betaling for særydelser. Der er ikke oplysninger, der giver et komplet overblik over antallet af særydelser og den samlede betaling for særydelserne. Det er derfor ikke muligt at få tal for udgifterne/indtægterne for særydelser. Det gør det vanskeligt at foretage en direkte sammenligning af udgifterne til ikke akutte basispatienter før år 2000 med udgifterne i 2000, hvor der afregnes med DRG takster. Herudover har der eksisteret bilaterale samarbejdsaftaler med bilaterale takster mellem amterne, der yderligere vanskeliggøre en sammenligning.

Særydelsesafregningen ville være højere ved de gamle takster end ved de nye takster. Årsagen er, at særydelser i det nye system kun kan opkræves for ambulante patienter og dette kun i begrænset omfang samt, at fx dialyse indgår i de nye takster, hvor det tidligere var en særydelse.

Hvis patientstrømmene i afregningsdatabasen inkl. den akutte aktivitet var blevet afregnet i henhold til det gamle takstsystem ville det have betydet, at der var blevet afregnet for i alt ca. 1,1 mia. kr. ekskl. særydelser. I et amt repræsenterede ca. 15 pct. af udgifterne/indtægterne på fritvalgsområdet særydelser. Tillægges dette fås, at det gamle afregningssystem ville betyde en afregningsværdi på ca. 1,25 mia. kr. Dette vil dog stadig være for lavt, som følge af de bilaterale aftalte takster i samarbejdsaftalerne typisk var højere end sengedagstaksterne, der galt før indførelsen af DRG-systemet.

Patientregistreringer i afregningsdatabasen udgør en værdi på 1,4 mia. kr. ekskl. særydelser. Som anført er ikke alle afregningerne i afregningsdatabasen reelt afregnet, da der eksisterer særlige betalingsaftaler mellem amterne. Herudover kendes niveauet for særydelser ikke, om end der ikke er tvivl om, det er lavere blandt andet som følge af, at der kun kan opkræves særydelser for ambulante patienter.

Den øgede pengestrøm mellem amterne som følge af takstsystem 2000 frem for sengedagstakster, skyldes hovedsageligt ophævelsen af akutreglen, hvis denne ophævelse ikke var sket, ville afregningsværdien have været 698 mio. kr. ekskl. det beløb, der kunne opkræves for behandlingen af akut indlagte patienter efter af akutfasen var overvundet. Der er betydelige forskelle mellem amterne i de økonomiske konsekvenser som følge af afregningen for akutte patienter. Herudover kan en del af stigningen forklares ved en forøgelse af den mellemamtslige aktivitet.

Amtsrådsforeningen har i foråret 2001 udført en analyse af amternes udgifter til udenamtpatienter på basisniveau før og efter indførelsen af afregning ved DRG-systemet. Resultatet af denne analyse fremgår af afsnit 8.

### **7.5 Kommentarer fra amterne og H:S til datagrundlaget fra afregningsdatabasen**

Amterne og H:S har haft talmaterialet, der er anvendt i dette afsnit til høring.

*Fyns Amt* bemærker, at der er forskel i antallet af kontakter opgjort i LPR og Afregningsdatabasen, og at det kan skyldes forskel i registreringerne i de to datakilder. *Herudover skyldes det, at der er registreringer fra lands- og landsdelsfdelinger i afregningsdatabasen, når dis-*

*se har behandlet en basispatient.*

*Sønderjyllands Amt* bemærker, at det er under halvdelen af aktiviteten og udgifterne, der skyldes fritvalg. Årsagen er aftaler med Vejle og Fyns amter om varetagelsen af specifikke behandlinger. *Sønderjyllands amt* mener derfor, at udtrykket "frit sygehusvalg" er ret misvisende.

*Viborg Amt* har fundet afvigelse fra de udsendte data og deres egne data for Århus, Ringkøbing og Viborg amter. Generelt har det været således, at de har færre registrerede kontakter end de tal, der har været sendt til høring dog med undtagelse af de stationære udskrivninger. Det kan skyldes, at *Viborg Amt* har haft en ældre database end Sundhedsministeriet.

*Århus Amt* bemærker, at de nogenlunde kan genfinde aktivitetstallene fra afregningsdatabasen, men at afregningsværdien er højere end de tal, de har valideret. Årsagen til det er, at der i Sundhedsministeriets udgave af afregningsdatabasen ikke i tilstrækkelig omfang indgår afregninger for særydelser.

*Frederiksborg og Vestsjællands amter* bemærker ligeledes, at afregningsværdien reelt er højere, end den fremgår af datamaterialet. Vurderingen er, at afregningsværdien reelt er mellem 10-15 pct. højere.

*Storstrøms Amt* bemærker, at ministeriets oplysninger fra afregningsdatabasen generelt ligger en kende over de værdier, som de selv har trukket fra "Scandihealth ADB-datavarehus". Det kan skyldes forskellige trækningstidspunkter.

*H:S, Københavns og Nordjyllands amter* har ingen kommentarer til talmaterialet fra afregningsdatabasen.

## 8. Udenamtslige fritvalgspatienter på basisniveau for 1999 og 2000

Amtsrådsforeningen har lavet en årsopgørelse for den registrerede afregning med DRG for fritvalgspatienter på basisniveau i 2000. Til sammenligning er medtaget regnskaber for 1999.

Opgørelserne viser, at der som ventet er en betydelig opdrift i udgiftsniveauet. Det ses videre, at der er nettogevinster hos de amter, der også i 1999, inden DRG-registreringen, havde et nettooverskud på fritvalgspatienter.

Amtsrådsforeningen har dels udarbejdet en årsopgørelse over de registrerede udgifts- og indtægtsstrømme for 2000.

For at skabe et sammenligningsgrundlag inden indførslen af DRG-registreringen, er amternes oplyste udgifter og indtægter for 1999 medtaget. En sammenligning mellem 1999 og 2000 må imidlertid tages med betydelige forbehold, idet der i 1999 er tale om de faktiske bogførte udgifter og indtægter, mens 2000 tallene er et udtryk for de *registrerede* afregninger.

Man kan således ikke sige noget om de *faktiske* afregninger mellem amterne i 2000, da amterne i henhold til Takstbekendtgørelsen kan lave aftale om anden afregning. Et yderligere forbehold, der må tages højde for, er ændringen af akutreglen.

Erfaringerne fra det første år er nu kortlagt, og som forudsat er pengestrømmene over amtsgrænserne blevet væsentligt forøget.

Det ses af opgørelsen, at H:S, Roskilde og Vejle amter har store registrerede nettoindtjening. Denne tendens ses også, blot i mindre omfang ud fra amternes oplyste regnskaber for 1999. Omvendt har især Københavns og Vestsjællands amter meget store registrerede nettoudgifter. Men også Frederiksborg, Fyns, Ribe og Ringkøbing amter har betydelige registrerede nettoudgifter.

Umiddelbart springer det i øjnene, at opgørelsen viser et stort underskud for Københavns Amt og et stort overskud for H:S. Forklaringen på dette er formentlig overvejende den omfattende udveksling af sygehus-

ydelse, der indgår i samarbejdsaftalen mellem de to parter. Det oplyses fra Københavns Amt at alle udenamtspatienter, dvs. både lands- til landsdelspatienter og basispatienter, der er behandlet i H:S er blevet registreret som basispatienter i H:S. Københavns Amt oplyser endvidere, at 70 procent af H:S-patienterne, der er behandlet i amtet er registreret som basispatienter, resten er registreret som lands- og landsdelspatienter. Denne registreringspraksis vil ganske givet forrykke det samlede billede en hel del.

Tabel 8.1<sup>1</sup>: Melleamtslige afregning for behandling af fritvalgspatienter på basisniveau (beløb i 1000 kr. ).

Amt	1999 (baseret på 1. halvår)			2000 (DRG-takster) <sup>2</sup>		
	Indtægt	Udgift	Netto	Indtægt	Udgift	Netto
HS <sup>3</sup>	-	-	-	506.113	218.033	288.080
Kbh's Amt <sup>3</sup>	-	-	-	201.536	505.401	-303.865
Frb.borg Amt <sup>7</sup>	21.795	32.398	-10.603	55.051	72.003	-16.952
Roskilde Amt	101.200	20.500	80.700	144.649	61.294	83.355
Vestsj. Amt	33.836	94.142	-60.306	79.543	144.992	-65.449
Storstr. Amt	53.984	72.478	-18.494	93.256	102.323	-9.067
Bornh. Amt	1.546	1.180	366	7.438	5.345	2.093
Fyns Amt	4.860	30.200	-25.340	33.928	64.796	-30.868
Sønderj. Amt <sup>4</sup>	8.238	21.922	-13.684	52.188	45.974	6.214
Ribe Amt <sup>8</sup>	13.592	44.000	-30.408	35.165	69.344	-34.179
Vejle Amt	105.500	16.578	88.922	148.807	45.310	103.497
Ringk. Amt	14.644	28.750	-14.106	32.396	53.129	-20.733
Århus Amt <sup>5</sup>	28.800	34.348	-5.548	75.420	75.889	-469
Viborg Amt <sup>6</sup>	35.202	28.184	7.018	39.264	43.431	-4.167
Nordjyll. Amt	23.302	28.496	-5.194	54.590	51.799	2.791
I alt	446.499	453.176		1.559.344	1.559.063	

Noter:

- Opgørelsen for går ikke helt i nul, idet det har været nødvendigt efterfølgende, at rense det endelige dataudtræk for fundne fejlregistreringer.
- Udenamtslige afregninger i perioden 01.01.2000 til 31.12.2000 (beløb i 1000 kr. ). Det er tvivlsomt om alle sygehuse har nået at færdigafregne for 2000. Dette kan forvride opgørelsen en smule.
- H:S og Københavns Amt har ikke kunne udskille basisital fra landsdelstal for 1999.
- Under Sønderjyllands Amts indtægter 2000 er medtaget indtægter fra Gråsten Gigthospital. Disse indtægter er **ikke** medtaget i 1999. Sønderjyllands Amt gør opmærksom på at 2000 tallene ikke er valideret pga. problemer med indlæsning af tal til afregningsbanken.
- Udgifterne i 1999 for Århus Amt er eksklusiv 5,3 mio. kr. til garantpatienter. Udgifter til garantpatienter er indeholdt i 2000 beløbet.
- Viborg Amt oplyser, at der mangler indtægter for IVF-behandling for ca. 13.600.000 mio. for 2000.
- Frederiksborg Amt anslår at de samlede udgifter undervurderes med ca. 25. mio. kr., idet private institutioner og særydelser ikke er medtaget.
- Ribe Amt oplyser regnskabstal på indtægter ca. 39 mio. kr. i 2000 og udgifter på 87 mio. kr. i 2000, i alt et underskud på ca. 48 mio. kr.

Årsagen til, at den samlede afregningsværdi i Amtsrådsforeningens opgørelse er 1,6 mia. kr., hvor den i Sundhedsstyrelsens opgørelse er 1,4 mia. kr., skyldes; at H:S og Købehavns Amts manglende korrektion i den interne afregning samt, at Gråsten Gigthospital er medtaget i indtægterne for Sønderjyllands amt (og dermed også fordelt i brugeramternes udgifter). Hvis der korrigeres for ovenstående i Amtsrådsforeningens opgørelse, vil afregningsværdien nærme sig 1,4 mia. kr., som Sundhedsstyrelsens opgørelse. Herudover har tidspunktet for dataudtrækket betydning for resultatet af opgørelsen.

Den øgede pengestrøm giver anledning til overvejelser omkring incitamenter og virkninger mellem amterne og i amterne af det nye afregningssystem, hvor der afregnes til gennemsnitstakster.



## 9. Afregning til marginal- eller gennemsnitlige omkostninger

DRG-taksternes niveau bestemmes ud fra den landsgennemsnitlige omkostning for en somatisk sygehusbehandling samt en række korrektioner (jf. afsnit 2.3). Dette kan bevirke nogle uheldige teoretiske økonomiske incitamenter i planlægningen af sygehusene, som dette afsnit vil gøre rede for.

Baggrunden for indførelsen af afregning ved DRG-takster var bl.a., at et sådant system gav incitament til at gennemføre behandlingen på en økonomisk effektiv måde, idet betalingen for den enkelte patient er fastlagt forud. I det gamle system baseret på sengedagstakster var der økonomisk incitament til at lade patienten blive på sygehuset.

DRG taksten for den enkelte diagnosegruppe svarer til de landsgennemsnitlige omkostninger ved behandling af patienter i gruppen.

Problemerne kunne delvis afhjælpes ved at afregne til marginalomkostningerne. Det er imidlertid problematisk at finde frem til marginalomkostningen, idet denne vil være forskellig for behandlinger og sygehuse.

Det er ikke alle patienter, der krydser amtsgrænserne, der er marginale patienter. Nogle amter samarbejder om nogle typer af patientbehandlinger. Denne type patienter kan ikke betragtes som marginale patienter.

Afregning til fuld DRG-takst for den udenamtslige patient indebærer en række incitamenter i og mellem amterne, da denne afregningsform ikke gælder for de indenamtslige patienter. Ved finanslovsaftalen for 1999 blev det aftalt at gennemføre forsøg med aktivitetsbestemt finansiering som en del af finansieringen af sygehusene gennem anvendelse af 90/10-modellen. Konsekvensen er, at der er et større økonomisk incitament til at behandle patienten fra et andet amt end en patient fra eget amt.

Diskussionerne omkring incitamenter og virkninger af afregningen til fuld DRG-takst kan endnu ikke dokumenteres tilstrækkeligt, idet ordningen kun har eksisteret i 2 år.

På nuværende tidspunkt afregnes der til fuld takst mellem amterne for betalingen af behandlingen af mellem amtslige akutte patienter og ikke

akutte basispatienter. En del amter der har samarbejdsaftaler, er desuden gået fra bilaterale afregningsaftaler til afregning svarende til den, der sker for fritvalgs patienter.

### **9.1 Bestemmelse af gennemsnitstakstens niveau**

DRG-taksternes niveau er bestemt ud fra amternes regnskabsindberetninger til Sundhedsstyrelsen og ministeriets efterfølgende korrektioner.

I regnskabstilretningen korrigeres der for udgifter og indtægter, som ikke har med den somatiske heldøgns sygehusbehandling at gøre. Sygehusenes regnskaber ligger til grund for udregninger af DRG-taksternes niveau, gennem beregningen af kroneværdien, der udtrykker de gennemsnitlige omkostninger ved behandlingen af en stationær somatisk heldøgnspatient.

Generelt foretages regnskabstilretningen med det formål at isolere de udgifter, der kan relateres til behandlingen af patienter med relevans for DRG-analyserne, dvs. somatiske heldøgnspatienter.

Fremgangsmåden for tilretningen af sygehusenes regnskaber er, at amterne og H:S konterer sygehusenes driftsudgifter på en række skemaer med forskellige udgiftsposter. Udfra denne opsplitning af driftsudgifterne, er det muligt at sammenligne de enkelte sygehusenes regnskaber og fratrage de poster, der ikke er tilknyttet patienter indeholdt i DRG-analyserne. Ydermere korrigerer Sundhedsministeriet sygehusenes driftsudgifter for poster som ambulant behandling, særlig lang liggetid (langligere) og udgifter i forbindelse med forskning. Se endvidere nedenstående liste over udgiftskorrektioner.

Sygehusenes regnskaber korrigeres alt i alt for følgende udgifter:

- Udgifterne i forbindelse med behandlingen af psykiatriske patienter fratrækkes.
- Leasing- og huslejeudgifter.
- Udgifter til andet end egen patientbehandling.
- Udgifter til lægekonsulenter og ydelser til fremmede.
- Forventede udgifter i forbindelse med ambulant behandling.
- Endvidere er der korrigeret for udgifter, som visse sygehuse har, når patienter ligger i særlig lang tid.
- Udgifter i forbindelse med forskning (trækkes fra i forbindelse med produktivitetsanalyser)
- Udgifter der vedrører praksissektoren

Summen af amternes driftsudgifter divideres med antallet af udskrivninger. Resultatet er den landsgennemsnitlige omkostning for en somatisk

heldøgnsudskrivning - kroneværdien. Det er denne, der ganges på vægten af de enkelte DRG-grupper for at danne DRG-taksterne.

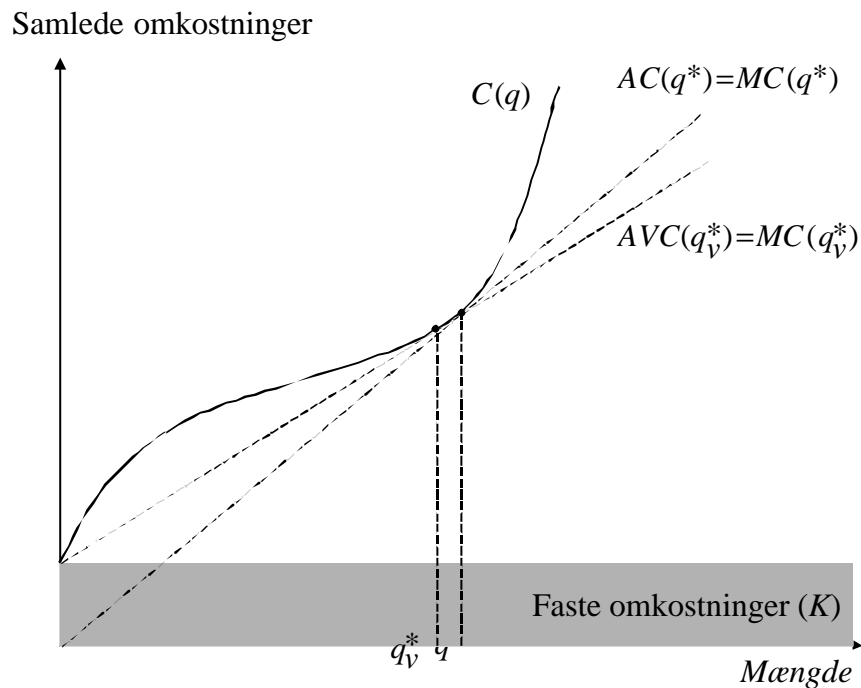
Takstens niveau er afgørende for, hvilke incitamentter der skabes. For at illustrere dette er givet der i det efterfølgende afsnit en teoretisk diskussion af produktionsfunktionen.

## 9.2 Gennemsnits- kontra marginalomkostninger - en teoretisk gennemgang

I det følgende beskrives en produktion, hvis omkostninger er bestemt af faste udgifter og variable omkostninger, som angivet i figur 1.

Figur 1 viser sammenhængen mellem de samlede omkostninger og den producerede mængde – den såkaldte produktionsfunktion. De faste omkostninger er illustreret ved den grå kasse, mens udviklingen i de variable omkostninger er illustreret ved produktionsfunktionens kurve – kaldet  $C(q)$ .

*Figur 1: Produktionsfunktionen*



Faste udgifter udgør de produktionsomkostninger, som afholdes uafhængigt af produktionens størrelse. Det vil i praksis sige de udgiftsområder, som ikke direkte kan relateres til den egentlige produktion, herunder fx faste kapitalinvesteringer i form af bygninger, eller administrative driftsudgifter i form af aflønning af administrativt personale (tekniker, kontorpersonale m.v.).

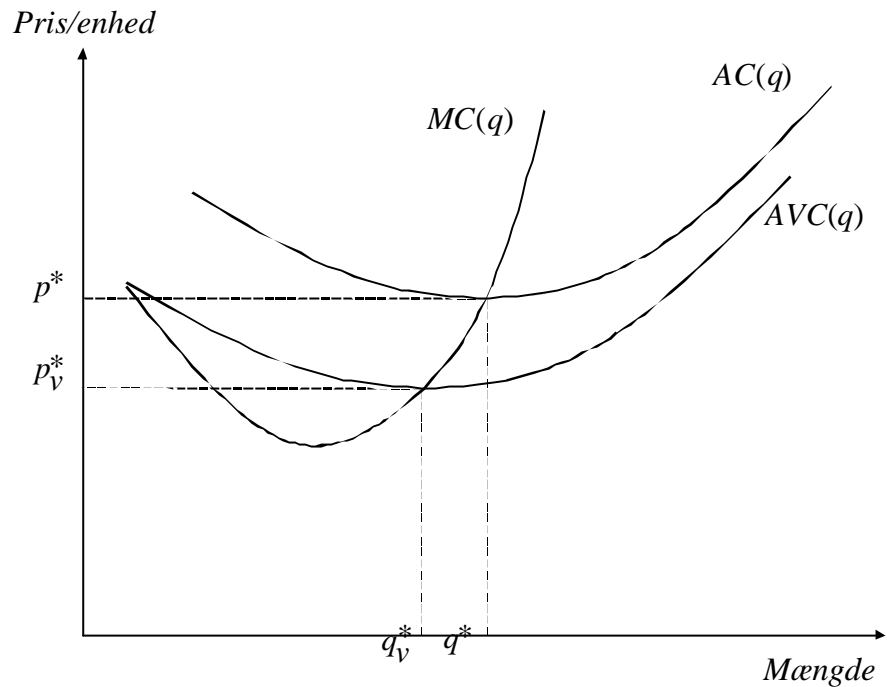
Variable omkostninger udgør de omkostninger som afholdes i forbindelse med den egentlige produktion. Det vil inden for sygehusvæsenet være omkostninger som afspejles i det ressourceforbrug, som indgår ved patientbehandling. I figur 1 er udviklingen i de variable omkostninger afhængig af produktionens størrelse. Det svarer til, at omkostningerne pr. producerede enhed ikke er ens, fx som følge af kapacitetsproblemer. Produktionsfunktion er med andre ord underlagt varierende skalaafkast.

De stiplede linier, som er indtegnet i figur 1, viser den bedst mulige ressourceanvendelse, hvis producenten handler ud fra henholdsvis de gennemsnitlige omkostninger  $AC(q)$ , eller de gennemsnitlige variable omkostninger  $AVC(q)$ . Dvs. den optimalt producerede mængde, hvor afregningsprisen fastsættes, således at de gennemsnitlige (eller gennemsnitlige variable) omkostninger er lavest.

I figur 1 er pris- og mængderegulering for den bedst mulige (eller optimale) ressourceanvendelse pr. omkostningskrone indtegnet ved de stiplede linier. Disse viser valget af den optimale mængde pris- og mængderegulering ved fastsættelse udfra henholdsvis de samlede omkostninger (variable og faste omkostninger) og de variable omkostninger.

I figur 2 er marginalomkostningskurven  $MC(q)$ , som viser hvorledes prisen pr. produceret enhed udvikler sig, afbildet sammen med den gennemsnitlige omkostningskurve  $AC(q)$ .

**Figur 2: Dekomponering af pris- og mængderegel**



Samlet set gælder den generelle regel, at produktionens optimale størrelse ( $q^*$ ) og afregningsprisen  $p^*$  fastsættes, hvor de gennemsnitlige omkostninger er lavest. Det er i figur 2 angivet ved de stiplede linier.

Indenfor ovenstående teoretiske ramme vil et sygehus optimale produktion være der, hvor gennemsnitsomkostningerne er lig med marginalomkostningerne.

Under antagelse af at der ikke er fuld ressourceudnyttelse på sygehuset (til venstre  $p^*$ , vil afregningstaksten (gennemsnitstakst) være højere end de marginale omkostninger for behandlingen. Det betyder, at der sker en overkompensation af patienten fra et andet amt.

### **9.3 Gennemsnits- og marginalomkostninger – en praktisk gennemgang**

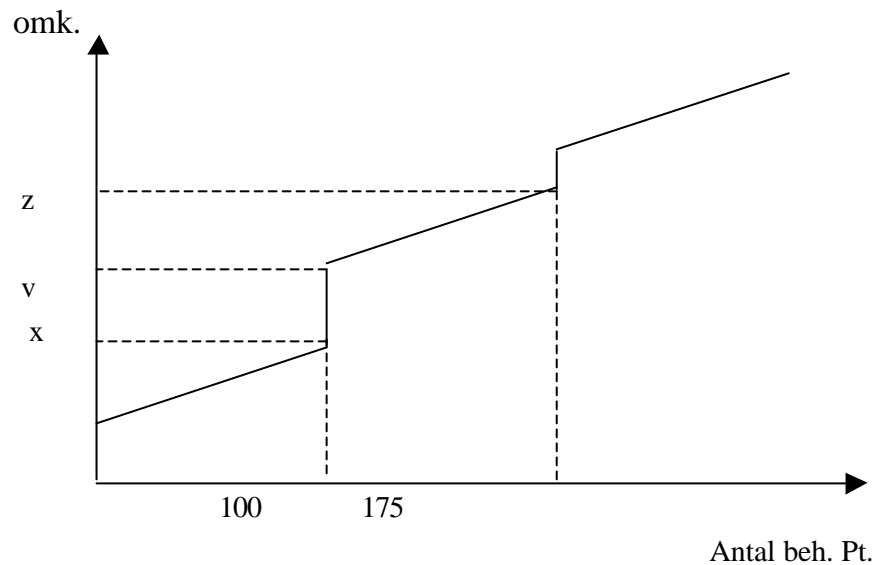
I DRG taksterne indgår udgifter til ledelse og administration samt udgifter til opretholdelse af vagtberedskab. DRG-taksterne vil derfor typisk være højere, end det det koster at behandle en ekstra patient; ved behandling af en ekstra patient stiger udgifterne til ledelse og administration ikke og vagtberedskabet skal ikke udvides.

tion ikke og vagtberedskabet skal ikke udvides.

Størstedelen af driftsudgifterne på et sygehus er lønninger. Hovedparten af de ansatte i sygehusvæsenet er ansat på vilkår som gør, at arbejdsforholdene/styrken ikke umiddelbart kan ændres. Aktiviteten i form af en ekstra fritvalgspatient vil sjældent påvirke udgifterne til lønninger.

Udgifterne til behandling af patienter i en DRG-gruppe kan fx se ud som i figur 3, når kapitalen holdes konstant.

**Figur 3** Eksempel på de variable omkostninger på sygehus X til behandling af patienter i en bestemt DRG-gruppe.

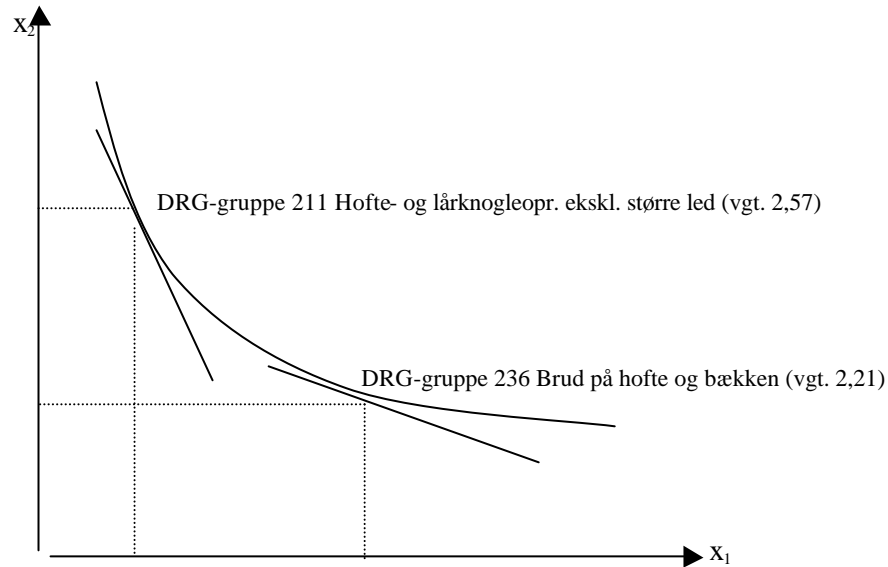


Af figur 3 ses det, at de variable omkostninger er konstant voksende i intervaller. Intervallerne er betinget af personalenormeringerne. Kurven er voksende grundet bl.a. medicin/implantat forbrug. Lønomkostningerne stiger fx fra  $x$  til  $v$ , når antal af behandlede patienter går fra 100 til 101. Årsagen til den store stigning er, at personalenormeringerne på afdelingen skal øges som følge af den ekstra patient. Personalenormeringen øges ikke pga. en eller få ekstra patienter i en kortere periode. Normeringen udvides når det planlægges, at en afdeling skal dimensioneres til et større antal patienter.

Det er problematisk at angive takstens rette niveau, da der vil være forskellige marginalomkostninger for forskellige behandlinger og sygehuse jf. afsnit 9.1.

Figur 4 viser et sygehus produktionsmuligheder, hvis de har et budget på ca. 45.000-50.000 kr. Budgettet kan bruges til faktorinputtene arbejdskraft ( $x_1$ ) og medicin/proteser o.lign. ( $x_2$ ). Kapitalen (bygninger/maskiner) er konstant. Kurven viser, hvilke behandlinger det er muligt at producere til de givne faktorinput. Hver behandling tilhører en DRG-gruppe.

**Figur 4** Eksempel på produktionsmulighederne for sygehus x ved et givet budget.



En patient der får udskiftet en hofte (DRG-gruppe 211), modtager et hofteimplantat og dermed en større mængde  $x_2$  end patienten, der modtager en medicinsk behandling for brud på hofte og bækken, som derimod er mere arbejdskraft intensiv.

Ved tilgang af en ekstra patient (en marginal patient) til afdelingen/sygehuset skal afdelingen/sygehuset afholde udgiften til hofteimplantatet, mens udgiften til arbejdskraft typisk vil blive dækket uden ekstra udgifter for sygehuset.

For et sygehus der modtager disse to patienter, som marginale patienter, kan marginaludgiften for DRG-gruppe 211 være højere end marginaludgiften til DRG-gruppe 236. Det skyldes, at arbejdskraften jf. figur 3 allerede findes på sygehuset, hvorimod implantatet skal købes.

Ovenstående eksempel viser, hvor problematisk det er at bestemme en fælles definition/opgørelse over, hvor stor en andel af gennemsnitsom-

kostningerne marginalomkostningen er for en ekstra patient, da denne er forskellig for behandlingerne.

#### **9.4 Muligheden for marginale DRG-takster**

Sundhedsstyrelsen omkostningsdatabase, der bruges til beregning af patienternes tyngde, indeholder på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelige oplysninger, der gør det muligt at beregne marginale takster for samtlige DRG-grupper.

Ved finanslovsaftalen for 1999 blev det aftalt at gennemføre forsøg med aktivitetsbestemt finansiering som en del af finansieringen af sygehuse-  
ne gennem anvendelse af 90/10-modellen. Sundhedsministeriet er i samarbejde med DSI i gang med at analysere virkningen af denne ordning. En af de foreløbige konklusioner er, at 10 pct. af DRG-taksten ikke er tilstrækkelig til at dække omkostningerne ved merproduktion.

I Norge fik sygehusene 50 pct. af taksten i år 2001, når de behandler en ekstra patient.

En anden måde at tilpasse taksten til marginalomkostningen er at fratrække et fast beløb fra alle taksterne og dermed angive, at den marginale patient er billigere end gennemsnitspatienten. Det faste beløb udgør fx rengøring, administration, vagt m.v., som alle eksisterer uafhængigt af den ekstra patient samt, hvilken type patient det er.

#### **9.5 Fordele og ulemper ved gennemsnits- og marginaltakster**

Dette afsnit fokuserer udelukkende på fordele og ulemper ved gennemsnits- og marginaltakster, når det vedrører afregning for en ekstra patient – den marginale patient.

Skema 9.1 viser nogle af de fordele og ulemper, der er ved at benytte hhv. gennemsnits- og marginaletakster til afregning for den marginale patient.



Skema 9.1 Fordele og ulemper ved gennemsnits- og marginaltakster

	Den marginale patient	
	Fordele	Ulemper
Gennemsnitstakster	<ul style="list-style-type: none"> <li>tilskynder til at tiltrække marginale patienter, og dermed udnytte den evt. marginale ekstra kapacitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>for nogle patienter vil der ske en overkompensering ifht. omkostningerne</li> </ul>
Marginaltakster	<ul style="list-style-type: none"> <li>betaling for omkostningerne tilknyttet patientbehandlingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vanskeligt at bestemme marginalomkostningerne jf. afsnit 9.2</li> <li>tilskynder ikke til at tiltrække og dermed udnytte den evt. marginale ekstra kapacitet</li> </ul>

### 9.5 Takstens niveau i forhold til, hvilke typer patienter der afregnes

Amterne er forpligtiget til at tilvejebringe amtets borgere fri og lige adgang til sygdomsbehandling, når borgerne får behov for dette. Forpligtelsen indebærer ikke, at behandlingen skal foregå geografisk i amtet.

Når en borger får akut behov for behandling og befinder sig i et andet amt end sit bopælsamt er der ofte tale om marginale patienter. Udgiften til marginale patienter betyder ikke umiddelbart flere ansættelser o.lign. Der er naturligvis undtagelser for nogle amter i sommermånederne. Ved afregningen med den fulde DRG takst dækkes udgifterne til bl.a. løn og medicin/implantater.

Umiddelbart betyder den nuværende afregningstakst sandsynligvis, at disse patienter afregnes til en takst, der er betydelig højere end de faktiske omkostninger ved at behandle et vist antal akutte patienter.

For de amter der grundet samarbejdsaftaler udveksler et større antal ikke akutte patienter vil personalenormeringen være tilpasset hertil.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> H:S og Københavns amt har fx en samarbejdsaftale om, at Hvidovre Hospital har Hvidovre Kommune som optageområde. Hvidovre Hospitals aktivitet er planlagt ud fra dette. Den karkirurgiske afdeling på Centralsygehuset i Slagelse behandler patienter fra Storstrøms,

DRG-taksten dækker lønomkostningerne ved de ekstra patienter, men ikke evt. kapitalafskrivninger. Hvis et andet amt systematisk opfylder sin behandlingsforpligtigelse ved at benytte et andet amts sygehusvæsen kan der argumenteres for, at taksterne er for lave, da de ikke indeholder forrentning og afskrivninger m.v.

Der er således betydelig forskel på, hvad takstens rette niveau er i forhold til, om der er tale om patientgruppe eller en ekstra akut eller ikke akut patient fra et andet amt.

## 10. Virkning og incitamenter i og mellem amter

Dette afsnit vil diskutere virkninger og incitamenter ved det nye afregningssystem for primært akutte og ikke akutte patienter. Afsnittet er delt op efter virkninger og incitamenter i et amt og mellem amterne.

### 10.1 Virkninger og incitamenter i et amt.

Umiddelbart vil der være stor variation mellem amterne i, hvor store virkningerne og incitamenterne af det nye takstsystem er. Primært fordi indtægten/udgiften i nogle amter går direkte til sygehusene og andre steder centralt i amtet. Hvis indtægten eller udgiften afregnes centralt i amtet har det pågældende sygehus ikke nødvendigvis et incitament til at behandle udenamtpatienter i forhold til egne patienter. Men herved fjernes hensigten med at ændre afregningssystemet, som netop var/er at give et incitament til at behandle én ekstra patient.

Ved til- og afgang af patienter er der bl.a. følgende virkninger og incitamenter ved afregning med det nye takstsystem i amtet:

- Det kan være problematisk for amterne at regulere sygehusenes økonomi førend, de har et overblik over, hvor mange patienter der har søgt væk fra sygehuset. Det er således ofte næste års budget, der vil blive påvirket af årets udgifter/indtægter til udenamts patienter.
- Det kan være vanskeligt at regulere et rammebudget ud fra en omkostning, der er aktivitetsafhængig.
- Det kan være problematisk at tage DRG-taksten fra det sygehus, hvor en patient har søgt væk fra. Det skyldes, at patienten blot er en marginal patient med marginale omkostninger på det sygehus, som patienten søger væk fra, men beløbet der bliver reguleret med er gennemsnitsomkostningerne. Hvis der er væsentlige forskel på disse beløb, vil sygehuset/amtet 'betale' mere, end det reelt har 'tjent' på ikke at behandle patienten. Og omvendt for sygehuset/amtet, der har behandlet patienten.
- Amterne/sygehusene har incitament til at tilvejebringe den bedst mulige behandling og service for at holde på 'egne' patienter og tiltrække andre amters borgere, da omkostningerne ved at en borger får sygehusbehandling uden for amtet, er større end omkostningerne ved selv at behandle patienten.
- Der er incitament til at tilvejebringe behandlingen af en borgere fra et andet amt billigst muligt, da der herved er mulighed for at skabe et lille overskud.

- Honorering af fritvalgspatienter med 100 pct. af DRG-taksten gør i teorien sygehusene/amterne mere interesseret i disse patienter end ”egne” patienter, som de ikke får ekstra økonomi til eller alene marginal finansiering fx 10 pct. af DRG-taksten.
- De behandlingstyper som tiltrækker patienter fra andre amter prioriteres frem for andre behandlinger på sygehusene og i amterne.

Det må betegnes som problematisk, at sygehusene afregnes forskelligt for, om patienten kommer fra eget amt eller, om patienten kommer fra fx naboamtet, da det kan lede til en uhensigtsmæssig prioritering af patienterne fra andre amter i forhold til egne patienter.

### **10.2 Virkninger og incitamenter mellem amter**

Sygehuse med en god geografisk placering (tæt på grænsen til et andet amt) og med driftsmæssige muligheder kan tiltrække patienter fra andre amter. Reelt kan der dog være tale om en ”dyr seng”, men den kan finansieres ved, at afregningen sker ved DRG-gennemsnitstakster.

I patienttilfredshedsundersøgelsen, udført som følge af regeringsaftalen for år 2000, angiver omtrent 40 pct. af patienterne, at det var nærhed til sygehuset, der var årsagen til valg af sygehus.

Amtet, der betaler for patienten, finansierer dette ved fx økonomiske nedskæringer i eget sygehusvæsen, som muligvis har et lavere omkostningsniveau end, der hvor patienter blev behandlet. På det lange sigt kan dette være en udgiftsskrue, som kan bevirke, at det danske sygehusvæsen bliver dyrere. En måde at afværge dette på er ved at tilnærme afregningen for marginalpatienten til at dække marginalomkostninger i stedet for gennemsnitsomkostningerne for behandlingen af en mellemamtslig basispatient.

Forskellen mellem DRG-taksten og omkostningen ved behandling af fritvalgs patienten har ligeledes den virkning, at der skabes konkurrence om at tiltrække disse patienter. Det har den positive virkning, at de patientgrupper der kan og vil benytte det frie sygehus valg, får bedre tilbud end tidligere. Det nuværende mest diskuterede konkurrenceparameter er ventetider. Virkningen kan altså blive, at ventetiden på visse behandlinger bliver kortere.

Det er vigtigt at bemærke, at den marginale patient sættes lig med fritvalgs patienten. Amternes samarbejdsaftaler om behandling af hinan-

dens patienter kan ikke sidestilles med ovenstående, da disse ofte indbefatter, at et andet amt end bopælsamtet varetager behandlingsforpligtigheden for en given sygdom eller akutfunktionen. Fritvalgs patienten er jo netop den patient, der vælger sit eget amts tilbud om behandling fra i forhold til et andet amtets tilbud.

Omfanget af fritvalgs patienter kendes ikke i dag, idet det kun er muligt at indikere omfanget af aktiviteten på ikke akutte basisafdelinger. Alle de øvrige elementer om fritvalgs patienter registreres ikke. Det gælder eksempelvis oplysninger om, hvorvidt valget af sygehuset er sket efter eget ønske. Styrken af incitamenterne og virkningerne af indførelsen af det nye afregningssystem vil afhænge af, hvor mange patienter der er tale om.

Ifølge opgørelserne i dette notat er omfanget af kontakter, der afregnes til DRG-takster endnu begrænset. Såvel indtægter som udgifter er større med det nye afregningssystem, men nettoafregningerne er på omkring samme størrelse som inden DRG-systemets indførelse jf. tabel 7.3 og 8.1. Dette er til trods for, at der i forbindelse med indførelse af det nye afregningssystem skete en lovændring, der betød, at akutte udenamts patienter kunne afregnes. Tidligere kunne der først opkræves penge for disse, når patientens akutfase var overstået.

## **11. Dataproblemer ved belysning af det frie sygehusvalg ud fra Landspatientregistret og amternes afregningsdatabase.**

Afslutningsvis skal det nævnes, at datakilderne til belysning af patientvandringerne på basisniveauet desværre er begrænset, hvilket gør det nødvendigt at påpege, hvilke antagelser der er gjort som følge af data-problemer og manglende oplysninger.

### **11.1 Dataproblemer i Landspatientregisteret**

Det er muligt at belyse antallet af patienter, der vandrer over amtsgrænser ud fra landspatientregisteret. Problemet med data opstår bl.a. på følgende områder:

- a. Afgrænsning af patienter der modtager sygehusbehandling.
- b. Afgrænsning af patienter der får en basisbehandling, og hvilke der får lands- og landsdelsbehandlinger.
- c. Opgørelse af patienter, der benytter det frie sygehusvalg og hvor mange, der er "aftalepatienter".
- d. Opgørelse af akutte og ikke akutte patienter
- e. Tidsrækkeanalyser.

#### *Ad a. Afgrænsning af patienter der modtager sygehusbehandling*

I landspatientregisteret er raske ledsagere og raske nyfødte registreret. Raske ledsagere og nyfødte kan ikke siges at modtage hospitalsbehandling. På denne baggrund er disse patienter ikke medtaget.

#### *Ad b. Afgrænsning af patienter der får en basisbehandling og hvilke der får lands- og landsdelsbehandlinger.*

På en afdeling der har lands- og landsdelsstatus (ifølge Sundhedsstyrelsen), behandles der patienter på både højt specialiseret niveau og på basisniveau. I en analyse af antallet af fritvalgspatienter er det ud fra landspatientregistret ikke muligt at skelne mellem disse patienter på afdelingerne. Patienterne på disse afdelinger indgår derfor som lands- og landsdelspatienter i beregningerne. Lands- og landsdelsafdelingerne er defineret ud fra Sundhedsstyrelsens Specialeplanlægning fra 1996. Konsekvensen af dette er, at antallet af basispatienter undervurderes i analysen.

#### *Ad c. Opgørelse af patienter, der benytter det frie sygehusvalg og hvor mange, der er "aftalepatienter"*

Det registreres ikke, om en patient selv har valgt at blive behandlet på det pågældende sygehus eller, om patienten er henvist til et sygehus uden for eget amt. Det er ikke givet, at en patient, der bliver behandlet på

en basisafdeling uden for sit bopælsamt, er fritvalgspatient. Amtslige samarbejdsaftaler kan betyde, at patienter med fx karkirurgiske lidelser altid bliver behandlet i et andet amt end bopælsamtet. Det er ikke muligt at korrigere herfor, hvorfor det i herværende notat er antaget, at disse patienter er fritvalgspatienter.

#### *Ad d. Opgørelse af akutte og ikke akutte patienter*

I landspatientregisteret registreres det under indlæggelsesmåden, om en patient er akut eller ikke akut indlagt (indskrevet). Det er således, at alle fødsler er registreret som akutte. I notatets analyser er det valgt, at betragte alle fødsler som ikke akutte udskrivninger.

#### *Ad e. Tidsrækkeanalyser*

Ved analyse af data over tid kan der opstå problemer, når fx sygehuse nedlægges og oprettes. Det gælder bl.a. for Amager Hospital, der blev dannet den 1. april 1997, idet Skt. Elisabeth og Sundby Hospital blev lagt sammen. Hospitalet drives i fællesskab af Københavns Amt og H:S. Hospitalets patienter kan derfor ikke karakteriseres som udenamtslige fritvalgspatienter, hvis de kommer fra Københavns Amt eller H:S. Idet hospitalets patienter i langt overvejende grad kommer fra H:S og Københavns Amt, er det helt udeladt af beregningerne.

Det er ud fra ovenstående antagelser, at analysen af basispatienter på tværs af amtsgrænserne ud fra landspatientregistret er udført for perioden 1997 til 2000.

### **11.2 Dataproblemer i afregningsdatabasen**

Afregningsdatabasen blev oprettet af amterne i samarbejde med Scandi-Health for at håndtere de mellemamtslige basisafregninger i forbindelse med indførelsen af det nye takstsystem fra 1. januar 2000. Afregningsdatabasen er først og fremmest oprettet som et administrativt afregningsværktøj, hvilket medfører adskillige dataproblemer, når der skal analyseres på data. Der er bl.a. følgende problemer med analyse af data i afregningsdatabasen.

- a. En registrering i afregningsdatabasen er ikke nødvendigvis forbundet med en afregning
- b. En registrering i afregningsdatabasen modsvarer ikke altid af patientbehandling
- c. Beskrivelse af fordelingen af antallet af akutte og ikke akutte patienter
- d. Der er foretaget afregningskorrektioner

*Ad a. En registrering i afregningsdatabasen er ikke nødvendigvis forbundet med en afregning*

Der er registreret afregninger i afregningsdatabasen, der ikke er afregnet. Det kan skyldes, at der eksisterer bilaterale betalingsaftaler mellem amterne. Aktiviteten mellem H:S og Københavns Amt er fx ikke afregnet, da disse amter havde en særlig betalingsaftale i år 2000. I den øvrige del af landet har der været en tendens til at gå fra betalingsaftaler til afregning via det nye takstsystem. I den efterfølgende beskrivelse er der *ikke* taget hensyn til eksistensen af særlige betalingsaftaler.

*Ad b. En registrering i afregningsdatabasen modsvarer ikke altid af patientbehandling*

Dette forhold gælder fx en langliggende patient. Denne patient optræder både som en DRG-afregning og som en langliggendeafregning i afregningsdatabasen. Dette forhold er der korrigeret for i analysen.

*Ad c. Beskrivelse af fordelingen af antallet af akutte og ikke akutte patienter.*

Ligesom i landspatientregistret registreres alle fødsler som akutte i afregningsdatabasen. Det er i analysen af afregningsdatabasen ligeledes valgt at betragte fødsler som ikke akutte.

*Ad d. Der er foretaget afregningskorrektioner*

I afregningsdatabasen har det været muligt at foretage korrektioner i forhold til tidligere afregninger. Det kan fx være i de tilfælde, hvor et sygehus har sendt en forkert regning og senere korrigerer for dette. I afregningsdatabasen er det imidlertid ikke altid muligt at matche korrektioner med afregningen, der korrigeres for. I analysen er der dog så vidt muligt justeret for dette.

Generelt er værdierne, der præsenteres i notatet et udtryk for, hvad værdien ville have været, hvis alle patienter var blevet afregnet i henhold til takstsystem 2000. I notatet benyttes udtrykket afregningsværdien som udtryk for dette.

Det skal pointeres, at det ikke er muligt direkte at sammenligne data-præsentationerne ud fra landspatientregistret og afregningsdatabasen for år 2000 p.g.a. ovennævnte dataproblemstillinger.



Som dette afsnit illustrerer er det en svær opgave at give et fuldstændig korrekt billede af, hvilke patienter der er fritvalgspatienter blandt de mellemamtslige patientvandringer i såvel landspatientregisteret og af-regningsdatabasen.

---