

# Notits / skitse

## Udvidet frit valg – generelle overvejelser

### Resume

- Regionerne har ingen incitamenter til at nedbringe ventelisterne ved indgangen til juli 2009, tværtimod – ventelisterne kan medvirke til at undergrave grundlaget for genindførelsen af det udvidede frie valg, og vil fra regionerne medføre krav om merbevillinger.
- I forhold til **dækningsområdet for udvidet frit valg** vurderes der at være mulige indikationer af, at de reelle styrings- og kapacitetsproblemer som følge af det udvidede frie valg kan være mindre end ofte fremhævet.
- Spørgsmålet er, om det udvidede frie valg har skabt styrings- og prioriteringsproblemer – eller om der er (og var) en dårlig styring, som det udvidede frie valg tydeliggør – og som regionerne uanset et meget stærkt økonomisk incitament (fortsat) ikke evner at imødegå gennem en forbedret styring.
- Tyngden i privathospitalernes behandlinger via det udvidede frie valg er placeret på relativt få behandlinger. Samtidig er der mange behandlinger, der går igen. Det kan indikere, at der ikke i regionerne er målrettet fokus på at nedbringe omfanget af behandlinger, der overgår til privat regi. En foreløbig af-dækning af de regionale mønstre ift. brugen af udvidet frit valg viser store regionale forskelle ift. konkrete behandlinger, hvilket bl.a. kan indikere at geografi og/eller faktisk lokale udbud har større betydning end fx ventelistelængden – og at den regionale 'clearing' af patienter (intra og inter) ikke fungerer optimalt.
- Samtidig er der indikationer på, at aktivitetsopgørelserne kan være misvisende, hvilket sætter spørgsmålstejn ved det reelle efterspørgselspres og ved, om der er reelle kapacitetsproblemer i dag. Bl.a. er over halvdelen af aktivitetsvæksten i 2007 leveret af øget behandling på de samme cpr-numre, hvor andelen i 2005 var under 20 pct.
- Kombineret med, at aktivitetsvæksten de seneste år ikke entydigt kan forklares (demografien trækker fx kun ca. 0,5 pct. årligt) sætter det et forsigtigt spørgsmålstejn ved, om regionerne klarer en stram ramme under pres fra en stor efterspørgselsvækst – eller om rammen til enhver tid bestemmer efterspørgslen (eller rettere aktiviteten). Det kan konstateres, at regionerne altid får trukket den mulige finansiering hjem.
- Den stagnerede udvikling i ventetiderne underbygger, at det er usikkert, hvad der leveres for de betydelige økonomiske realløft, der er givet de senere år.
- Det synes bl.a. behov for øget fokus på eventuelle fejl i styringsrelationen region-sygehus-afdeling, der vanskeliggør en målrettet fokusering på fx områder under det udvidede frie valg eller konkrete ventetider.
- I forhold til **afregningen af privathospitaler** vurderes den nuværende tætte kobling til den offentlige DRG-takst ikke hensigtsmæssig. Der er tale om en gennemsnitstakst som omfatter en række elementer, som privathospitalerne ikke har – bl.a. akutdækning, forskning, uddannelse osv. Hertil kommer

komplekse behandlinger, som de private kan fravælge – eller videresende. DRG-taksten afspejler også offentlig ineffektivitet. Gennemsnitstaksten er anvendelig i et intra-offentligt afregningssystem, jf. også de store tals lov, men knap så anvendelig som grundlag for konkret og behandlingsspecifik afregning ift. private aktører.

- At de DRG-relaterede takster ligger noget over et fair niveau synes underbygget af de aktuelle udbud i regionerne (regionerne opnår tilsyneladende store rabatter).
- Det er ift. afregningen væsentligt, at det udvidede frie valg er drevet af patientrettigheder og samlet udnyttelse af kapacitet. Udgangspunktet i en ny konstruktion kan derfor være afsæt i en marginaltakst/best practise takst for de offentlige enheder.
- Selvstændige problemstillinger er, om en model skal tilknyttes udbud i en eller anden form. Endvidere gælder, at en ny model i princippet kan resultere i en situation, hvor der i en kortere eller længere periode ikke vil være et reelt privat alternativ til det offentlige pga. imperfekt konkurrence.
- **Operationelt:**
  - Afdækning af reelt indhold og evt. styringsproblem i udvidet frit valg, herunder generelt fokus på styringsrelationen region-sygehus-afdeling (bl.a. via DRG-styringsgruppe (SUM/FM) og privatDRG-arbejdet (SUM)).
  - Justeret ventelistebegreb (fokus på de korteste og konstaterede).
  - Vurdering af den samlede aktivitets- og produktivitetskonstruktion og incitamenter i styringsrelationen staten-regionerne (jf. arbejde FM/SUM forår 2008).
  - Ny model for privat afregning (jf. SUM-arbejde).

## Baggrund

Der er behov for en overvejelse om tilgangen i forhold til udvidet frit valg forud for forårets økonomiforhandlinger med regionerne.

Nedenfor gennemgås to separate aspekter: 1) dækningsområdet og den sideordnede prioritering set ift. offentlige styringsmuligheder og samlet offentlig kapacitet, og 2) afregningen i forhold til de private leverandører.

Overvejelserne skal generelt ses i lyset af generelle styringsmæssige udfordringer på sundhedsområdet, hvor man i stigende grad er overgået til et efterspørgselsstyret system, uden mekanismer til at regulere efterspørgslen. Prismekanismen er sat ud af kraft, og ventelisterne er kun i meget begrænset omfang et politisk accepteret styringsværktøj. Der er samtidig nogle mekanismer, der isoleret set kan fremme efterspørgslen på sundhedsydelser under ét, herunder som følge af indikationsskred.

## Dækningsområdet og generel styring

I forhold til **dækningsområdet** for udvidet frit valg vurderes der på det foreliggende grundlag at være indikationer af, at de reelle styrings- og kapacitetsproblemer som følge af det udvidede frie valg kan være mindre end ofte fremhævet.

Patientrettigheden kan isoleret set argumenteres at øge den samlede efterspørgsel lidt, om ikke andet som konsekvens af, at ventelister erfaringsmæssigt indeholder en række patienter, der selvhelbreder. Den sideordnede prioritering, der ligger i det udvidede frie valg, kan sætte den generelle lægefaglige prioritering ud af kraft (hvis der bortses fra det akutte område). I suspensionsfasen har regionerne hver for sig udarbejdet modeller/varianter, hvor de søger at prioritere lægefagligt, dvs. hvad skal behandles inden for en måned, og hvad kan vente – svarende til den overordnede forpligtelse, der er i det offentlige sundhedsvæsen om, at det er op til en faglig vurdering at sikre, at patienter med det største og mest akutte behandlingsbehov prioriteres først.

Behandlingsfristen på 1 måned kan endvidere alt andet lige betyde en svækkelse af planlægningsmulighederne og kapacitetsstyringen, set i modsætning til en situation med længere planlægningshorisont, hvor ventelister også kan fungere som buffer.

Spørgsmålet er imidlertid, om det udvidede frie valg har skabt styrings- og prioriteringsproblemer – eller om der er (og var) en dårlig styring, som det udvidede frie valg tydeliggør – og som regionerne uanset et stærkt økonomisk incitament (fortsat) ikke evner at imødegå gennem en forbedret styring.

Nogle forskellige indikatorer peger – på et foreløbigt og usikkert grundlag – på det sidste, jf. nedenfor.

### **Sammensætningen af behandlingerne i privat regi**

Foreløbige tal indikerer, at tyngden i privathospitalernes behandlinger via det udvidede frie valg er placeret på relativt få behandlinger. De 10 største behandlinger omfatter knap 70 pct. af den samlede afregning/omsætning, jf. tabel 1. I top 5 er der 4 behandlinger på det ortopædkirurgiske område (ryg, ryg/hals, ledproteser i knæ/hofte), som samlet dækker 40 pct. af omsætningen. Alle behandlinger fra nr. 6-10 er på hjerteområdet, omfattende yderligere knap 20 pct. af omsætningen.

Samtidig er der tilsyneladende flere af top-ti behandlingerne, der går igen i 2006, 2007 og 2008. Fx omfatter bypass-operationer henholdsvis 5 pct., 9 pct. og 5 pct. af den samlede afregning i 2006, 2007 og 2008 (foreløbigt). At nogle af de samme behandlinger går igen kan indikere, at der ikke fra regionernes/sygehusenes side er målrettet fokus på at nedbringe omfanget af behandlinger, der overgår til privat regi.

Det kan videre (forsigtigt) indikere, at tyngden af behandlingerne i privat regi via udvidet frit valg ikke primært er resultatet af et kapacitets- og styringsproblem forårsaget af det udvidede frie valg, hvor man alt andet lige ville forvente et billede, der i højere grad var præget af hop i bestemte behandlinger forårsaget af skift i efterspørgslen, som sygehusene/regionerne ikke kan nå at tilpasse kapaciteten til.

<b>Tabel 1</b>			
<b>De 10 største behandlinger i udvidet frit valg, 2008, foreløbige tal</b>			
<b>Nr</b>	<b>Behandling</b>	<b>Omsætning</b>	<b>Andel (pct.)</b>
1	Deformerede rygsygdomme	54.600	11,4
2	Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals	52.700	11,0
3	Operationer for adipositas	48.900	10,2
4	Enkelttidig indsættelse af ledprotese, knæ/ben	48.300	10,0
5	Enkelttidig indsættelse af ledprotese, hofte/lår	37.500	7,8
6	Hjertearytmi og synkope	24.600	5,1
7	By-pass-operation	22.600	4,7
8	Hjerteklap-operation	16.400	3,4
9	Stabil Iskæmisk hjertesygdom	10.600	2,2
10	Kombinerede hjerteoperationer	10.500	2,2
<b>I alt</b>		<b>326.700</b>	<b>-</b>
Øvrige		153.600	-
<b>I alt</b>		<b>480.300</b>	<b>100,0</b>

Kilde: Sundhedsministeriet og DRG-systemet

Der synes under alle omstændigheder grundlag for øget fokus på styringsrelationen region-sygehus-afdeling og eventuelle styringsmæssige fejl, der gør en målrettet fokusering på fx områder under det udvidede frie valg, vanskelig. Hvis det er tilfældet, kan det også gælde fx styringsmulighederne ift. en målrettet nedbringelse af konkrete ventetider.

En styringsmæssig fejl kunne fx være, hvis beslutningen om dækning af en behandling under det udvidede frie valg frem for det offentlige system på mikroplan tages ude på den enkelte afdeling, der har modtaget en henvisning – og som konstaterer, at ventetiden i afdelingen er udover 1 måned. Dvs. uden at øvrige muligheder i regionen – og i andre regioner – er afsøgt. En sådan clearing synes under alle omstændigheder at kunne fremme en optimal kapacitetsudnyttelse.

Dette understøttes også af, at en foreløbig afdækning af de regionale mønstre ift. brugen af udvidet frit valg viser store regionale forskelle ift. konkrete behandlinger, hvilket bl.a. kan indikere at geografi og/eller faktisk lokale udbud har større betydning end fx ventelistelængden – og at den regionale 'clearing' af patienter (intra og inter) ikke fungerer optimalt.

### **Aktivitetsregistreringen**

Der er indikationer at, at aktivitetsopgørelserne ikke er uproblematisk som udtryk for det reelle efterspørgselspres og vurderingen af kapacitetsproblemer i dag, *jf. bilag*. Aktivitetsopgørelserne er også styrende for produktivitetskravet og udbetalingen af meraktivitetsmidlerne.

Konkret kan opgøres et permanent højt aktivitetsniveau de seneste år – men i 2007 er over halvdelen af aktivitetsvæksten leveret af øget behandling på de samme cpr-numre (flere behandlinger pr. CPR og øget værdi pr. behandling), hvor andelen i 2005 var under 20 pct. Den udvikling er der ikke umiddelbart fagligt belæg for (evt. internationale erfaringer ift en sådan udvikling bør afdækkes).

2008-udviklingen vil være interessant, idet der for produktionen i 2008 gælder det særlige, at regionerne starter 2009 på præcis 2008-niveauet, og får meraktivitetsmidlerne udbetalt uanset produktionsværdi. Regionerne har dermed en klar interesse at komme ind i 2009 med så lav en produktionsværdi som muligt.

Kombineret med, at aktivitetsvæksten de seneste år ikke entydigt kan forklares (demografien trækker fx kun ca. 0,5 pct. årligt) sætter udviklingen et forsigtigt spørgsmålstejn ved, hvad der leveres for de betydelige økonomiske realløft, der er givet de senere år.

Det sætter endvidere et forsigtigt spørgsmålstejn ved, om regionerne klarer en stram ramme under pres fra en stor efterspørgselsvækst – eller om rammen til enhver tid bestemmer efterspørgslen (eller rettere aktiviteten). Det kan bagudrettet konstateres, at regionerne altid får trukket den mulige finansiering hjem.

Den løbende realvækst kan i sig selv isoleret set være medvirkende til at mindske udviklings- og styringspresset på sygehuse og afdelinger – afhængigt af hvordan styringsrelationen region-sygehus-afdeling fungerer i praksis.

Et yderligere, lille tegn på, at de regionale styringsmodeller ikke i praksis sikrer en effektiv, løbende prioritering og ressourceudnyttelse kan være, at region Hovedstaden i sin budgetindberetning vedr. 2008 har angivet, at alle sygehuse kompenseres for den mindreindtægt i foråret 2008, som følger af den lavere aktivitet på grund af konflikten. Heri synes at ligge, at alle sygehuse beholder pengene og et uændret 08-budget (og behandles helt ens uanset eventuelle forskelle i konfliktens betydning), og at den mulige besparelse ved den lavere aktivitet, der kunne prioriteres til ventelistereduktion mv., ikke realiseres/videreføres til 2009.

### **Ventetidsopgørelserne**

Den stagnerede udvikling i ventetiderne underbygger, at det er usikkert, hvad der leveres for de betydelige økonomiske realløft, *jf. figur 1*, der viser udviklingen i produktionsværdi og ventelister (ved forskellige ventelistebegreber) i perioden 2001-07. Som det fremgår, er der allerede i 2007, dvs. før konfliktens start, sket et knæk i udviklingen i ventetiderne for de 18 udvalgte behandlinger. Ventetiden for juli 2008, dvs. efter konflikten, viser en ventetid på over 26 uger, dvs. stort set samme niveau som i juli 2002 (26,5 uger). I december 2008 er ventetiden uændret godt 26 uger. Set over årene 2002-2009 er sygehuse tilført over 14 mia.kr. i realløft. Det underbygger usikkerheden mht. hvad der faktisk produceres.

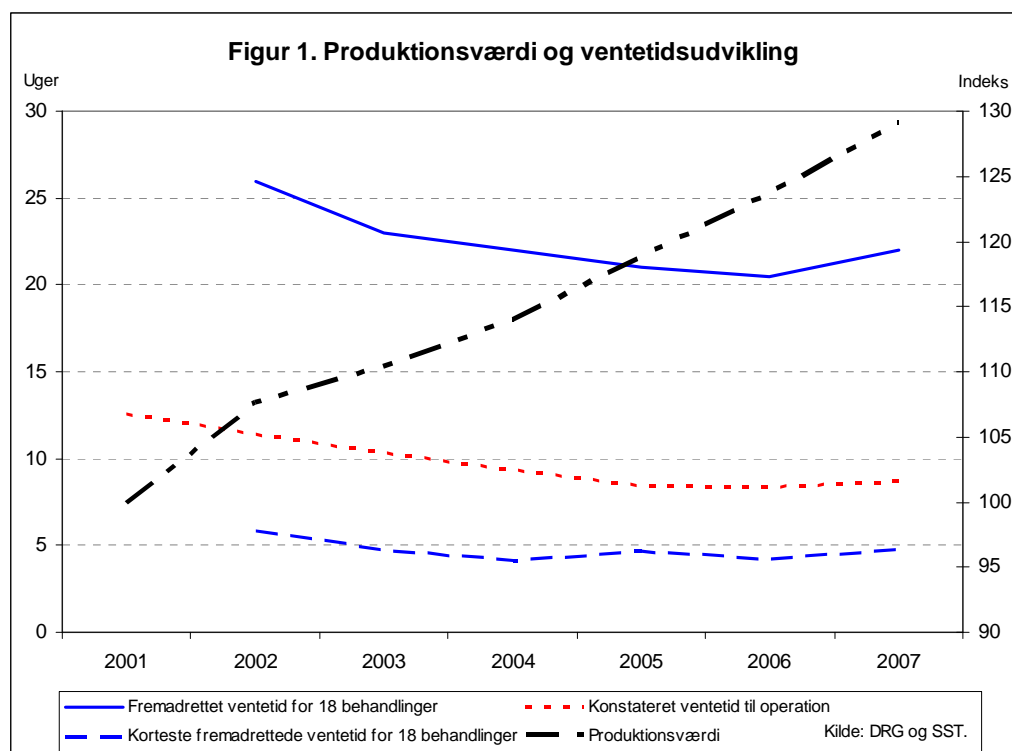
Det nuværende ventelistebegreb er under alle omstændigheder misvisende. Dels er der tale om de fremadrettede tider (dvs. ikke erfarede). Dels er de 18 behan-

dlinger oprindeligt udvalgt, fordi de er meget udbredte og historisk har haft lange ventetider, dels er der tale om helt uvægtede gennemsnit for alle sygehuse/afdelinger.

Hvis man nedbryder det gennemsnitlige fald i ventetiden for de 18 behandlinger på 5,4 uger fra 2002 til 2007, kan det konstateres, at ventetiden faldt for 13 behandlinger med gennemsnitligt 10 uger, mens den steg for de sidste 5 behandlinger med 6½ uger. Udelades ventetiden på høreapparater (som oven i købet ikke omfatter ventetiden hos private udbydere), reduceres de 6½ uger til 2½ uger. De fire andre behandlinger med stigning var diskosprolaps, nyrestenknusning og -operation samt sterilisation af mænd. Hverken høreapparater eller sterilisation er omfattet af det udvidede frie valg.

De erfarede, gennemsnitlige ventetider for alle operationer (dvs. ikke kun de 18 udvalgte behandlinger) viser ikke samme knæk i udviklingen, men en stort set stagnerende udvikling (på et niveau omkring 8-9 uger) i de seneste år, *jf. figur 1*.

Hvis man alene tager gennemsnittet for de korteste ventetider for de 18 behandlinger er billedet et lidt andet end for de gennemsnitlige tider: Niveaue har siden 2004 ligget uændret på omkring 4 uger, et fald fra 2002 på 2 uger, men altså stagnerede de seneste år, *jf. figur 1*. Ikke mindst i en kontekst af frit sygehusvalg kan ventetiden som et gennemsnit for alle sygehuse i stigende grad ses som et irrelevant begreb, idet den korteste ventetid (eller en snit for de korteste tider) uanset geografi kunne argumenteres mere relevant som mål.



## Afregningsmekanisme/privat DRG

Den private afregnings tætte kobling til den offentlige DRG-takst synes umiddelbart ikke hensigtsmæssig. Der er tale om en gennemsnitstakst som omfatter en række elementer, som det private ikke har – bl.a. akutdækning, forskning, uddannelse osv. Hertil kommer komplekse behandlinger, som de private kan fravælge – eller videresende. DRG-taksten afspejler også offentlig ineffektivitet.

Gennemsnitstaksten kan være anvendelig i et intra-offentligt afregningssystem, jf. også de store tals lov, men knap så anvendelig som grundlag for konkret og behandlingsspecifik afregning ift. private aktører.

At de DRG-relaterede takster ligger noget over et fair niveau synes underbygget af de aktuelle udbud i regionerne.

Strukturelt kommer der ikke noget prissignal fra det private, som kan bruges som pres ift. det offentlige. Konstruktionen med 'overkompensation' burde give et styrings- og udviklingspres på det offentlige, men det har tilsyneladende haft begrænset virkning.

Det er ift. afregningen væsentligt, at udvidet frit valg er drevet af patientrettigheder og samlet udnyttelse af kapacitet – som herudover for de givne, ikke akutte behandlinger kan være billigere i det private, og dermed skabe et udviklingspres på det offentlige.

Udgangspunktet i en mere fair pris må derfor være en marginaltakst. Dvs. hvad er den takst, som der kan produceres rentabelt til, givet en relativt kendt mængde af de relativt samme behandlinger.

En væsentlig fordel ved en afregningstakst, der i højere grad afspejler faktiske marginalomkostninger, er en mulig påvirkningsvej ind i det offentlige – herunder i DRG-fastlæggelsen og i den konkrete takststyring på sygehusene. Det vil således være en væsentlig gevinst, hvis der kommer reelle prissignaler ud af ordningen.

### Konkrete modeller

Der kunne tages afsæt i den lave ende af de observationer, der ligger bag DRG-taksten, dvs. i de mest omkostningseffektive offentlige enheder.

Da tallene for de mest effektive enheder kan være tilknyttet nogle af de ydelser/forpligtelser, som det private ikke har, kunne taksten for de mest effektive enheder korrigeres yderligere nedad med en faktor.

Tages alene de billigste sygehuse fås en gennemsnitlig referencetakst på knap 50 pct. af den offentlige DRG-takst, jf. tabel 2. Et sådant udgangspunkt er dog for usikkert, og et niveau vil derfor i sidste ende ligge højere, fx som udtryk for gennemsnittet af de 10 eller 20 pct. billigste offentlige enheder (eller 10 henholdsvis 20 pct.'s fraktilen).

**Tabel 2. Billigste sygehus i hver DRG gruppe**

Ref.takst andel af DRG-takst	Andel af aktivitet (pct.)	Andel grupper (pct)
0-24 pct.	7,7	27
25-49 pct.	31,2	30,5
50-74 pct.	61,0	40,5
75-99 pct.	0,1	2,0
100-125 pct.	0,0	0,0
<b>Alle</b>	100	100
<b>Samlet takst andel</b>		<b>48,3 pct.</b>

Kilde: SUM<sup>2</sup>et.

Der kan tænkes to principielle modeller:

1) Den opgjorte takst er som hidtil den takst, som er tilbagefaldstaksten, hvis en takstforhandling ikke giver resultat. Reelt vil taksten være en maksimaltakst. Da de nye takster vil være behæftet med den usikkerhed, der generelt ligger i DRG-data, kan de underbygges løbende gennem fx strategiske udbud eller konkrete omkostningsstudier (såkaldte ABC-studier).

2) Alternativt kan den faktiske afregningstakst fastsættes ved udbud. Her vil referencetaksten danne baggrund for udbuddet, dvs. som pejlemærke for det niveau, som udbuddet sigter mod. Udbud vil generelt betyde en indskrænkning af antallet af leverandører, hvilket kan reducere patientefterspørgslen efter at udnytte det udvidede frie valg.

Et udbud kunne omfatte ydelser omfattet af det udvidede frie valg. Alternativt kunne det udvides til at omfatte større klumper – dvs. også den andel behandlinger, som det offentlige 'normalt' ville have håndteret inden for 1 måned.

En sådan bred udbudsmodel må vurderes at indebære en konkurrenceudsætning af det offentlige sundhedssystem – frem for fokus på sikringen af en patientretighed. Dette vil særligt være tilfældet hvis modellen ledsages af faste krav ift. udbud. [Konkurrenceudsættelsen kan i yderste konsekvens betyde en samlet fordyrelse af sundhedssystemet, hvis ikke der foretages en tilpasning i den offentlige (regionale) sygehuskapacitet modsvarende den kapacitet, der overtages af private aktører.]

I begge udbudsmodeller kan principielt åbnes for offentlige tilbud, fx organiseret som friklinikker. Der udestår i givet fald en udfordring i at afgrænse for risikoen for krydssubsidiering. Den samlede udvikling i balancen mellem offentlig/privat i en sådan model er i sagens natur usikker. Fokus på en marginal takst/lav afregningstakst kan i princippet resultere i en situation, hvor der i en kortere eller længere periode ikke vil være et reelt privat alternativ til det offentlige pga. imperfekt konkurrence. Det gælder også ved udbud – budpriser må kunne afvises ud fra overvejelser om en maksimal rimelig pris.



Incentamenter og styringsmuligheder region-sygehus-afdeling, herunder principperne for afregning fra staten for aktivitet omfattet af udvidet frit valg, skal overvejes.

## BILAG

### **Aktivitetsstyring og DRG-systemet**

Finansieringen af sygehusene består af bloktilskuddet, med en meraktivitetspulje øverst. Puljen på godt 2,5 mia.kr. (3,1 mia.kr. inkl. kommunal medfinansiering) udløses som tommelfingerregel, når regionerne har registreret en aktivitet svarende til en fastsat baseline. En del af puljen udbetales med 100 pct. af DRG-taksten, mens den sidste del udbetales med 70 pct. af DRG-taksten.

En væsentlig begrundelse for konstruktionen med aktivitetspuljen er, at 1) den skal motivere til øget aktivitet på marginalen, og 2) den bidrager til at lade produktivitetskravet få reel finansieringsmæssig betydning i regionerne.

Produktivitetskravet ligger inden i baseline, og det betyder, at produktionsværdien skal produceres af regionerne, før de kan få del i aktivitetsmidlerne. Man taler om at 'komme op' og få trukket midlerne hjem. Men det er i den forbindelse en vigtig pointe, at der i systemet under ét er skabt fuld finansiering til hele den forudsatte produktionsværdi, dvs. til DRG-værdi 100 – med et produktivitetskrav på 2 svarende til gns. 98 pct. DRG.

Det på papiret hårde krav på marginalen via de 70 pct.'s DRG (som omfatter de yderste ca. 2,5 mia.kr. af i alt 54 mia.kr. i 2009) betyder således, at  $\frac{3}{4}$  af produktivitetskravet reelt først leveres i forbindelse med den allersidste produktion, mens der for den produktion, der ligger nedenunder, stort set ikke realiseres nogen produktivetsforbedring. Der er i den forstand ikke noget finansieringsmæssigt 'hul', hvor regionerne skal levere ekstra produktion før de får del i aktivitetsmidlerne. Midlerne udbetales i deres helhed a-conto, primo året.

De samlede aktivitetsmidler har en så stor størrelse, at de rækker et stykke ned i det foregående års produktion (dvs. at man får del i meraktivitetsmidlerne et stykke før man når sidste års produktion).

Halvdelen af uforbrugte midler i et år overføres til regionen næste år. Den anden halvdel fordeles mellem regionerne. Dvs. hvis regionerne ikke hjemtager deres fulde ramme i året, mister de henad halvdelen af pengene, der omfordeles. Mekanismen har ikke været i brug, da regionerne alle hjemtager samtlige midler. De uforbrugte puljemidler udgør ca. 25 mio.kr. i alt 2005-07.

Der er samtidig indikationer af, at grundlaget for aktivitetsstyringen – herunder produktivitetskravet, udbetalingen af meraktivitetsmidler og en del af afsættet for de årlige økonomiforhandlinger – ikke er uproblematisk.

Aktiviteten i sygehusvæsenet er i de senere år øget markant, senest i 2007, hvor aktiviteten steg med 5,5 pct. I perioden 2004-2007 har væksten således varieret mellem 4,6 og 5,5 pct., *jf. tabel 1*.

**Tabel 1. Udvikling i produktionsværdien 2004-2007.**

	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Produktionsværdi	4,6	4,8	5,5
- heraf værdistigning pr CPR	0,8	2,7	3,1

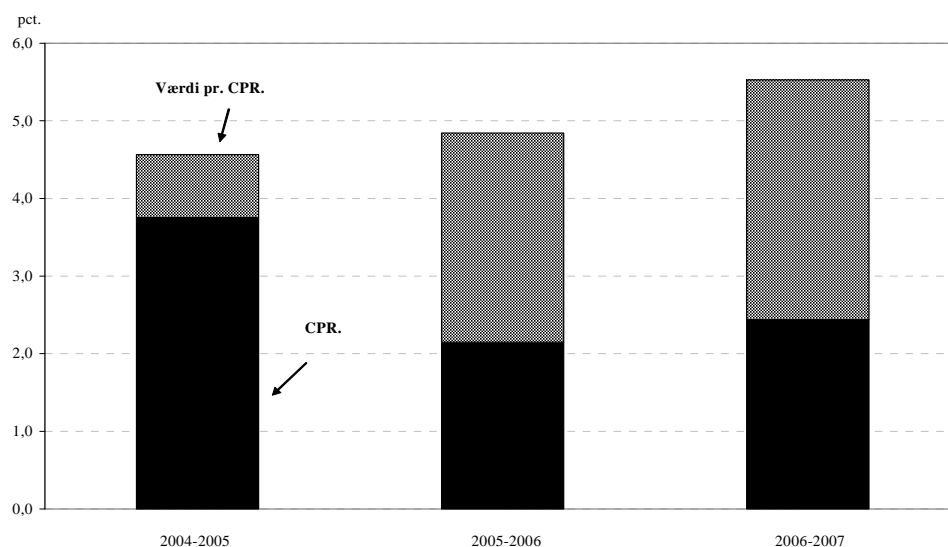
Kilde: Løbende meraktivitetsopgørelser [SUM'et]

I *figur 1* er den opgjorte aktivitetsudvikling dekomponeret på den andel, der kan henføres til, at

- flere patienter bliver behandlet og den andel der kan henføres til, at
- den samme patient har flere kontakter med sygehusene og/eller at tyngden i det enkelte forløb er tungere.

I 2006 og 2007 kan størstedelen af aktivitetsvæksten tilskrives en øget værdi pr. CPR-nr. I 2005 var antallet af behandlede CPR-numre derimod langt den væsentligste faktor bag aktivitetsvæksten, *jf. figur 1*.

Figur 1. Aktivitetsudvikling 2004 til 2007 fordelt på antal unikke cpr-numre. og værdi pr. cpr-nummer.



Kilde: Løbende meraktivitetsopgørelser samt egne beregninger [SUM'et]

Konkret betyder det, at meraktiviteten i 2006 og 2007 – i modsætning til 2005 – ikke primært er sket i form af behandlingen af flere patienter. Over halvdelen af den konstaterede samlede værditilvækst er derimod leveret i form af øget behandling pr. CPR, der er øget fra 0,8 pct. i 2005 til 2,7 pct. i 2006 og 3,1 pct. i 2007.

De tilførte ressourcer er altså ikke medgået til behandlinger af flere personer, men til flere tiltag på de samme personer. Den primære underliggende faktor er en

markant stigning i antal ambulante kontakter. Der vurderes ikke umiddelbart at være nogen medicinsk begrundelse for denne udvikling. Den generelle overgang fra stationær til ambulans behandling kan ikke forklare det – tværtimod burde omlægningen alt andet lige reducere værdien pr. CPR set ift. et stationært forløb.