



26-09-2012

Sag nr. 12/1683

Dokumentnr.

Louise Broe

Tel. 35 29 83 98

E-mail: Lbr@regioner.dk

### **Produktiviteten i den regionale sektor**

Produktivitetskommissionen har tilbudt Danske Regioner at bidrage med bud på drivkræfter og barrierer mv. for produktivitsudviklingen i den offentlige sektor samt forslag til konkrete tiltag.

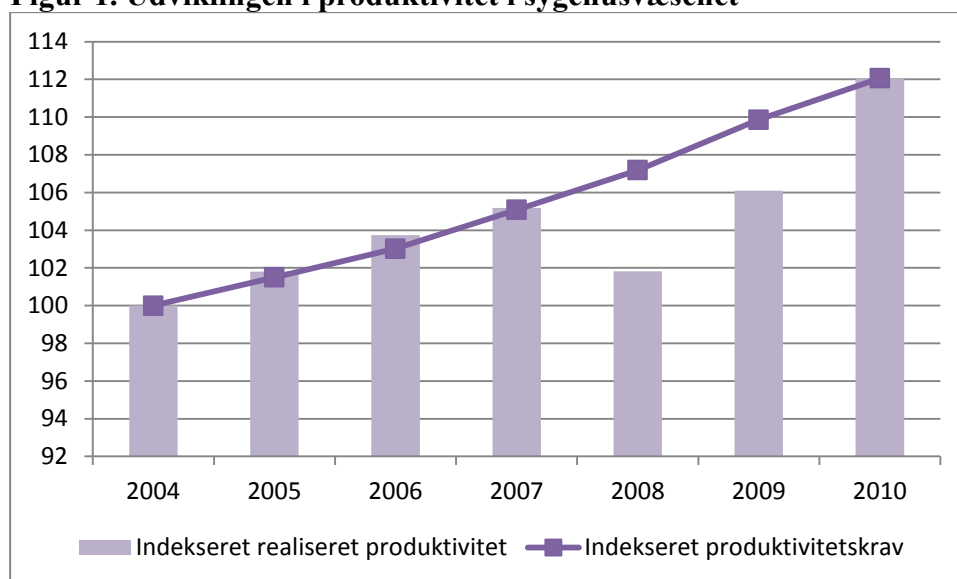
Overordnet set kan fokus på produktivitet inden for store dele af den offentlige sektor og især indenfor sundhedsvæsenet dog ikke stå alene. Det er helt afgørende, at aktivitet og produktivitet ses i sammenhæng med det outcome, der produceres, og dermed kvaliteten.

Til forskel fra mange andre områder er sundhedsvæsenet derudover et område som bidrager til, at folk kommer hurtigt tilbage på arbejdsmarkedet efter sygdom. Det er en vigtig funktion i forhold til at sikre en effektiv arbejdsstyrke i samfundet. Sygehusvæsenet er også et område, hvor en stor del af produktionsfaktorerne kommer fra innovative erhverv, og hvor sygehusets personale har en vigtig rolle i forhold til udviklingen af blandt andet medicin og medicinsk udstyr.

### **Sygehusvæsenet**

#### *Produktivitetsmålinger i sygehusvæsenet*

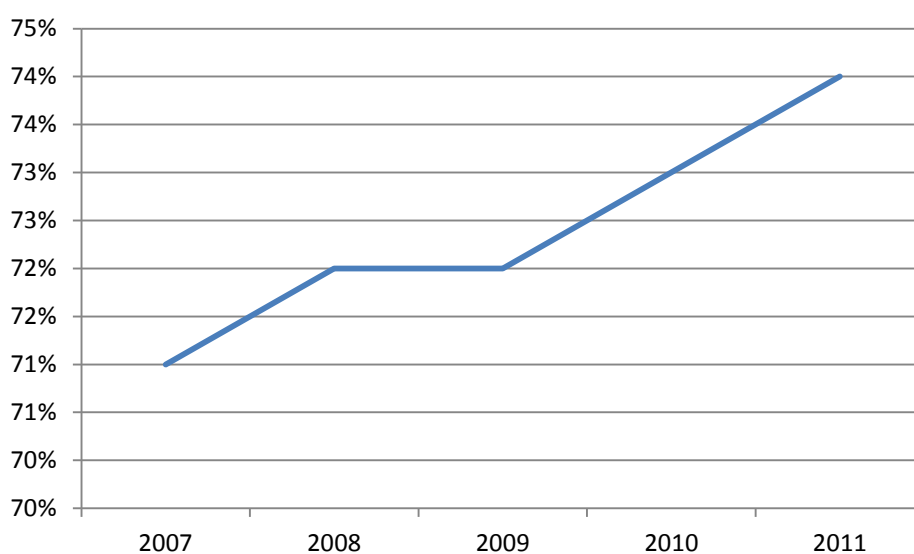
I sygehusvæsenet kan man modsat mange andre offentlige udgiftsområder opføre produktivitet og produktivitsudviklingen. Nedenstående figur viser produktivitsudviklingen på sygehusene i årene 2004 til 2010 (2011 er under udarbejdelse). Det ses, at der har været en høj produktivitsudvikling over årene på gennemsnitligt set to procent. I perioden er der hvert år indgået et produktivitskrav på henholdsvis 1,5 procent i 2004 til 2006 og 2 procent siden 2007 i de årlige økonomiaftaler mellem Danske Regioner og regeringen.

**Figur 1. Udviklingen i produktivitet i sygehusvæsenet**

Anm.:Faldet i 2008 skyldes strejken blandt plejepersonale i foråret 2008.

Kilde: Ministeriet for sundhed og forebyggelse og egne beregninger.

Produktiviteten drives blandt andet ved initiativer, der muliggør omlægning af behandling under indlæggelse til ambulante behandling og kortere indlæggelsestider. Udviklingen for disse to indikatorer fremgår af figur 2 og 3 neden for.

**Figur 2. Andel operationer velegnet til ambulant regi, som udføres ambulant, 2007-2011**

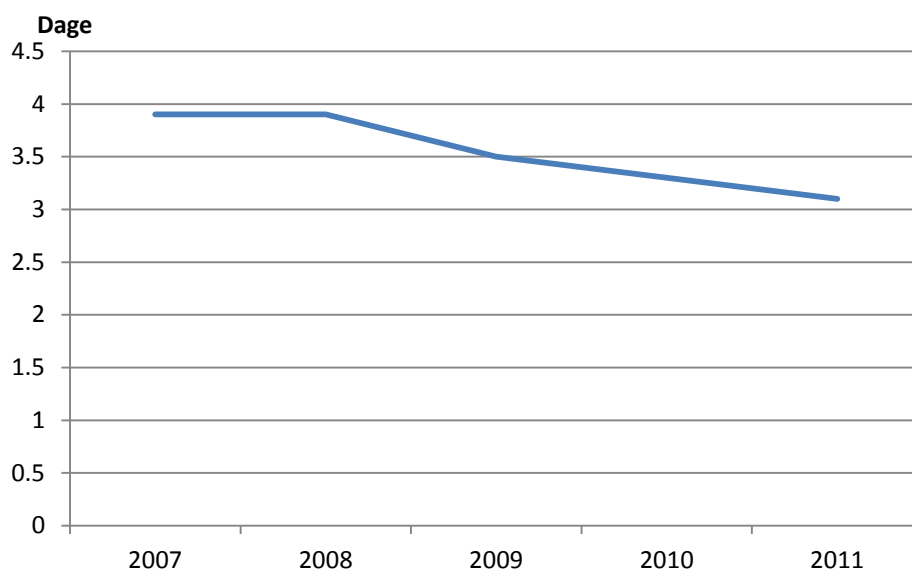
Kilde: Statens Serum Institut, Landspatientregistret.

Andelen af operationer, der udføres ambulant er steget fra 71 til 74 procent, og lægger generelt også på et meget højt niveau<sup>1</sup>.

Side 3

Fra 2007 til 2011 er den gennemsnitlige tid for en indlæggelse faldet fra 3,9 dage til 3,1 dag.

**Figur 3. Gennemsnitlig liggetid på offentlige somatiske sygehuse, 2007-2011**



Kilde: Statens Serum Institut, Landspatientregistret.

#### *Fokus på effektive behandlinger*

Omlægningen til ambulant behandling og kortere indlæggelsestider drives blandt andet af konstant fokus på at forbedre arbejdsgange og i øvrigt at effektivisere patientforløbet. Alle regioner arbejder med LEAN-processer og lignende. Gennem de senere år er der også udarbejdet en række pakkeforløb for udvalgte patientgrupper. Disse optimerer patienternes flow igennem sygehusvæsenet.

Derudover sker der en løbende udvikling i nye behandlingsmetoder, som på den ene side kan bidrage til at optimere de enkelte patientforløb og gøre behandlingen mere skånsomme over for patienterne. Det drejer sig blandt andet om ny medicin og nye teknologier. Et eksempel om kikkertkirurgi, som er mere skånsomt for patienten, der måske helt kan undgå en indlæggelse i

---

<sup>1</sup> Det Danske Sundhedsvæsen i internationalt perspektiv, 2010, s. 29. Sammenligning af ambulante operationers andel af samlede operationer i Storbritannien, Nederlandene, Tyskland og Finland.

forbindelse med operationen, eller som kan nøjes med at være indlagt i færre dage.

Side 4

På den anden side er den løbende udvikling med de nye behandlingsmetoder mv. en væsentlig årsag til, at der er et konstant pres for at afholde flere udgifter til sundhedsvæsenet. Ny teknologi, ny medicin og ny viden driver en udvikling mod, at man kan behandle flere lidelser, at behandlinger kan udbredes til flere patienter, og at levetiden for mange forlænges.

Regionerne arbejder i øvrigt med et bredt spektrum af initiativer for at forbedre produktiviteten løbende, herunder benchmarking, løbende dialog og videndeling, optimering af personaleanvendelse og opgaveglidning, afbureaukratisering mv.

#### *Styring og finansiering af sundhedsvæsenet*

De mange data på sygehusområdet gør, at der er andre muligheder for styring på området end mange andre offentlige områder. Alle regioner benytter sig af takststyring af sygehusene, hvor sygehusene kun får penge, hvis de leverer en bestemt aktivitet. Det gør, at der er konstant fokus på, hvad sygehuset præsterer.

Man skal dog også holde sig for øje, at der er nogle u hensigtsmæssigheder ved at basere styringen for meget på takststyring. Takststyring og *fee for service* generelt kan i sig selv virke aktivitets- og udgiftsdrivende. Det er Danske Regioners holdning, at der er behov for en reform af finansieringssystemerne, så det i højere grad understøtter øget fokus på snævre økonomiske rammer og sikkerhed for mest mulig sundhed for pengene.

Neden for er desuden nævnt barrierer og drivkræfter for produktivitetsvæksten på udvalgte områder.

#### **Effektivitet og sygehusbyggerier**

Et meget vigtigt element i produktivitetsudviklingen i sundhedsvæsenet i de kommende år er de omfattende sygehusbyggerier. Fra 2010 og 10 til 15 år frem gennemfører regionerne 16 kvalitetsfondsprojekter og 21 supplerende regionale byggeprojekter. Projekterne indebærer en række muligheder for regionerne til at indføre ny teknologi og mere energieffektive løsninger, tilrettelægge nye arbejdsgange og indtænke nye indretninger af sygehusene, som skal give et produktivt og et kvalitetsmæssigt løft.

Men til forskel fra investeringsbeslutninger i private erhverv kan man i det offentlige i Danmark ikke basere investeringsbetragtninger på totaløkonomien, det vil sige ud fra en vurdering af, hvad der er på sigt giver den mest effektive investering. Det skyldes, at det offentlige forbrug og investeringer styres inden for typisk kostsigtede rammer. I kvalitetsfondsbyggerierne ligger rammerne helt fast, og rammen kan for eksempel ikke øges, hvis der vises sig nye muligheder, som kunne øge gevinsterne på sigt.

#### *Regionernes arbejde med produktivits- og kvalitetsfremmende investeringer*

Inden for de rammer, der er for byggerierne, arbejder regionerne på en lang række fronter med produktivits- og effektivitsfremmende tiltag.

I forbindelse med nybyggerierne samles behandlingerne på færre enheder for at øge den faglige kvalitet og udnytte ressourcerne bedst muligt. Moderniseringen af de fysiske rammer indebærer et kvalitetsløft og mulighed for øget effektivitet. I planlægningen af de nye byggerier arbejdes der blandt andet med mere effektive patientforløb, mere energirigtige løsninger, nytænkning af organisering og arbejdstilrettelæggelse og rationel teknologianvendelse. Ekspertpanelet har i forbindelse med udmøntningen af tilsagnene til de enkelte projekter stillet krav om konkrete effektiviseringsgevinster på 6 til 9 procent, som skal indhøstes umiddelbart efter ibrugtagningen.

#### *Rammer for regionernes sygehusbyggerier*

For regionernes øvrige byggerier er der et lidt større spillerum, idet man her skal holde sig inden for et samlet årligt anlægsloft i regionen. Der er derfor mulighed for at omprioritere mellem projekterne. Anlægsloftet og budgetloven lægger dog en snæver ramme for, hvad der kan gennemføres af projekter i det enkelte år.

Deponeringskravet i lånebekendtgørelsen betyder, at det ikke er attraktivt for regionerne at låne til gennemførelse af investeringer, selv om disse har et positivt afkast efter en totaløkonomisk beregning. Det er tilsvarende ikke fordelagtigt, at indgå i OPP-projekter eller ESCO-projekter med private partnere, idet regionen skal deponere et beløb svarende til den private parts investeringer. For 2012 og 2013 er der dog mindre dispensationspuljer på 300 millioner kroner for hvert år, hvor der efter ansøgning kan opnås fritagelse for deponeringsforpligtelsen. Man kan dog overveje generelt at lempe på disse regler for at få mere gavn af private initiativer i offentlige investeringer.

### **Større produktivitet gennem bedre rammer for offentlige indkøb**

Danske Regioner har vedtaget en samlet strategi for regionernes indkøb og logistik frem mod 2015. Som led i strategien vil regionerne fortsat arbejde for at skabe bedre rammer for samhandlen med det private erhvervsliv.

Regionerne køber ind for ca. 36 milliarder kroner årligt. Regionernes indkøb er derfor en væsentlig del af de private virksomheders afsætningsmuligheder til den offentlige sektor.

Ved at efterspørge produkter med stort markedspotentiale, kan regionerne bidrage til at stimulere erhvervsmæssig vækst og produktivitet på sundheds- og velfærdsområdet. Men alt for ofte står meget detaljerede udbudsregler i vejen for smidig og effektiv samhandel.

Når offentlige ordregivere udarbejder et udbud, indeholder det ofte så mange krav, at det bliver vanskeligt for mange virksomheder at byde på opgaven. Det resulterer i, at nogle virksomheder undlader at give tilbud på opgaven, hvilket skaber en ringere konkurrencesituation og hæmmer produktiviteten.

Det skyldes blandt andet, at en meget stor del af regionernes indkøb reguleres af EU's meget omfattende og bureaukratiske udbudsregler. EU's udbudsregler er blevet en hindring, både for offentlige ordregivere såvel som virksomheders muligheder, for at effektivisere og i samspil videreudvikle hjemmemarkedet. Hensigten med regelsættet har aldrig været at skabe barrierer for konkurrenceudsættelse, men tværtimod at skabe øget konkurrence på det indre marked i kraft af blandt andet ligebehandling og gennemsigtighed. Derudover er EU's udbudsregler blevet implementeret og anvendt mere rigtigt i Danmark end i andre europæiske lande.

EU-kommissionen har ligeledes konstateret, at der er behov for at forenkle reglerne. Kommissionen har fremlagt et forslag til revidering af udbudsreglerne i slutningen af 2011. Forslagene til forenklinger af udbudsreglerne er dog slet ikke tilstrækkelige og vil ikke på afgørende måde ændre procedurerne for udbud.

Der er derfor behov for at gøre en målrettet indsats for at skabe et forenklet og mere effektivt udbudsregelsæt.

Side 7

Samtidig hæmmes den fælles samhandel af alt for mange klagesager over juridiske spidsfindigheder. Unødvendigt fokus på juridiske detaljer er med til at skabe barrierer for den fælles samhandel og lægger dermed også en dæmper på produktiviteten.

Regeringen bør derfor også sikre, at Klagenævnet for Udbud alene håndterer principielle og forsætlige overtrædelser.

### **Praksisområdet**

Praksissektoren også kaldet primær sundhedssektor består af en række mindre selvstændige private klinikker, som har en aftale med det offentlige om at levere en række bestemte behandlingsydelser til en aftalt pris til borgerne. Der er aftaler med almene læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer, kiropraktorer og fodterapeuter.

Ny teknologi, effektivisering af arbejdsprocesser og brug af hjælpepersonale kan principielt set føre til et fald i klinikkernes omkostninger. Men selv om klinikkens omkostninger reduceres, så vil det alene munde ud i øget gevinst for de enkelte klinikker. Dermed får regionerne generelt ikke del i den økonomiske gevinst, der kan være ved en produktivitetsfremgang i praksissektoren.

Der er desuden et generelt manglende fokus på produktivitetsvækst i sektoren. Det kan blandt andet skyldes, at sektoren består af mindre selvstændige, som er relativt sikre på egen indtjening, og som der ikke er konkurrence imellem. Der er således ikke et pres for at forbedre produktiviteten.

Der skal forhandles nye aftaler med alle praksisområder indenfor de kommende halvanden til to år. Der vil i den forbindelse blive stillet krav om, at klinikkerne i praksissektoren lige som i sygehusvæsenet skal frigøre kapacitet via produktivitetsforbedringer. Den ekstra kapacitet kan bruges til at løse flere opgaver og/eller opprioritere arbejdet med koordinering og kvalitetsudvikling. Ekstra kapacitet kan også skabe rum til aktivitetsvækst inden for den nuværende økonomiske ramme.

Endelig kan produktivitetsforbedringer også øge indtjeningen hos den enkelte klinik. Dermed kan klinikkerne i et vist omfang selv finansiere pris- og lønstigninger.

### **Regional erhvervsudvikling**

Der har i de seneste ti år været betydelige regionale forskelle i den økonomiske vækst og erhvervsudvikling. Når det gælder produktiviteten, målt som BNP pr. arbejdstime, har væksten været højest i Region Nordjylland. I perioden 2000 til 2010 voksede produktiviteten i Nordjylland i gennemsnit med 1,2 procent. Det er dobbelt så meget som i Danmark som helhed, men væksten ligger stadig betydeligt under OECD-gennemsnittet.

Alle regioner arbejder med at skabe vækst og øget produktivitet gennem de faktorer, som ifølge OECD udgør betydningsfulde vækstdrivere: Uddannelse, innovation og vækstiværksættere.

Andelen af en ungdomsårgang, der forventes at gennemføre en ungdomsuddannelse, er steget betydeligt i samtlige regioner fra 2008 til 2010. En del af forklaringen kan tilskrives krisen. Men også regionsrådene bidrager via et samarbejde med ungdomsuddannelserne til udviklingsprojekter, der øger uddannelsesudbuddet, kvaliteten og praktikpladser. Det giver bedre muligheder for at tiltrække og fastholde unge på ungdomsuddannelserne og kan derved bidrage til øget produktivitet på længere sigt.

De regionale vækstfora prioriterer også kompetenceudvikling højt og bidrager eksempelvis både til et kompetenceløft af faglært arbejdskraft og en øget anvendelse af højtuddannede i små og mellemstore virksomheder.

Et øget innovationsniveau i danske virksomheder kan ligeledes bidrage til vækst og produktivitet. Innovation og ny teknologi er derfor højt prioriterede områder i alle seks vækstfora. Målet er at øge andelen af innovative virksomheder, der i dag svinger mellem 44 procent i Region Syddanmark og 51 procent i Region Nordjylland.

Endelig har de regionale vækstfora fokus på at øge andelen af vækstiværksættere. Hvis det fald, som alle regioner har oplevet i de seneste år, fortsætter, vil det have potentielt stor negativ betydning for produktiviteten på længere sigt.

Alt i alt går over 2/3 af de regionale vækstforas investeringer således til områder, der må forventes at bidrage til øget produktivitet enten på kortere eller længere sigt. Fordelingen af de regionale vækstforas investeringer fremgår af Figur 1.



**Figur 4: Fordelingen af de regionale vækstforas investeringer, 2011**

