

## REVISIONSRAPPORT

### **Akutsjukhusens kostnads- och produktivetsutveckling 1998-2002; jämförelser mellan sjukhusen**

- \* *Kostnaderna* i akutsjukhussektorn har under perioden ökat med 44 % i löpande priser, vilket motsvarar c:a 10 % per år. Kostnadsökningen för läkare är 60 %.
- \* *Den faktiska lönenivån* har under perioden ökat med genomsnittligt c:a 24 % i löpande priser, vilket motsvarar knappt 6 % per år. *Personalvolymökningen* för läkare och övrig vårdpersonal bedöms ha varit i storleksordningen 20 – 25 %.
- \* *Den totala produktionsökningen i akutsjukhussektorn*, uttryckt som ökningen av DRG-poäng mm (prestationer), har under perioden varit c:a 14 %. *Produktiviteten* beräknas ha minskat med uppskattningsvis c:a 2 % per år. På flera områden kan dock kostnadsökningarna sammanhänga med en medicinteknisk utveckling som inneburit förbättringar i kvalitet och vårdresultat. En bättre överblick av dessa sammanhang är önskvärd.
- \* *Den utveckling* som skett vid akutsjukhusen är *inte resultatet av en politiskt beslutad inriktning*. Tvärtom har fullmäktige i sina årliga budgetbeslut markerat att man åsyftat en ökad andel primärvård.
- \* *Kostnads- och prestationsutvecklingen på sjukhusnivå* (totalnivå) är förhållandevis likartad på de olika sjukhusen. På kostnadsslagsnivå (läkarkostnader, etc) finns mycket stora skillnader i kostnadsutvecklingen mellan sjukhusen, som väcker frågor om bl.a. kontrollen över *läkarplaneringen och ST-läkartjänsterna* liksom kontrollen över *prissättningen av medicinska servicetjänster*.
- \* För framtiden är det nödvändigt att *ägarstyrning och uppföljning gentemot sjukhusen* kan drivas på ett mer kraftfullt sätt än tidigare. *Uppföljning av självkostnader, jämförelser och produktivetsanalyser* måste, som en del i den demokratiska beslutsprocessen, kunna drivas med betydligt större ambitionsnivå, såväl på central nivå som inom sjukhusen.

## **Akutsjukhusens kostnads- och produktivitet utveckling 1998-2002 - Jämförelser mellan sjukhusen**

### **Sammanfattning**

Inriktningen i denna granskning har huvudsakligen varit att söka ta fram information som belyser och jämför akutsjukhusens kostnads- och produktivitet utveckling 1998-2002. Data har tagits fram via de s.k. självkostnadsredovisningarna. Syftet har varit att dels få fakta, dels söka förstå vilka faktorer som varit drivande i denna utveckling och därmed också kunna granska/få indikationer på hur styrningen fungerar på sjukhusnivå. I detta ligger också att granska hur jämförelsedata används inom organisationen.

### Jämförelser mellan sjukhusen

Kostnads- och prestationsutvecklingen för resp. sjukhus under perioden 1998 – 2002 redovisas i rapporten. Denna utveckling har varit förhållandevis likartad på de olika sjukhusen. I jämförelserna har dock inte S:t Görans sjukhus AB ingått, huvudsakligen p.g.a. att man valt att inte delta i alla självkostnadsredovisningar. Det är dock av största vikt att landstinget fortsätter att följa utvecklingen vid S:t Göran och att man skaffar sig ett underlag för utvärdering, inför tidpunkten 2006-12-31 då avtalet med Capio löper ut.

### Kostnads- och prestationsutvecklingen i hela akutsjukhussektorn

Den kostnads- och prestationsutveckling som ägt rum inom akutsjukhussektorn har generellt/genomsnittligt varit mycket expansiv under perioden. Nettokostnaderna (ungefärligen = hänförliga till DRG-produktionen) har i löpande priser ökat med 44 % (c:a 10 % per år) och prestationerna, mätt som antalet producerade poäng (DRG mm), har enligt tillgängliga uppgifter ökat med c:a 14 %.

### Vilka faktorer har varit drivande för kostnadsutvecklingen inom akutsjukvården?

Den analys som gjorts pekar mot att generella faktorer till stor del ligger bakom kostnadsutvecklingen. Förutom grundläggande förutsättningar i form av befolkningsutveckling och beställningar, synes följande faktorer ha haft störst betydelse:

1. *Lönenivåökningarna* är genomsnittligt c:a 24 %. Bakom detta ligger flera faktorer: högkonjunktur, politisk inriktning mot konkurrens mellan sjukhusen och om arbetskraften samt extern konkurrens genom anlitan av bemanningsföretag, privatisering/avknoppning och ökade köp från privata vårdgivare.
2. *Läkarkostnaderna* har ökat med 60 %, d.v.s. långt mer än genomsnittet/totala kostnadernas ökning.
3. En väsentlig del i ökningen av läkarkostnaderna torde vara ökningen av de s.k. *ST-tjänsterna* (läkare under utbildning till specialister). Dessa tjänster

- har vid sjukhusen ökat från 495 till 980 under perioden 1998-2003 (november-november), d.v.s. i stort en ökning med nästan 100 %. För universitetssjukhusen kan även de stora kostnadsökningarna ha ett samband med *förändringar inom forskning, utveckling och undervisning (FoUU)*.
4. Den *resultatstyrning och den prestationsersättning* som tillämpats har lämnat relativt fritt utrymme för intäktsoptimering. I en sådan situation kan det förefalla rimligt att särskilt värna om antalet *läkare*, vilka sannolikt setts som relativt direkt intäktsgenererande (fler DRG-poäng).
  5. En bidragande orsak till ökningen av antalet läkare kan vara att *läkarnas tidsanvändning blivit mindre direkt vårdinriktad*. Läkarpåverkan har kraftigt minskat. Resonemanget gäller i viss mån även övrig vårdpersonal.
  6. Ökningen av *volymen läkare* har bidragit till att öka produktionsvolymen och därmed även bidragit till att *öka andra kostnadsslag*: lab.kostnader, röntgenkostnader, vårdpersonal, etc.
  7. Ökningen av prestationsvolymen (poängvolymen) med 14 % under perioden, har skett parallellt med en *stor ökning av personalvolymen*. Den faktiska personalvolymökningen då det gäller läkare och övrig vårdpersonal har bedömts varit i storleksordningen 20 – 25 % under perioden (PA-systemen medger tyvärr inte en direkt uppföljning).
  8. En viss del av personalvolymökningen torde även vara orsakad av en *ökad frånvaro*, bl.a. sjukfrånvaro.
  9. *Det ökade vårdutbudet* och ökningen av personalvolymen har i sin tur ökat konkurrensen om arbetskraften och därmed lönenivåerna.

#### Styrning och kontroll

Den expansiva utveckling som skett vid akutsjukhusen är inte resultatet av en önskad politisk inriktning. Tvärtom har en ökad andel primärvård åsyftats. Analysen/granskningen visar på att brist på styrning och kontroll samt bristande intresse för uppföljning, varit dominerande under den studerade perioden. Detta gäller såväl på central nivå som på sjukhusnivå.

För framtiden är det nödvändigt att *ägarstyrning och uppföljning gentemot sjukhusen* kan drivas på ett mer kraftfullt sätt än tidigare. *Uppföljning av självkostnader, jämförelser och produktivetsanalyser* måste, som en del i den demokratiska beslutsprocessen, kunna drivas med betydligt större ambitionsnivå, såväl på central nivå som inom sjukhusen.

Även mer specifika styr-/kontrollfrågor såsom *läkarplanering och planeringen av de s.k. ST-tjänsterna*, frågan om kontrollen över *prissättningen av medicinska servicetjänster* samt utveckling/tillämpning av DRG-systemet och självkostnadsredovisningarna och PA-systemen, behöver uppmärksammas.

#### Produktivitet vs kvalitet och effektivitet

Analysen/granskningen indikerar att en ganska betydande produktivetsförsämring ägt rum under perioden. Samtidigt är det viktigt att framhålla att granskningen inte tar ställning till frågorna om vårdens kvalitet och effektivitet. Det är dock inte osannolikt att en del av de underliggande kostnadsökningarna, kan sammanhålla med en medicinteknisk utveckling som delvis kan ha inneburit förbättringar av såväl kvalitet som givit positiva medicinska effekter för vissa patientgrupper.

Omvänt kan sägas att det sannolikt finns ett utrymme för effektiviseringar: Med personalvolymökningar på 20 –25 % samt en produktivitetsförsämring på uppskattningsvis c:a 7 % under perioden, torde det finnas ett inte obetydligt utrymme för effektiviseringar inom befintlig verksamhet (som alternativ/komplement till besparingar genom omstrukturering).