

Sjukhusens produktivitetsutveckling 2007-2008



2009-05-29

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	sidnummer
1. Sammanfattning.....	3
2. Bakgrund, uppdrag.....	8
3. Prestationer.....	9
4. Kostnader.....	14
5. Personal.....	25
6. Produktivitetsutveckling.....	29

Bilagor

1. Kostnader
2. Personal

Sjukhusens produktivitet utveckling 2007-2008

1. Sammanfattning

Perioden 2007-2008

Flera studier har tidigare gjorts om sjukhusens produktivitet utveckling för åren mellan 1998-2007. Bakgrunden till studierna var ett uppdrag från regionfullmäktige att utveckla metoder för att beskriva verksamheternas produktivitet utveckling på ett enhetligt sätt. Föreliggande studie visar hur sjukhusen utvecklats mellan 2007 och 2008. Studien utgår i princip från samma metoder som utvecklats tidigare, vilket innebär att det blir en kontinuitet när det gäller mätning av produktivitet utvecklingen för sjukhusen.

Föreliggande beräkning av produktivitet utvecklingen baserat på hur prestationer, kostnader och personal utvecklats vid regionens sjukhusgrupper för perioden 2007-2008 har tagits fram av en arbetsgrupp inom regionkansliet med representanter från ekonomiavdelningen, hälso- och sjukvårdsavdelningen och personalstrategiska avdelningen. Arbetet har utförts i samråd med sjukhusen med fortlöpande avstämningar.

Huvudsyftet med studien är, att på samma sätt som i föregående studier, visa utvecklingen för respektive sjukhus, inte att jämföra produktivitet mellan sjukhusen eller att analysera och beskriva de faktorer som påverkat utvecklingen. Sådana jämförelser och beskrivningar kan ske i särskilda analyser.

Produktivitet har beräknats som kostnaden för ett prestationsmått där olika prestationstyper inom öppen och slutenvård har vägts samman. Kostnaden har omvandlats till fasta priser. Som en viktig del i resursanvändningen ingår i studien beskrivning över utvecklingen av personal och personalkostnader under perioden.

Utvecklingen av produktivitet för sjukhusen mellan 2007 och 2008 redovisas i nedanstående tabell. Produktivitet definieras som kostnad per prestation.

Tabell 1:1

Kostnad per prestation	Procentuell förändring 2007-2008
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	1,7
NU-sjukvården	4,8
Södra Älvsborgs sjukhus	1,5
Skaraborgs sjukhus	1,0
Kungälv sjukhus	2,9
Alingsås lasarett	0,6
Frölunda specialistsjukhus	0,7
Totalt	2,1

Kostnad per prestation
Minus=förbättrad produktivitet
Plus=försämrad produktivitet

Tabellen visar att sjukhusens kostnader i fast pris per prestation ökade mellan 2007 och 2008, vilket innebär **en försämrad produktivitet** om 2,1 procent. Kostnaderna ökade med 3,5 procent medan prestationerna endast ökade med 1,4 procent. Samtliga sjukhus försämrade produktiviteten men utvecklingen varierar mellan sjukhusen. Nedan beskrivs översiktligt hur de komponenter (prestationer, kostnader och personal) utvecklats som förklarar utvecklingen.

- De **sammanvägda prestationerna ökade med 1,4 procent** under 2008. Prestationerna har dock utvecklats på olika sätt för sjukhusen.

Den *slutna vården* (exkl psykiatri) ingår i de sammanvägda prestationerna i form av DRG-poäng som svarar för drygt 60 procent av de totalt sammanvägda prestationerna. Antalet DRG-poäng (innefattar vårdtyngdsförändringar) ökade med 0,4 procent. Antalet vårdtillfällen minskade med 0,2 procent. Casemix index som är ett mått på vårdtyngden - hur mycket resurser det genomsnittliga vårdtillfället kräver - ökade med 0,3 procent. Med vårdtyngd menas endast i detta sammanhang hur mycket resurser som används.

Den *öppna vården* ökade under 2008. Besöken hos läkare och andra vårdgivare ökade med 2,3 procent. Hänsyn har inte tagits till eventuella vårdtyngdsförändringar avseende besöken inom den öppna vården. Dagkirurgin mätt som DRG-poäng ökade med 6,5 procent.

Inom den *psykiatriska slutenvården* ökade antalet vårdtillfällen med 1,9 procent. Den rättspsykiatriska vården ökade antalet vård dagar med 5,8 procent. Sammanvägt ökade därmed den psykiatriska vården med 2,2 procent. I detta mått har inte tagits hänsyn till eventuella vårdtyngdsförändringar på annat sätt än att rättspsykiatrins andel beaktats.

- Sjukhusens **kostnader** i fast pris var **3,5 procent** högre under 2008 än 2007. Kostnadsökningen motsvarar 710 mnkr. Personalkostnaderna inkl bemanningsföretag ökade i fasta priser med 330 mkr eller 2,4 procent. Övriga kostnader ökade i fasta priser med 380 mkr eller 6,0 procent.
- **Den utförda tiden** (inkl bemanningsföretag) ökade med **2,0 procent**. Prestationerna ökade med 1,4 procent medan den utförda tiden ökade med 2,0 procent, vilket innebär en ökad tidsåtgång per prestation.

Sammanfattningsvis visar den genomförda studien att **produktiviteten**, med det produktivitetsmått som använts, **försämrades med 2,1 procent under 2008**. Detta förklaras av att prestationerna ökade med 1,4 procent men kostnaderna ökade i ännu högre takt, med 3,5 procent.

Konflikten med Vårdförbundet under 2008 bedöms ha försämrat sjukhusens produktivitet och förklarar en viss del av produktivitetsförsämringen under 2008. Prestationsminskningen bedöms ha varit större än kostnadsminskningen och därmed har en produktivitetsminskning uppstått. Sannolikt har de mindre sjukhusen, Kungälv's sjukhus, Alingsås lasarett och Frölunda specialist-sjukhus försämrat sin produktivitet mer än de större sjukhusen till följd av konflikten.

NU-sjukvården har en relativt kraftig försämring av produktiviteten under 2008. En särskild analys har gjorts av sjukhusets kraftiga minskning av vårdtillfällen. Minskningen avser vårdtillfällen med korta vårdtider och sannolikt har sjukhuset missgynnats av detta eftersom det är vårdtillfällen inom varje DRG-grupp som är minst resurskrävande som minskar. Detta missgynnar sjukhuset eftersom det är den genomsnittliga DRG-vikten som minskar. Om hänsyn hade kunnat tas till detta hade produktivetsförsämringen för NU-sjukvården varit lägre än den redovisade.

Det är viktigt att notera att som mått på produktivitet har kostnaderna beräknats för ett sammanlagt prestationsmått som i viss mån fångar förskjutningar mot mer resurskrävande prestationer. Däremot tar metoden inte hänsyn till ökande kostnader till följd av medicinteknisk utveckling eller andra ökade krav. Sådana kostnader sänker produktiviteten med den använda metoden. I motsatt riktning verkar en kontinuerlig förbättrad registrering av prestationer vars storlek är svår att skatta men vars storlek sannolikt minskar år från år. Sammantaget påverkar dessa förhållanden i stort sett inte de trender som observerats. Även om det finns viss osäkerhet i de slutliga beräkningarna ger materialet en bra bild av hur sjukhusen utvecklas i förhållande till varandra.

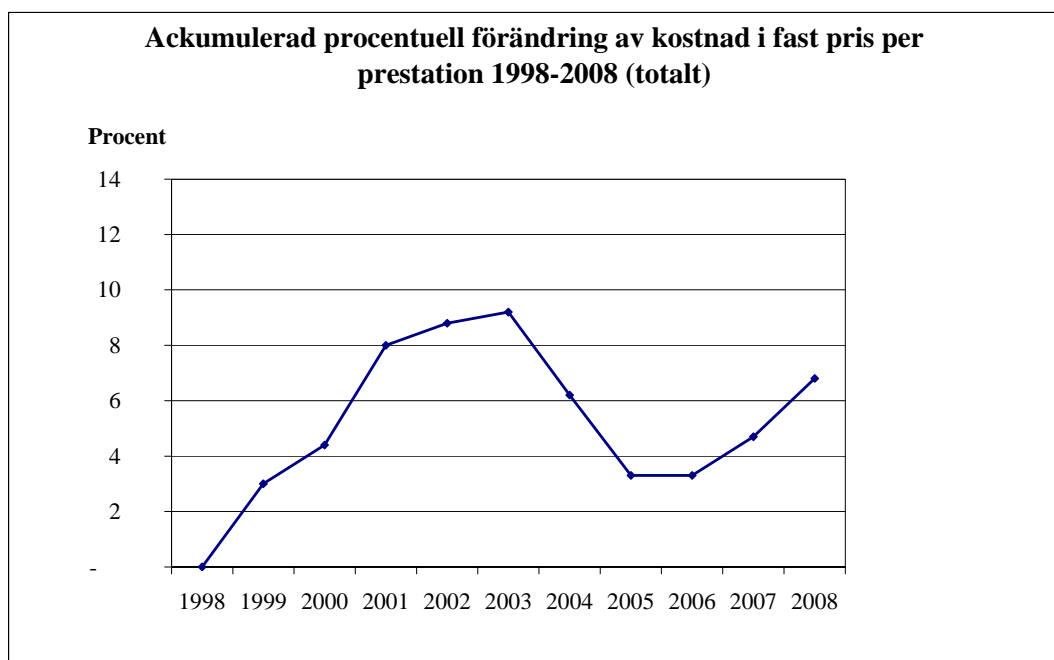
Perioden 1998-2007

Utvecklingen under femårsperioden 1998-2003 innebar en produktivetsförsämring om drygt 2 procent per år eller sammanlagt ca 11 procent. Försämringen härleddes i princip helt till att kostnaderna ökade medan produktionen var i stort sett oförändrad.

Utvecklingen under treårsperioden 2003-2006 innebar produktivetsförbättringar på sammanlagt ca 6 procent. Denna utveckling var omvänd mot den tidigare femårsperioden och hänfördes till att produktionen ökade och kostnaderna endast ökade marginellt i fasta priser.

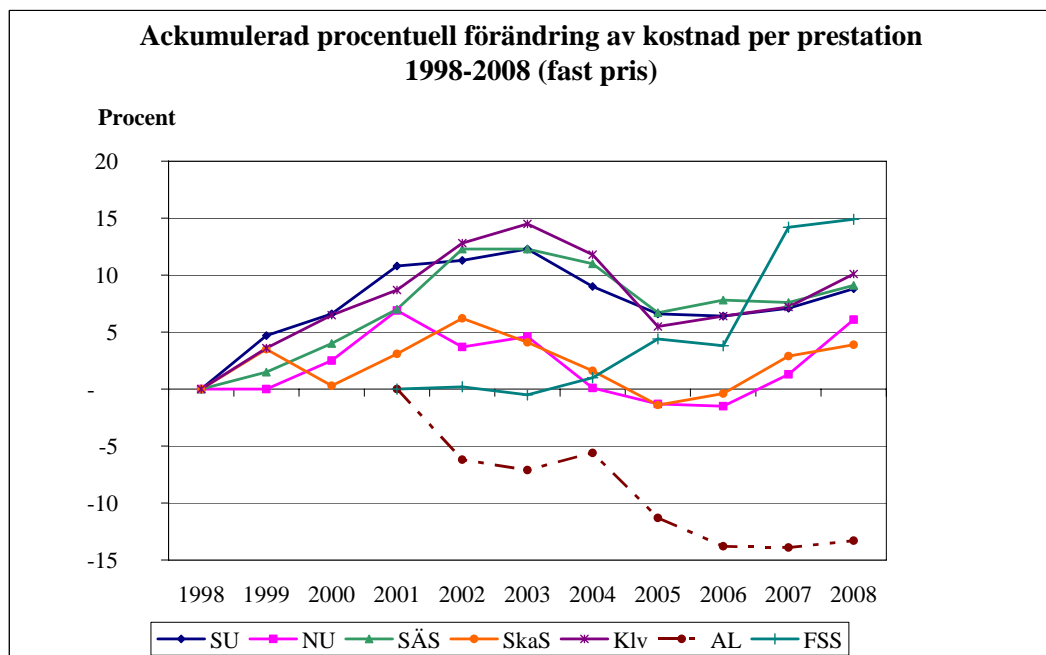
Under 2007 och 2008 försämrades dock produktiviteten med 1,4 respektive 2,1 procent, vilket härleddes till att kostnaderna ökade i en högre takt än under den föregående perioden samtidigt som prestationerna ökade i en lägre takt.

Nedanstående diagram visar utvecklingen under nioårsperioden 1999-2008 med 1998 som bas.



Figur 1:1

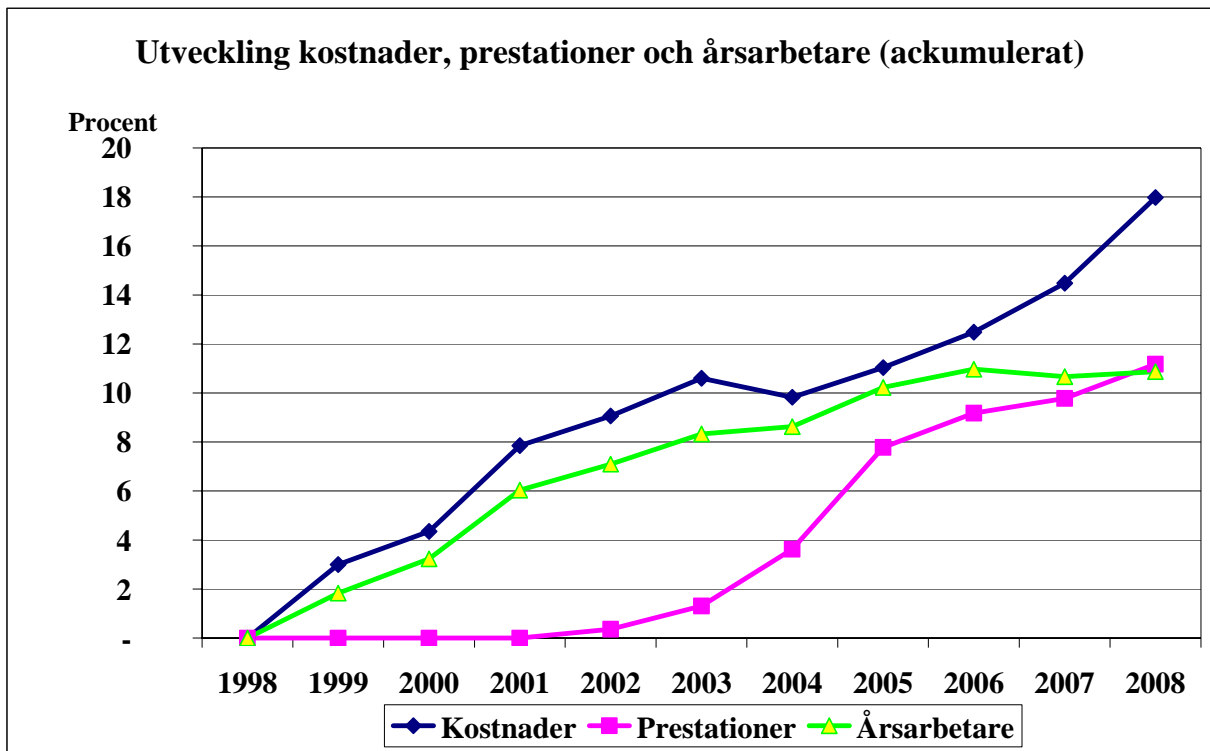
Ovan har beskrivits utvecklingen totalt för samtliga sjukhus. Utvecklingen varierar dock och i nedanstående diagram framgår produktivitetsutvecklingen för respektive sjukhus under tioårsperioden.



Figur 1:2

Utveckling kostnader, prestationer och årsarbetare 1998-2008

Nedanstående diagram visar hur kostnaderna, prestationerna och årsarbetarna utvecklats under tioårsperioden 1999-2008 med 1998 som bas totalt för samtliga sjukhus. Kostnadsförändringen avser utvecklingen i fasta priser när indexförändringar räknats bort. Prestationsförändringen avser de totala sammanvägda prestationerna i öppen- och slutenvård.



Figur 1:3

2. Bakgrund, uppdrag

Tidigare har studier genomförts för att beskriva sjukhusens produktivitet utveckling (1998-2001, 2001-2003, 2003-2004, 2004-2005 och 2006-2007). Bakgrunden var ett uppdrag från regionfullmäktige att utveckla metoder för att beskriva verksamheternas produktivitet utveckling på ett enhetligt sätt.

Ett nytt uppdrag har givits att beskriva sjukhusens produktivitet utveckling 2007-2008, dvs hur utvecklades produktiviteten under 2008. För att få en kontinuitet ska denna studie ske efter samma metoder som utvecklats i tidigare studier.

Följande arbetsgrupp från regionkansliet har tagit fram föreliggande rapport om sjukhusens produktivitet utveckling 2007-2008: Jan-Olof Johansson (sammanställande) och Lena Johansson från ekonomiavdelningen, Staffan Björck, Marianne Förars och Marcus Edenström från hälso- och sjukvårdsavdelningen samt Christina Ederström och Anders Öhman från personalstrategiska avdelningen.

I arbetet har deltagit representanter från respektive sjukhus: Peter Tellberg och Lisbeth G. Ericsson SU, Maud Lindgren NU, Emma Johansson SÄS, Åsa Ranbro Jansson SkaS, Mattias Olsson Ruppel Klv, Marie Hedmark AL och Lis Nilsson FSS. Samtliga underlag avseende prestationer, kostnader och personal har stämts av med sjukhusrepresentanterna.

Det uppdrag gruppen haft och som föreliggande rapport baseras på utgår från att:

- beskriva prestationernas förändring i relation till förändringen av kostnader och personal.
- göra en jämförelse avseende perioden 2007-2008, med 2007 som bas.
- beskriva utvecklingen per sjukhus/sjukhusgrupp. Någon djupare analys av de faktorer som påverkat utvecklingen kommer inte att ske inom ramen för detta uppdrag.
- bedriva arbetet i samråd med sjukhusen med fortlöpande avstämningar.
- baseras på sjukhusens idag tillgängliga uppgifter om prestationer, personal och ekonomi.

Huvudsyftet är att beskriva produktivitet utvecklingen under perioden efter samma metoder som i föregående studier i syfte att få en kontinuitet i mätningen av sjukhusens produktivitet utveckling. Det är den totala produktionen per sjukhus som ska mätas oavsett om patienterna kommer från Västra Götalands län eller andra län och oavsett hur beställning och ersättning av sjukvård har skett genom grundavtal eller tilläggsbeställningar.

<i>Produktivitet</i> definieras som kostnad per prestation.

Det är med denna definition som utgångspunkt denna rapport tagits fram. Däremot ingår inte beskrivningar eller bedömningar över vilka effekter produktionen givit, dvs *effektiviteten* av utförda prestationer.

3. Prestationer

Sjukhusens prestationer baseras på de uppgifter som sjukhusen rapporterat i form av individdata i databaser. Hämtningen av data har gjorts mars 2009 för både 2007 och 2008 års data för att få högsta aktualitet. Metodiken och sökkriterierna har varit identiska för båda åren. De data som ges i denna rapport överensstämmer inte fullständigt med de siffror som kan härledas från ordinarie redovisningar i årsredovisningarna, vilket beror på tidpunkten för datainhämtning men i högre grad på de justeringar som görs för att få jämförbarhet mellan åren och mellan sjukhusen.

De prestationer som beskrivs är vårdåtgärder mot enskilda patienter.

Sluten vård

Vårdtillfällen:

Mellan 2007 och 2008 har slutenvårdprestationer redovisats på ett likartat sätt från sjukhusen till den regionala vårddatabasen. Sjukhusen redovisar nu sjukhusvårdtillfällen, där förflyttningar av en patient mellan kliniker, även till geriatrik, redovisas som ett enda vårdtillfälle. DRG-gruppering har gjorts i Nord-DRG 2008 med 2008 års viktlista av såväl öppen som sluten vård. De vårdtillfällen som saknar DRG-vikt därför att de saknar diagnos eller har ej grupperbara diagnoser har givits en genomsnittlig vikt för vårdtillfällen för respektive sjukhus. För barn under första levnadsåret har i vissa fall befintlig DRG-vikt i Vega accepterats. Det gäller där ålder i dagar ej redovisats, vilket omöjliggör omgruppering. Köpt vård har exkluderats.

För beskrivning av DRG-viktsumma som prestationsmått hänvisas till tidigare rapporter i denna serie.

Tabell 3:1

Slutenvårdsprestationer

		2007	2008	Procentuell förändring 07-08
SU	Vårdtillfällen, somatiska	105 722	108 772	2,9
	DRG-poäng	126 448	129 253	2,2
	Casemix	1,196	1,188	-0,6
	Vårdtillfällen, psykiatriska	6 532	6 349	-2,8
	Vård dagar, rättspsykiatri	25 353	27 522	8,6
NU	Vårdtillfällen, somatiska	40 148	37 112	-7,6
	DRG-poäng	39 568	38 032	-3,9
	Casemix	0,986	1,025	4,0
	Vårdtillfällen, psykiatriska	2 893	3 016	4,3
	Vård dagar, rättspsykiatri	17 516	16 777	-4,2
SÄS	Vårdtillfällen, somatiska	29 121	29 459	1,2
	DRG-poäng	29 248	28 812	-1,5
	Casemix	1,004	0,978	-2,6
	Vårdtillfällen, psykiatriska	1 493	1 688	13,1
SkaS	Vårdtillfällen, somatiska	37 274	37 656	1,0
	DRG-poäng	36 770	36 991	0,6
	Casemix	0,986	0,982	-0,4
	Vårdtillfällen, psykiatriska	1 898	1 971	3,8
	Vård dagar, rättspsykiatri	8 257	9 803	18,7
Klv	Vårdtillfällen, somatiska	10 243	10 063	-1,8
	DRG-poäng	10 341	10 352	0,1
	Casemix	1,010	1,029	1,9
	Vårdtillfällen, psykiatriska	811	862	6,3
AL	Vårdtillfällen, somatiska	6 594	6 418	-2,7
	DRG-poäng	6 913	6 935	0,3
	Casemix	1,048	1,081	3,1
FSS	Vårdtillfällen, somatiska	794	765	-3,7
	DRG-poäng	1 040	1 058	1,7
	Casemix	1,310	1,383	5,6
Totalt	Vårdtillfällen, somatiska	229 896	230 245	0,2
	DRG-poäng	250 326	251 432	0,4
	Casemix	1,089	1,092	0,3
	Vårdtillfällen, psykiatriska	13 627	13 886	1,9
	Vård dagar, rättspsykiatri	51 126	54 102	5,8

Öppenvård

Läkarbesök och övriga besök

Dessa uppgifter hämtas från den regionala vårddatabasen men vissa korrekationer har gjorts. Inskrivningsbesök ingår inte som en prestation. De besök som kunnat klassificeras som dagkirurgi har brutits ut och redovisas separat nedan. De övriga besöken har delats upp på respektive personalkategori och granskats av de deltagande sjukhusen.

Dagkirurgi

Dagkirurgiska ingrepp har på samma sätt som tidigare identifierats i den regionala vårddatabasen. Läkarbesök med minst en åtgärdskod har grupperats i Nord-DRG-O för båda åren och viktlista 2008 har använts. DRG-grupper från 003O till 720O och 825O och 826O. Det inkluderar framförallt traditionell dagkirurgi, endoskopier samt vissa kirurgiska ingrepp i huden. Alla DRG-grupper har genomskotts för att identifiera grupper där det finns en oproportionerlig ökning av prestationer tydande på ändringar i registreringspraxis. Ett litet antal dialysbehandlingar har exkluderats eftersom de skall registreras som sjuksköterskebesök. Enstaka orimliga grupper har exkluderats såsom stora transplantationer i öppen vård. Alla besök som exkluderats hänförs till vanliga läkarbesök och eventuella förändringar fångas där. Detta förfarande med urval gör att den absoluta nivån inte är jämförbar med föregående års rapport..

Resultat redovisas i tabellerna nedan.

Tabell 3:2

Öppenvårdsprestationer

		2007	2008	Procentuell förändring 07-08
SU	Läkarbesök	559 380	560 849	0,3
	Övriga besök	721 685	744 692	3,2
	DRG-poäng, dagkirurgi	6 401	6 599	3,1
	Casemix, dagkirurgi	0,166	0,166	-0,2
NU	Läkarbesök	206 529	214 253	3,7
	Övriga besök	205 731	211 108	2,6
	DRG-poäng, dagkirurgi	3 649	4 082	11,8
	Casemix, dagkirurgi	0,145	0,150	3,8
SÄS	Läkarbesök	163 921	163 762	-0,1
	Övriga besök	207 830	219 636	5,7
	DRG-poäng, dagkirurgi	2 085	2 299	10,3
	Casemix, dagkirurgi	0,149	0,151	1,7
SkaS	Läkarbesök	186 175	186 909	0,4
	Övriga besök	177 229	178 114	0,5
	DRG-poäng, dagkirurgi	3 195	3 396	6,3
	Casemix, dagkirurgi	0,155	0,150	-3,2
KS	Läkarbesök	37 992	38 930	2,5
	Övriga besök	34 613	37 257	7,6
	DRG-poäng, dagkirurgi	626	676	8,0

	Casemix, dagkirurgi	0,184	0,185	0,8
ALS	Läkarbesök	42 298	41 246	-2,5
	Övriga besök	20 127	22 649	12,5
	DRG-poäng, dagkirurgi	764	755	-1,2
	Casemix, dagkirurgi	0,182	0,185	1,7
FSS	Läkarbesök	35 436	38 370	8,3
	Övriga besök	28 261	28 861	2,1
	DRG-poäng, dagkirurgi	1 078	1 149	6,6
	Casemix, dagkirurgi	0,131	0,130	-0,9
Summa	Läkarbesök	1 231 731	1 244 319	1,0
	Övriga besök	1 395 476	1 442 317	3,4
	DRG-poäng, dagkirurgi	17 798	18 955	6,5
	Casemix, dagkirurgi	0,159	0,159	0,0

Kommentarer till utvecklingen av prestationer

Totalt sett är slutenvården relativt oförändrad mätt som DRG-poäng och antal vårdtillfällen. De olika sjukhusen skiljer sig åt i utvecklingen. NU-sjukvården har en betydande minskning av slutenvårdsproduktionen. Denna minskning har varit föremål för en särskild analys med anledning av en minskning mellan 2006 och 2007. Denna analys visade att minskningen helt förklarades av en minskning av vårdtillfällen med kort vårdtid, framförallt inom internmedicin. Detta har sannolikt missgynnat NU-sjukvården i en produktivitetjämförelse av denna typ eftersom det är de vårdtillfällen inom varje DRG-grupp som är minst resurskrävande som minskar. Det är så att säga - mindre resurskrävande vårdtillfällen inom en DRG-grupp som tas bort men i statistiken försvinner hela DRG-poängen som ju representerar den genomsnittliga resursåtgången för den DRG-gruppen. Det påverkar dock inte bedömningen att NU-sjukvården har en påtaglig minskning av slutenvårdsproduktionen men som sannolikt är lägre än den redovisade. Liksom tidigare år ökar den dagkirurgiska produktionen. Den rättspsykiatriska vården har ökat påtagligt.

Sammanvägning av prestationer

I likhet med tidigare rapporter har vi använt ett sammanvägt prestationsmått för att ställas mot använda resurser i form av personal och kostnader. Som utgångspunkt har valts prestationen DRG-poäng.

Utgångspunkt för sammanvägning av prestationerna har varit de relativa vikterna för respektive prestationstyp som använts i föregående rapport som baseras på redovisade prestationer och ersättningar till sjukhusen för inomlänsvård. De vikter som använts är att 20,63 öppenvårdsbesök, 0,37 psykiatriska vårdtillfällen och 9,77 rättspsykiatriska vårddagar motsvarar en DRG-poäng. Det kan finnas skäl att förändra viktningen men vi har valt att använda identisk metodik jämfört med föregående rapport vilket ger god jämförbarhet med den tidigare rapporten. Även relativt stora förändringar av viktningen skulle dock bara kunna påverka slutresultatet marginellt förutsatt att samma vikter används för båda åren. Arbetsgruppen har som tidigare valt att inte tillämpa individuell viktning för sjukhusen, främst på grund av metodproblem med otillräckliga beskrivningssystem för den öppna vården.

Liksom i föregående rapport har vi inte tillämpat en schablonmässig ökning av öppenvården till den del som inte DRG-grupperats. Behovet av sådana osäkra korrekationer har ytterligare minskat på grund av att allt mer av produktionen är inom det DRG-grupperade området.

Tabell 3:3

Sammanvägda prestationer

	2007	2008	Procentuell förändring 07-08
SU	215 195	219 112	1,8
NU	72 812	72 601	-0,3
SÄS	53 388	54 258	1,6
SkaS	63 555	64 411	1,3
Klv	16 678	17 051	2,2
AL	10 703	10 786	0,8
FSS	5 205	5 465	5,0
totalt	437 536	443 683	1,4

Tabell 3:4

Sammanvägda prestationer uppdelat på prestationstyp

	Prestationer		Omvandlade till DRG-poäng		Procentuell förändring 07-08
Sluten vård, DRG	250 326	251 432	250 326	251 432	0,4
Öppen vård, besök	2 627 207	2 686 636	127 349	130 230	2,3
Dagkirurgi, DRG	17 798	18 955	17 798	18 955	6,5
Psykiatri, vårdtillfällen	13 627	13 886	36 830	37 530	1,9
Rättspsykiatri, vård dagar	51 126	54 102	5 233	5 538	5,8
Summa	2 960 085	3 025 011	437 536	443 683	1,4

4. Kostnader

Metodbeskrivning

Sjukhusens inlämnade årsredovisningar ligger i likhet med tidigare produktivetsstudier som grund vid jämförelsen av kostnadsutvecklingen vid regionens sjukhus mellan 2007-2008.

Liksom vid tidigare produktivetsstudier har även hänsyn tagits till intäkterna. Detta eftersom kostnadsutvecklingen inte ska påverkas av ökade kostnader beroende på att sjukhusen ökat sin försäljning av tjänster, till exempel laboratorieprover och röntgenundersökningar. Dessa intäkter förutsätts i huvudsak motsvaras av samma kostnader. Från sjukhusens totala kostnader har eliminerats kostnaderna och intäkter för köpt och såld vård. Förutom dessa justeringar har också hänsyn tagits till organisatoriska förändringar som påverkat kostnader och intäkter. Under arbetets gång har underlaget stämts av med och kompletterats av sjukhusen. Justeringarna per sjukhus framgår av bilaga 1.

Efter ovanstående justeringar har kostnadsnivån beräknats i fast pris (2008 års kostnadsnivå). För att komma upp i den nivån har både kostnader och intäkter räknats upp med index. För uppräknningen har Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) vägda index för löne- och prisförändringar på 2,8 procent använts. För de interna hyrorna har dock en justering skett i enlighet med regionens fastighetsindex för 2008 på 0,6 procent.

I de produktivetsrapporter som tagits fram har SKL:s index använts för att omräkna kostnaderna till fast pris. Det förutsätts att detta index stämmer för utvecklingen inom Västra Götalandsregionen. Om regionens löne- och prisutveckling avviker från det centrala indexet innebär det att kostnadsutvecklingen (inklusive personalkostnadsutveckling) och produktivetsutvecklingen är annorlunda än den beräknade i produktivetsstudierna. Totalt sett över de studier som genomförts är sannolikt de index som använts relevanta. För de enskilda sjukhusen kan det dock finnas vissa variationer.

Resultat

Av nedanstående tabell framgår kostnadsutvecklingen per sjukhus (mnkr) 2007-2008.

Tabell 4:1

Nettokostnad fast pris (mnkr)	2007	2008	% förändring
SU	10 204,0	10 562,0	3,5
NU	3 407,0	3 559,5	4,5
SÄS	2 542,7	2 622,3	3,1
SkaS	2 959,0	3 028,4	2,3
Klv	746,5	785,2	5,2
AL	396,8	402,2	1,4
FSS	165,8	175,3	5,7
Summa fast pris	20 421,7	21 134,9	3,5

Av tabellen framgår att sjukhusens kostnader totalt har ökat med 3,5 procent mellan 2007 och 2008, eller 710 mnkr. Kostnaderna har ökat vid samtliga sjukhus.

Kostnadsutvecklingen mellan åren består av ökade kostnader och minskade intäkter för samtliga sjukhus med undantag av SkaS och FSS som haft både ökade kostnader och intäkter. Flera sjukhus har fått ökade uppdrag under år 2008 bland annat för att öka tillgängligheten.

För att kunna jämföra personalkostnaderna med personalutvecklingen under 2007-2008 särredovisas **personalkostnaderna** för respektive sjukhus. På samma sätt som för totala kostnaderna och intäkterna har avstämning under hand skett med sjukhusen. Gjorda justeringar framgår av bilaga 1. Personalkostnaderna har räknats om till fast pris (2008). Sveriges Kommuner och Landstings index för löner och sociala avgifter på 3,3 procent har använts vid indexuppräknningen.

Av nedanstående tabell framgår utvecklingen av personalkostnaderna per sjukhus (mnkr) 2007-2008 och utvecklingen av kostnaderna för bemanningsföretag.

Tabell 4:2

Personalkostnad fast pris (mnkr)	2007	2008	% förändring
SU	7 047,2	7 198,8	2,2
NU	2 315,3	2 323,9	0,4
SÄS	1 733,4	1 754,8	1,2
SkaS	1 902,9	1 931,7	1,5
Klv	523,9	546,0	4,2
AL	258,4	268,0	3,7
FSS	96,6	102,4	6,0
Totalt	13 877,8	14 125,6	1,8
Bemanningsföretag i fast pris (mnkr)			
SU	75,3	87,1	15,6
NU	48,8	88,6	81,7
SÄS	28,9	40,7	40,8
SkaS	33,0	49,8	51,2
Klv	7,0	10,2	46,0
AL	3,8	4,0	5,0
FSS	2,1	3,4	63,7
Totalt	198,9	283,8	42,7
Personalkostnad inkl. bemanningsföretag			
SU	7 122,6	7 285,9	2,3
NU	2 364,1	2 412,5	2,0
SÄS	1 762,3	1 795,5	1,9
SkaS	1 935,9	1 981,6	2,4
Klv	530,9	556,2	4,8
AL	262,2	272,0	3,8
FSS	98,7	105,8	7,2
Totalt	14 076,7	14 409,5	2,4
Andel bemannings- företag av total %	1,4	2,0	

Övriga kostnader exkl. bemanningsföretag fast pris (mnkr)	2007	2008	% förändring
SU	3 081,4	3 276,1	6,3
NU	1 042,9	1 147,0	10,0
SÄS	780,4	826,8	5,9
SkaS	1 023,1	1 046,8	2,3
Klv	215,6	229,0	6,2
AL	134,6	130,2	-3,3
FSS	67,0	69,5	3,6
Totalt fast pris	6 345,1	6 725,4	6,0

Personalkostnadernas inklusive bemanningsföretag andel av totala kostnaden i löpande pris uppgick 2007 till 68,5 procent medan de under 2008 uppgick till 68,2 procent. Anledningen till att personalkostnadsandelen minskade är att personalkostnaderna inte ökat i samma omfattning som övriga kostnader. Däremot är indexutvecklingen 2008 högre för personalkostnaderna än för övriga kostnader. Den lägre indexutvecklingen för övriga kostnader beror till stor del på att läkemedelskostnadernas indexutveckling enligt SKL är negativ. Sjukhusen hade en hög kostnadsökning för läkemedel som inte beror på indexutvecklingen utan hänförs till volymökning och övergång till dyrare läkemedel.

Av ovanstående tabeller framgår att personalkostnaderna exklusive bemanningsföretag har ökat med 1,8 procent och inklusive bemanningsföretag med 2,4 procent eller 250 mnkr respektive 330 mnkr. Samtliga sjukhus har haft ökade personalkostnader mellan åren.

Jämfört med den totala personalkostnaden har andelen kostnader för bemanningsföretag ökat från 1,4 till 2,0 procent. Totalt för sjukhusen ökade kostnaderna för bemanningsföretag med 43 procent mellan åren eller 85 mnkr.

De ökade personalkostnaderna och framförallt de ökade kostnaderna för bemanningsföretag förklaras främst av de ökade satsningarna som gjorts för att klara den nationella vårdgarantin.

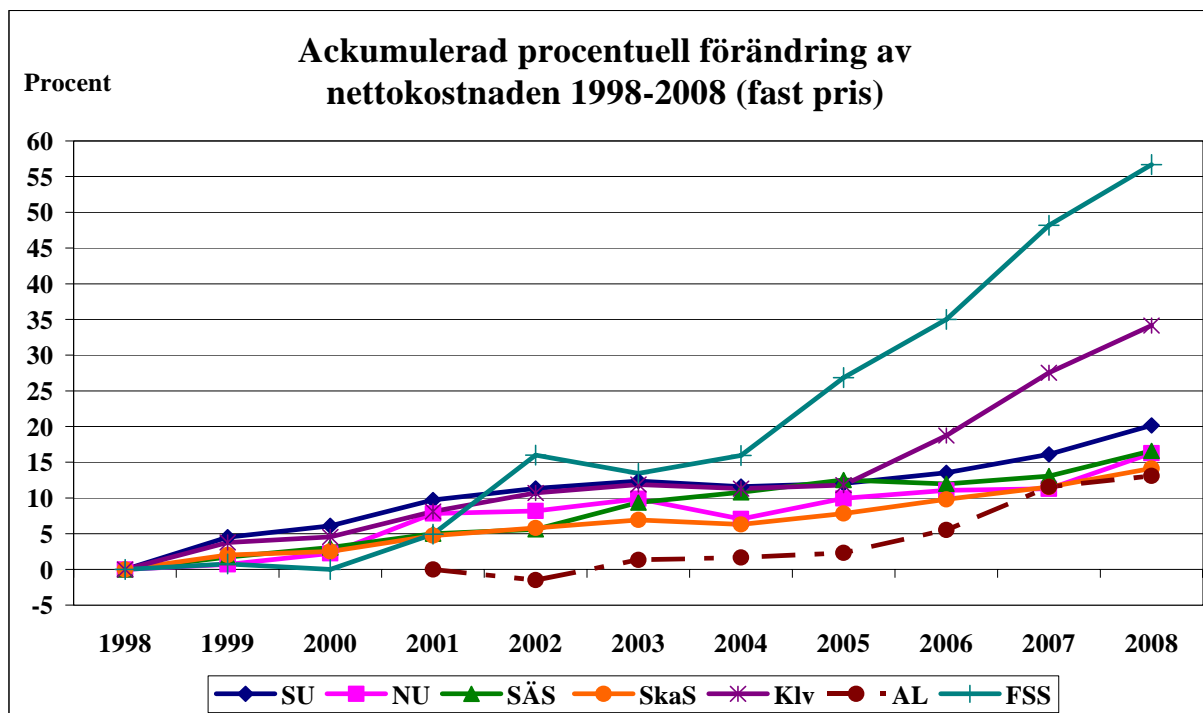
Totalt ökade övriga kostnader med 380 mnkr eller 6,0 procent främst beroende på ökade kostnader för material och tjänster i samband med en ökad vårdproduktion samt ökade kostnader för läkemedel. Samtliga sjukhus med undantag av Alingsås lasarett har haft ökade övriga kostnader. Den största ökningen av övriga kostnader (i kronor räknat) har skett inom SU medan NU-sjukvården har haft den största procentuella ökningen med 10,0 procent.

Jämförelse av kostnadsutvecklingen med tidigare produktivetsstudier

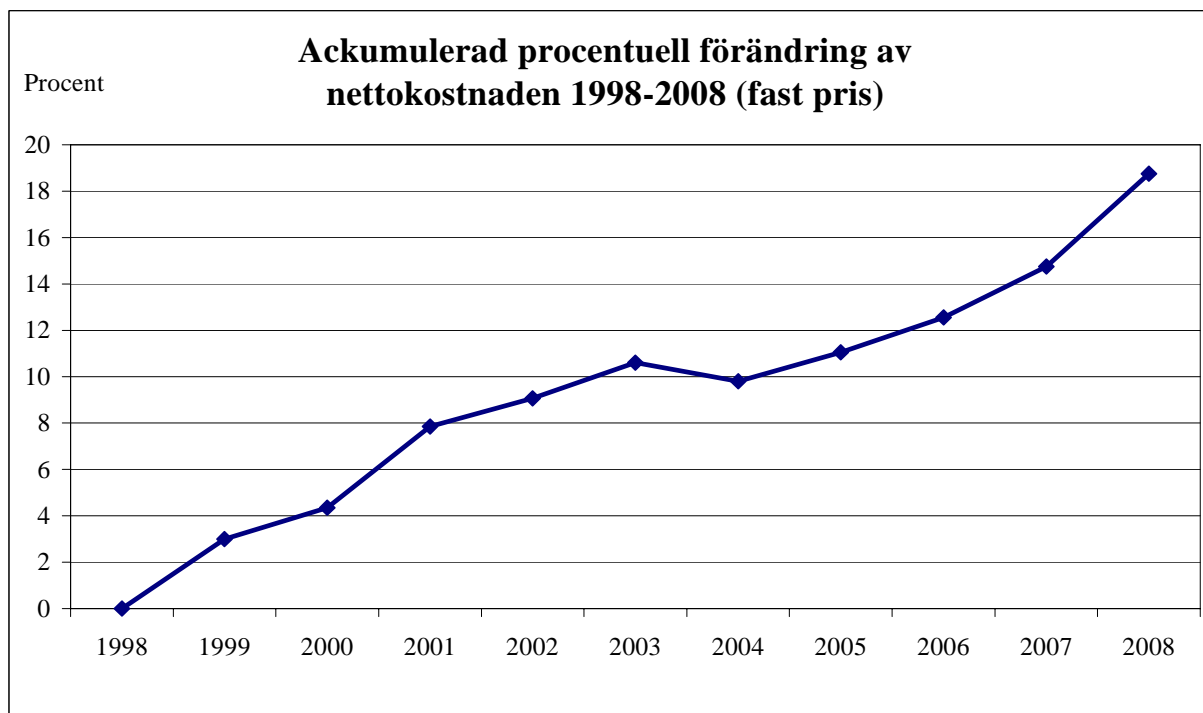
Jämförelse 1998-2008

Sjukhusens utveckling skiljer inte bara mellan varandra utan också över tid. De procentuella förändringarna i denna rapport jämfört med tidigare rapporter avseende 1998-2001, 2001-2003, 2003-2004, 2004-2005 och 2006-2007 visas nedan. I den första rapporten redovisades Alingsås lasarett under SÄS medan de båda sjukhusen numera redovisas separat.

Diagrammen nedan visar den ackumulerade procentuella förändringen av kostnaderna dels per sjukhus dels för sjukhusen totalt 1998-2008.



Figur 4:1

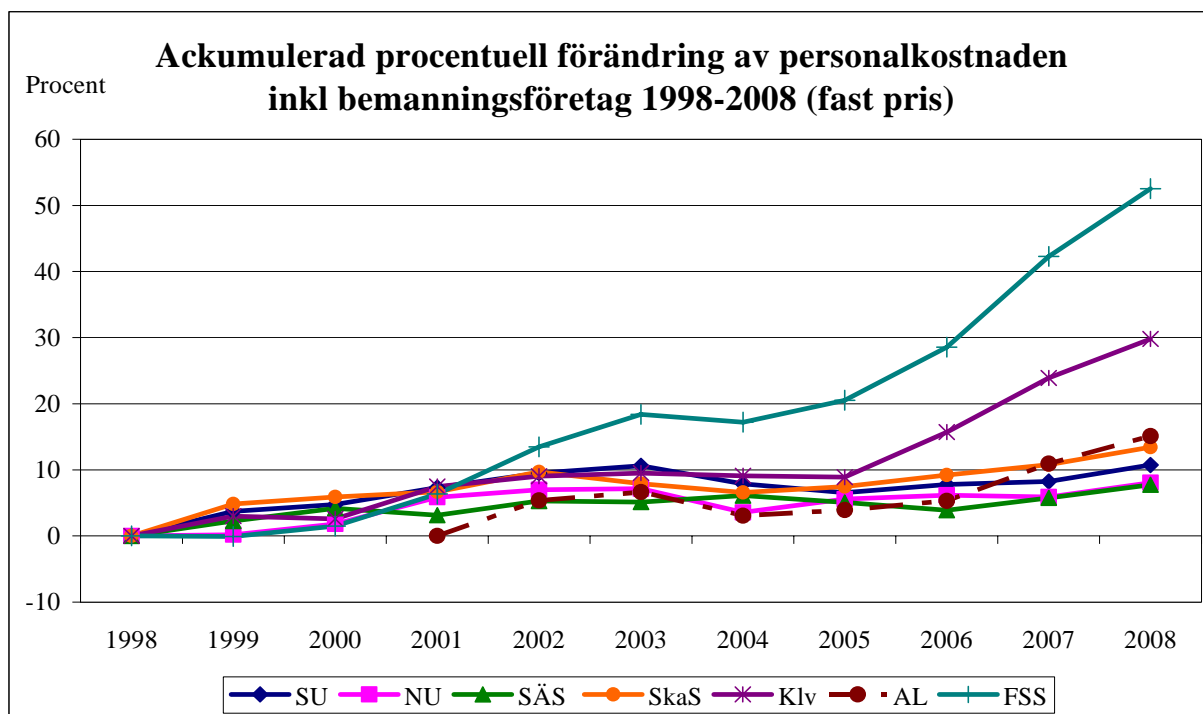


Figur 4:2

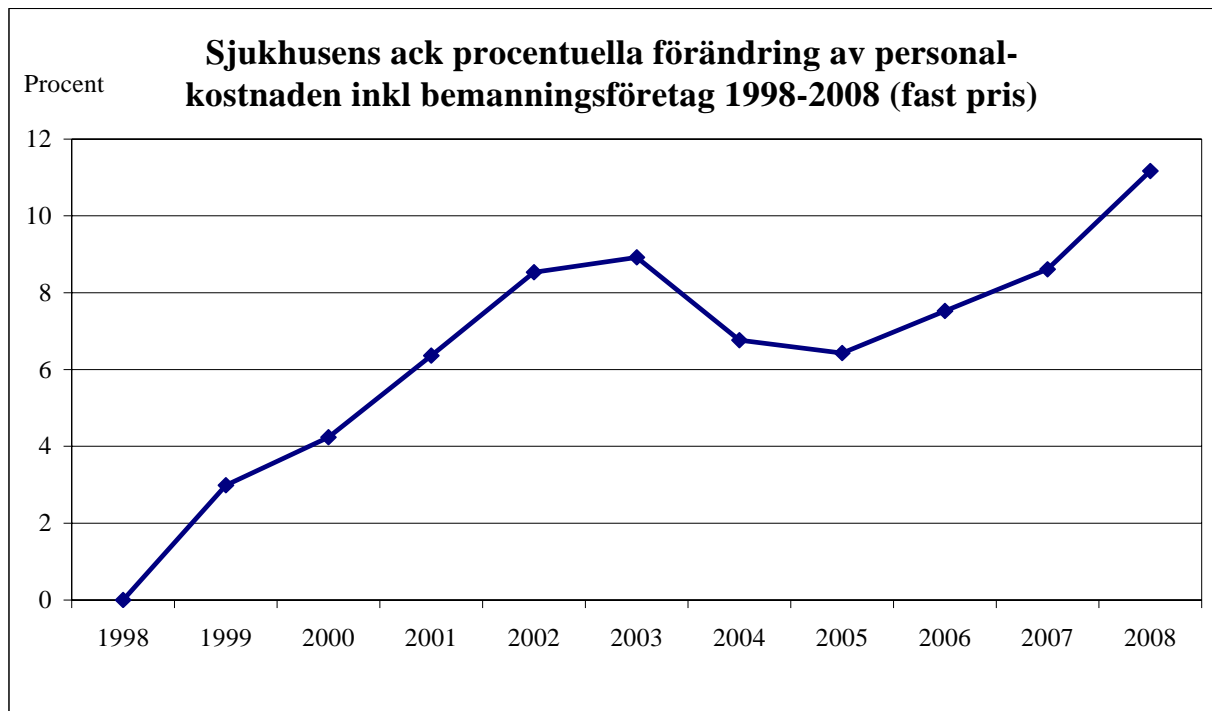
Totalt för sjukhusen har kostnaderna ökat med 18,8 procent mellan 1998 och 2008. De största kostnadsökningarna skedde mellan 1998/1999, 2000/2001 och 2007/2008. Generellt för sjukhusen gäller att kostnadsökningstakten minskat något från 2001 och fram till 2004 då kostnadskur-

van bröts och en kostnadsminskning skedde med 0,7 procent för att återigen öka med drygt 1 procent per år mellan 2004/2006 och med två procent mellan 2006/2007 för att nu öka med 3,5 procent. Kostnaderna för Frölunda specialistsjukhus ökade kraftigt mellan 2001/2002, 2004/2005 och 2005/2006. Detta beroende på en utökad verksamhet, vilket också visar sig genom ökade personalkostnader, ökat antal anställda och fler utförda prestationer. Under 2007 hade FSS en utökad verksamhet som också visade sig i ökade personalkostnader medan antalet sammanvägda prestationer minskade något. Prestationsminskningen berodde bland annat på vakanser, långtids-sjukskrivningar och en ökad andel nybesök vilka tar längre tid och är mer kostsamma. Mellan 2007 och 2008 har nettokostnaden ökat med 5,7 procent men sjukhuset har också haft en kraftig ökning av produktionen med 5,0 procent.

Nedanstående diagram beskriver den ackumulerade procentuella förändringen av personalkostnaderna inklusive bemanningsföretag dels per sjukhus dels för sjukhusen totalt 1998-2008.



Figur 4:3



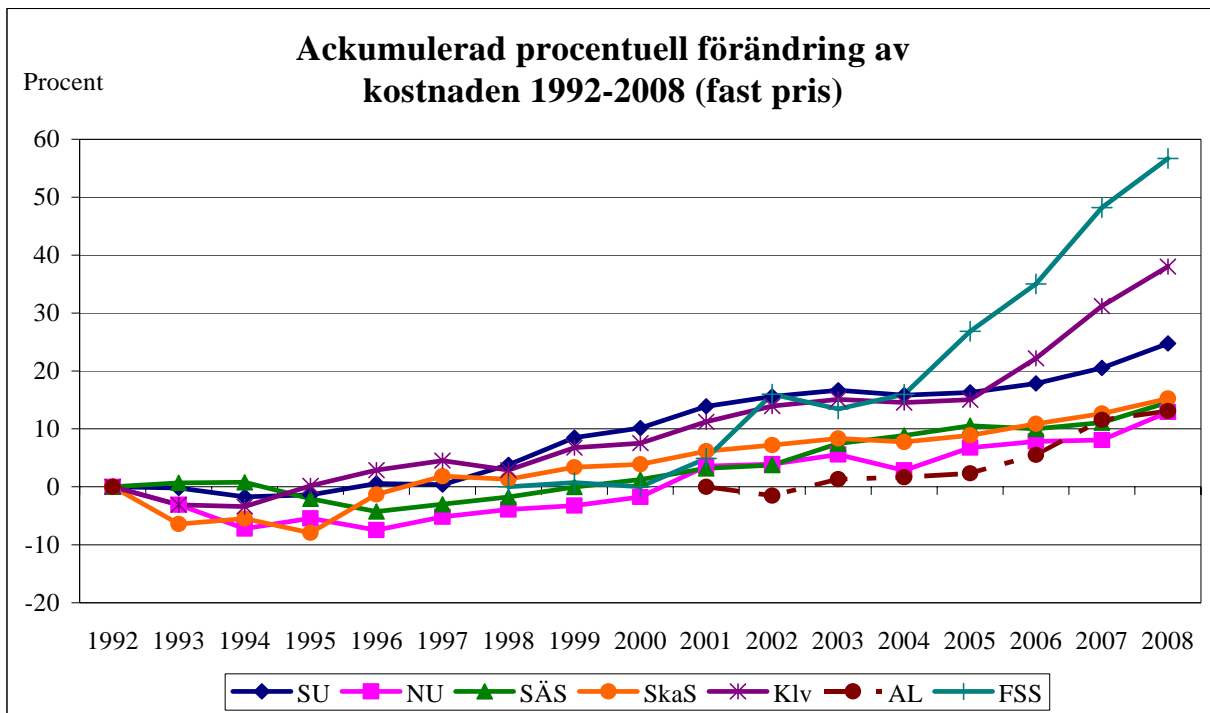
Figur 4:4

Sjukhusens totala personalkostnad inklusive bemanningsföretag har under perioden 1998-2008 ökat med 11,2 procent. Kostnaderna har ökat med cirka 2 procent per år fram till 2002/2003 då ökningstakten minskade och uppgick till 0,4 procent. Mellan åren 2003/2004 bröts dock den stigande kostnadskurvan och personalkostnaderna minskade med ca 2 procent. Även mellan 2004/2005 fortsatte personalkostnaderna att minska om dock i lägre omfattning, 0,3 procent. Mellan åren 2005/2006 och 2006/2007 konstateras åter igen en ökning av personalkostnaderna med cirka 1 procent per år för att mellan 2007/2008 öka med drygt 2 procent.

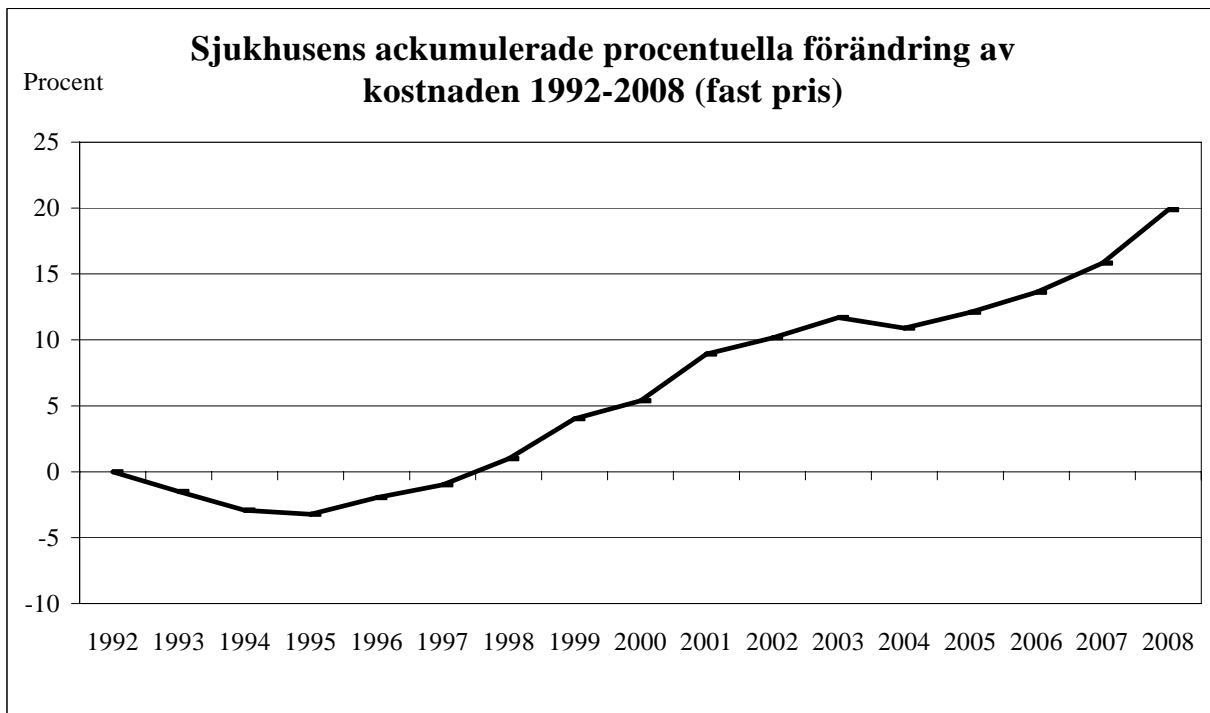
Jämförelse 1992-2008

De tidigare produktivetsstudierna 1998-2001, 2001-2003, 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006 och 2006-2007 samt denna studie är gjorda på samma sätt. Tidigare har en produktivetsstudie "Kostnads- och prestationsutvecklingen vid regionens sjukhus 1992-1998" gjorts men med en annan metod. I nedanstående diagram har en sammanställning gjorts av sjukhusens kostnadsutveckling (procentuella förändringar) för åren 1992-2008, vilket är möjligt att göra på ett enhetligt sätt. I produktivetsstudierna finns Frölunda specialistsjukhus med från 1998 och Alingsås lasarett från 2001 (redovisades tidigare under SÄS).

Av nedanstående diagram framgår den ackumulerade procentuella förändringen av kostnaden 1992-2008 dels per sjukhus, dels för sjukhusen totalt.



Figur 4:5



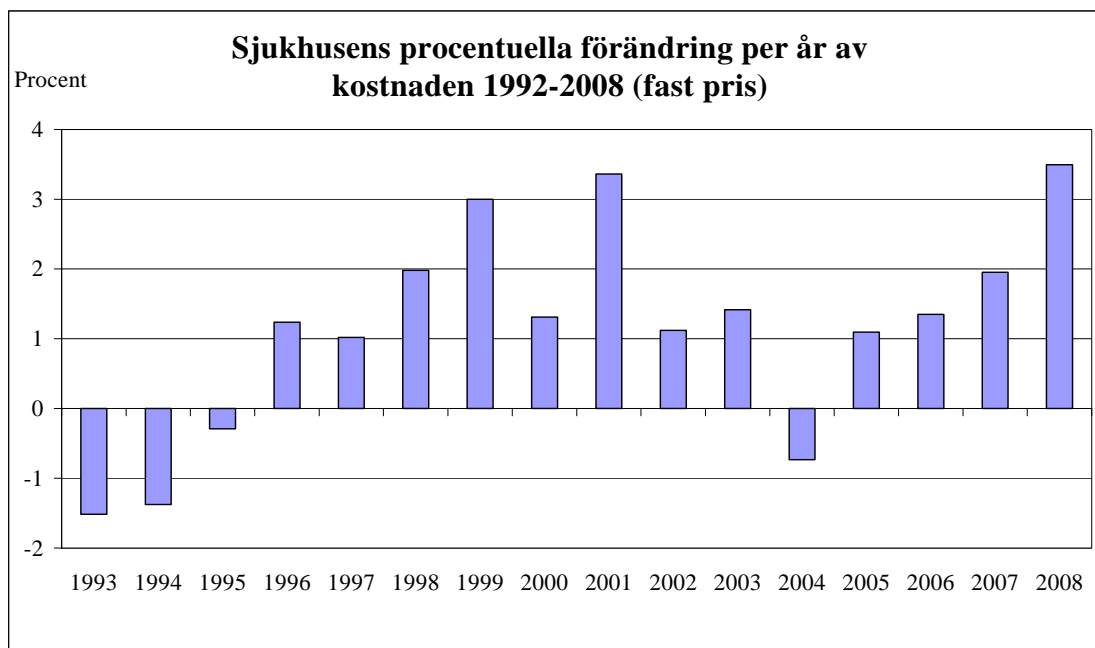
Figur 4:6

I tidigare produktivetsrapporter konstateras bland annat: För att göra jämförelser över tiden för respektive sjukhus är det viktigt att även beakta att sjukhusens utveckling inte bara skiljer mellan

varandra utan även varierar över tiden. Till exempel SkaS kostnadsutvecklingskurva visar tydligt att något händer år 1995. Vid denna tidpunkt sker en omorganisation och SkaS bildas. Liknande fenomen med kostnadsökning kan vi läsa av för NU-sjukvården och SU. NU-sjukvården bildades 1996 med en gemensam organisation för Uddevalla sjukhus och NÄL och under 2001 pågick ett arbete inom sjukhuset med omstrukturering av verksamheten till mer självständiga sjukhusenheter. SU bildades 1997 genom en sammanslagning av Sahlgrenska sjukhuset, Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus. SU:s bildande har troligen haft effekt även på Kungälv's kostnadsutveckling mellan 1997 och 1998. Vid denna tidpunkt diskuterades Kungälv's sjukhus roll vid sidan av det ”stora sjukhuset”.

Ökningstakten av kostnadskurvan för sjukhusen totalt har dock från och med 2001 bromsats upp något till att från och med 2003/2004 ha brutits genom minskade kostnader med 0,7 procent för att öka igen mellan 2004/2005 och 2005/2006 med cirka 1 procent per år, bland annat på grund av satsningarna för att klara vårdgarantin. Från 2006/2007 har dock ökningstakten stigit till 2,0 procent för att öka ytterligare 2007/2008 med 3,5 procent.

Av nedanstående diagram framgår den procentuella förändringen av kostnaden 1992-2008 per år för sjukhusen totalt.



Figur 4:7

Kostnadsutvecklingen 2004-2008

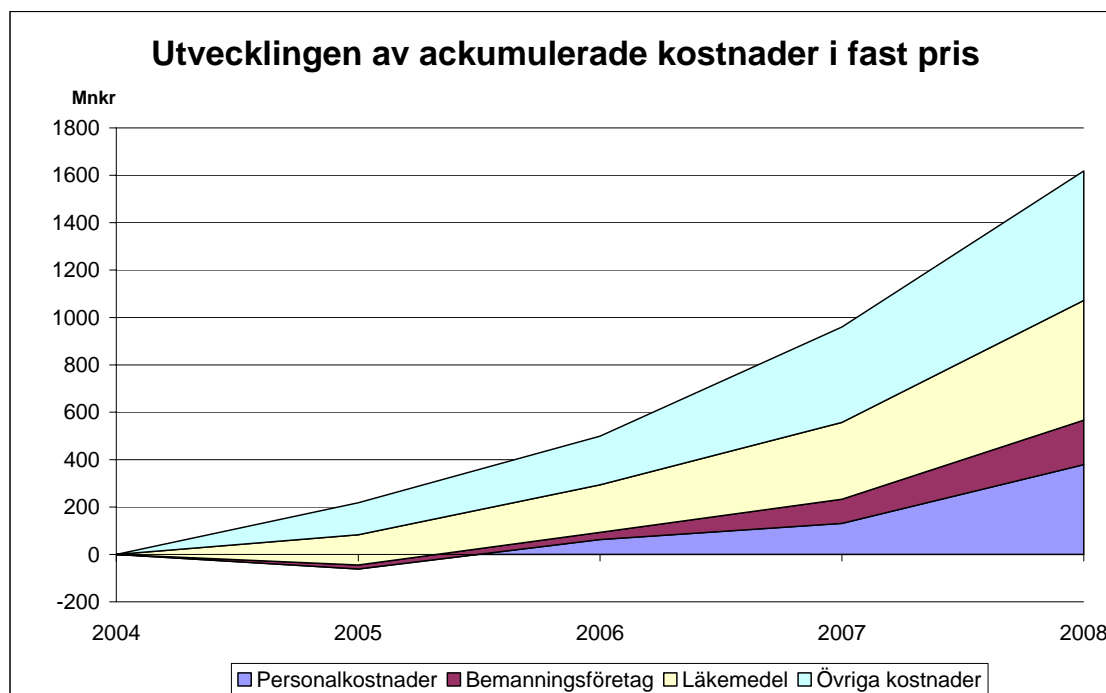
I ovanstående avsnitt ”Jämförelse av kostnadsutvecklingen med tidigare produktivetsstudier” har kostnadsutvecklingen i fasta priser beskrivits för olika tidsperioder dels per sjukhus och dels för samtliga sjukhus.

I detta avsnitt kommer en beskrivning att göras över hur de olika typerna av kostnader utvecklats under fyraårsperioden 2005-2008 med 2004 som bas. I nedanstående tabell redovisas utvecklingen uppdelat på löpande priser, index för löne- och prisförändringar och fasta priser.

	2005	2006	2007	2008	2005-2008
	%	%	%	%	%
Kostnadsutveckling					
Löpande priser	3,2	3,1	5,3	5,7	18,4
Index (löner och priser)	2,1	1,7	3,1	2,7	10,0
Fasta priser	1,1	1,4	2,2	3,0	8,4

Sjukhusens kostnader har under fyraårsperioden ökat med 18,4 procent i löpande priser, vilket motsvarar en ökning med 3 570 mnkr. Som framgår av tabellen har ökningen varit störst under de två senaste åren. Indexförändringarnas andel av kostnadsökningen uppgår till ca 10 procent under perioden och baseras i huvudsak på de index SKL angivit för respektive år. Störst indexförändring har personalkostnaderna haft medan index för läkemedel varit i stort sett oförändrat under perioden. Kostnadsökningen i fasta priser när index frånräknats uppgår under perioden till 8,4 procent. Detta motsvarar en ökning med 1 620 mnkr, vilket är den reala ökningen mätt i kronor av sjukhusens faktorinsatser (personal, material, läkemedel, lokaler mm). Det är ökningen i fasta priser som ingår när produktivitetsförändringarna mäts i de rapporter som tagits fram om sjukhusens produktivitetsutveckling.

Hur har då de *olika typerna av kostnader* (faktorinsatserna) utvecklats under den senaste fyraårsperioden? I nedanstående diagram redovisas den ackumulerade kostnadsutvecklingen i fasta priser uppdelat på personalkostnader, bemanningsföretag, läkemedel och övriga kostnader.



Figur 4:8

Som framgår av diagrammet över de ackumulerade kostnadsökningarna i fasta priser har läkemedelskostnaderna och övriga kostnader ökat mest mätt i kronor (sammanlagt 1 050 mnkr) medan ökning avseende personalkostnader och kostnader för bemanningsföretag varit lägre (sammanlagt 570 mnkr) av den totala kostnadsökningen om 1 620 mnkr i fasta priser.

Läkemedelskostnaderna har ökat med ca 500 mnkr till ca 2 100 mnkr, vilket innebär en ökning med 26 procent under perioden. Övriga kostnader har ökat med ca 550 mnkr till drygt 4 900, vilket innebär en ökning med drygt ca 10 procent under perioden. Personalkostnaderna har ökat med 2,8 procent vilket motsvarar med ca 380 mnkr till drygt 14 100 mnkr och bemanningsföretag har ökat med 188 mnkr till 284 mnkr, vilket motsvarar en ökning med ca 200 procent under perioden.

5. Personal

Metodbeskrivning

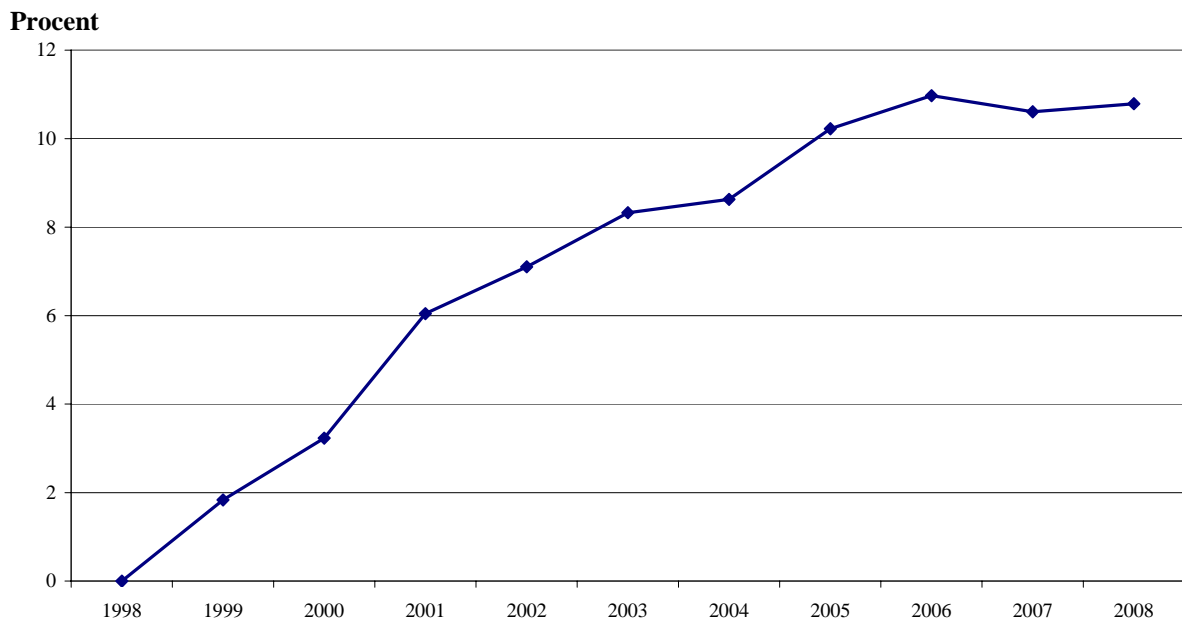
Uppgifterna till jämförelsen av utvecklingen inom personalområdet mellan 2007 och 2008 vid regionens sjukhus baseras på de av sjukhusen inrapporterade data i koncernredovisningssystemet Controller. För att uppnå jämförbarhet mellan åren har antal årsarbetare 2007-12-31 justerats utifrån de överföringar av personal som skett mellan förvaltningar på grund av organisationsförändringar under 2008 (Regionservice mm). Den utförda tiden har justerats i motsvarande omfattning som justeringarna av personalkostnaderna. Utförd tid för bemanningsföretag har beräknats enligt schablon, se bilaga 2:1. Avstämning har skett med representanter för sjukhusens personalavdelningar. Personalkostnadsuppgifter och kostnad för bemanningsföretag har hämtats från tabell 4:2. Sammanvägda prestationer har hämtats från tabell 3:3.

Resultat

Volym

Antal årsarbetare inom sjukhusen har ökat med 55,6. Detta är en återgång till tidigare års trend med ökning som för första gången bröts med en minskning vid föregående års studie, 2006-07. Se bilaga 2.2 för förändringen per sjukhus och personalkategori. Den ackumulerade procentuella förändringen av antalet årsarbetare under perioden 1999-2008 framgår av nedanstående diagram.

Utveckling årsarbetare ackumulerad procentuell förändring



Figur 5:1

Den utförda tiden inkl bemanningsföretag har ökat med 2,0 procent. SU och SÄS har ökat den utförda tiden trots att man minskat antal årsarbetare vilket är positivt. Ökningarna för de mindre sjukhusen kan till stor del förklaras genom ökning av antal årsarbetare. Definition av utförd tid se bilaga 2.1.

Tabell 5:2

Utförd tid i timmar exklusive och inklusive bemanningsföretag

	2007		2008		Förändring inkl bem ftg 07/08 procent
	Exklusive	Inklusive	Exklusive	Inklusive	
SU	21 555 194	21 640 962	22 031 601	22 136 459	2,3
NU	7 348 570	7 401 980	7 349 687	7 449 007	0,6
SÄS	5 231 929	5 270 216	5 361 846	5 414 157	2,7
SkaS	6 045 243	6 078 375	6 071 422	6 121 120	0,7
Klv	1 567 822	1 579 269	1 631 229	1 647 129	4,3
AL	768 435	772 111	821 420	825 362	6,9
FSS	283 944	286 194	307 907	311 779	8,9
Totalt	42 801 137	43 029 108	43 575 112	43 905 012	2,0

Från och med 2005 har nyckeltalet andelen utförda timmar i relation till totala antalet timmar redovisats i sjukhusens årsredovisningar. Frölunda står för en märkbar ökning av andelen utförd tid mellan åren medan SU och NU ökat något och övriga sjukhus har mindre förändringar.

Tabell 5:3

Andel utförda timmar av totala antalet timmar

	2007	2008	Förändring 2007-2008
	Procent	Procent	
SU	74,0	74,2	0,2
NU	74,1	74,5	0,4
SÄS	72,5	72,9	0,4
Skas	72,7	72,7	0,0
Klv	72,4	72,3	-0,1
AL	73,2	73,0	-0,2
FSS	76,6	77,8	1,2
Totalt	73,6	73,8	0,2

Frånvaro

Totalt för samtliga sjukhus har den totala frånvaron mätt i kalenderdagar per anställd minskat med 0,7 dagar eller 0,6 procent. Frånvaro mätt i kalenderdagar/anställd beräknas genom att antalet frånvarokalenderdagar under respektive år multipliceras med frånvarons omfattning delat med antal månadsavlönade. Av nedanstående tabell framgår att NU, Kungälv, Alingsås och Frölunda har minskat den totala frånvaron medan övriga sjukhus uppvisar en liten ökning. Den minskade frånvaron beror i huvudsak på minskad sjukfrånvaro. Frölunda uppvisar den klart lägsta frånvaron bland sjukhusen med 84,7 kalenderdagar/anställd och NU:s frånvaro hamnar strax under 100 kalenderdagar.

Tabell 5:4

Frånvaro kalenderdagar/anställd

	2007	2008	Förändring 2007-2008	
			Antal	Procent
SU	105,0	105,5	0,5	0,5
NU	104,8	99,9	-4,9	-4,7
SÄS	107,8	107,9	0,1	0,1
SkaS	102,2	102,6	0,4	0,4
Klv	110,8	108,5	-2,3	-2,1
AL	110,2	107,2	-3,0	-2,7
FSS	87,8	84,7	-3,1	-3,6
Totalt	105,1	104,5	-0,7	-0,6

Utförd tid och Personalkostnader

Totalt har den utförda tiden per prestation inklusive bemanningsföretag ökat med 0,6 procent. Detta beror på att prestationerna ökat mindre än vad den utförda tiden gjort. Alingsås står för den kraftigaste ökningen medan SkaS har minskat den utförda tiden per prestation, vilket innebär att man kunnat minska tidsåtgången per prestation.

Tabell 5.5

Utförd tid inkl bemanningsföretag per prestation

	2007	2008	Förändring 2007-2008
			i procent
SU	100,6	101,0	0,5
NU	101,7	102,6	0,9
SÄS	98,7	99,8	1,1
SkaS	95,6	95,0	-0,6
Klv	94,7	96,6	2,0
AL	72,1	76,5	6,1
FSS	55,0	57,1	3,8
Totalt	98,3	99,0	0,6

Personalkostnaden inklusive kostnaden för bemanningsföretag har per prestation totalt ökat för sjukhusen med 0,9 procent. Detta beror på att ökningen av prestationer är mindre än ökningen av personalkostnaderna. Samtliga sjukhus har ökat sin personalkostnad per utförd prestation. Alingsås och Kungälv har ökat mest medan ökningarna för SÄS och SU är små.

Tabell 5:6

Personalkostnad inkl bemanningsföretag per prestation

	2007	2008	Förändring 2007-2008 Procent
SU	33 098	33 252	0,5
NU	32 469	33 230	2,3
SÄS	33 009	33 092	0,3
SkaS	30 460	30 765	1,0
Klv	31 832	32 620	2,5
AL	24 498	25 218	2,9
FSS	18 963	19 360	2,1
Totalt	32 173	32 477	0,9

Alingsås, Frölunda och SÄS har minskat sina personalkostnader per utförd timme vilket beror på att deras ökning av den utförda tiden är större än deras ökning av personalkostnaderna. SkaS och NU har ökat personalkostnaderna per utförd timme då man inte ökat den utförda tiden i tillräcklig omfattning. Totalt har sjukhusen ökat personalkostnaderna per utförd timme med 0,3 procent.

Tabell 5:7

Personalkostnad per utförd timme inkl bemanningsföretag, kr

	2007	2008	Förändring 2007-2008 i procent
SU	329	329	0,0
NU	319	324	1,4
SÄS	334	332	-0,8
SkaS	318	324	1,6
Klv	336	338	0,4
AL	340	330	-3,0
FSS	345	339	-1,6
Totalt	327	328	0,3

6. Produktivitetens utveckling

Perioden 2007-2008

Huvudsyftet med denna studie är att visa produktivitetens utveckling för respektive sjukhus och inte att jämföra produktiviteten mellan sjukhusen. Detta är i överensstämmelse med de tidigare genomförda studierna.

I ovanstående kapitel har utvecklingen under perioden 2007-2008 beskrivits, dvs. vad som hände under 2008 avseende prestationer, kostnader och personal. De sammanvägda prestationerna ökade med 1,4 procent men kostnaderna ökade i en ännu högre takt, med 3,5 procent i fasta priser. Den utförda tiden inkl bemanningsförtag ökade med 0,4 procent. Totalt för sjukhusen försämrades produktiviteten under 2008.

I tabellen nedan redovisas utvecklingen av kostnadsnivån (i fast pris) per sammanvägd prestation under perioden 2007-2008.

Tabell 6:1

Kostnad per sammanvägd prestation (1000-tal kronor)	2007	2008	Procentuell förändring 2007-2008
SU	47,4	48,2	1,7
NU	46,8	49,0	4,8
SÄS	47,6	48,3	1,5
SkaS	46,6	47,0	1,0
Klv	44,8	46,1	2,9
AL	37,1	37,3	0,6
FSS	31,9	32,1	0,7
Totalt	46,7	47,6	2,1

I denna studie har bearbetningar gjorts för att säkerställa hur utvecklingen över tid är för sjukhusen. Däremot har inte på samma sätt bearbetningar och analyser gjorts för att kunna jämföra skillnader i absoluta nivåer av kostnad per prestation. Exempel på skillnader som inte har bearbetats i denna studie är forskning, vårdutveckling och utbildning eller olika uppdrag för sjukhusen. Därför måste jämförelser av absoluta skillnader avseende kostnad per prestation göras med försiktighet.

Det är viktigt att notera att som mått på produktivitet har kostnaderna beräknats för ett sammanlagt prestationsmått i vilket ingår mått på förändringar i vårdens innehåll i form av DRG-poäng. Därmed fångas förskjutningar mot mer resurskrävande prestationer inom vården. Däremot tar metoden inte hänsyn till ökande kostnader inom varje DRG-grupp till följd av medicinteknisk utveckling eller andra ökade krav. Sådana kostnader sänker produktiviteten med den använda metoden. I motsatt riktning verkar en kontinuerlig förbättring i diagnossättning som leder till

DRG-glidning vars storlek är svår att skatta men vars storlek inte påverkar de trender som observeras. I studien har kostnaderna justerats med SKL:s vägda index. I den mån VGR har en annan kostnadsutveckling än riket förändras de produktivitetstal som redovisats i denna studie. SKL:s indextal bedöms stämma väl överens med VGR:s kostnadsutveckling.

Nedan beskrivs i sammanfattning för respektive sjukhus utvecklingen av produktiviteten och hur de olika komponenterna prestationer, kostnader och personal utvecklats

För *Sahlgrenska Universitetssjukhuset* har kostnaden per prestation ökat med 1,7 procent, vilket hänförs till att prestationerna ökade med 1,8 procent medan kostnaderna ökade med 3,5 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag har ökat med 2,3 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag per prestation ökade med 0,5 procent.

NU-sjukvården har ökat sina kostnader per prestation med 4,8 procent, vilket hänförs till att prestationerna minskade med 0,3 procent och kostnaderna ökade med 4,5 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag ökade med 0,6 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag per prestation ökade med 0,9 procent.

Södra Älvsborgs sjukhus uppvisar en kostnadsökning per prestation på 1,5 procent, vilket hänförs till att prestationerna ökade med 1,6 procent medan kostnaderna endast ökade med 3,1 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag har ökat med 2,7 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag per prestation ökade med 1,1 procent.

Skaraborgs sjukhus har ökat sina kostnader med 1,0 procent per prestation, vilket hänförs till att prestationerna ökade med 1,3 procent och kostnaderna ökade med 2,3 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag har ökat med 0,7 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag per prestation har minskat med 0,6 procent.

För *Kungälv's sjukhus* har kostnaderna per prestation ökat med 2,9 procent, vilket hänförs till att prestationerna ökade med 2,2 procent medan kostnaderna ökade med 5,2 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag har ökat med 4,3 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag per prestation har ökat med 2,0 procent.

För *Alingsås lasarett* har kostnaderna per prestation ökat med 0,6 procent, vilket hänförs till att prestationerna ökade med 0,8 procent medan kostnaderna ökade med 1,4 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag har ökat med 6,9 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag per prestation har ökat med 6,1 procent.

Frölunda specialistsjukhus har ökat sina kostnader per prestation med 0,7 procent, vilket hänförs till att prestationerna ökade med 5,0 procent och kostnaderna ökade med 5,7 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag har ökat med 8,9 procent. Den utförda tiden inkl bemanningsföretag per prestation har ökat med 3,8 procent.

Sammanfattningsvis visar den genomförda studien att produktiviteten sammantaget för sjukhusen försämrades med 2,1 procent mellan 2007 och 2008. Detta hänförs till att kostnaderna ökade med 3,5 procent medan prestationerna ökade med 1,4 procent. Kostnadsökningen härleds till att personalkostnaderna inkl bemanningsföretag ökade med 2,4 procent medan övriga kostnader öka-

de med 6 procent. Produktiviteten och de olika faktorerna prestationer, kostnader och personal har utvecklats olika vid sjukhusen.

Den genomförda studien analyserar inte bakomliggande förklaringar till hur produktiviteten förändrats för respektive sjukhus. Som diskuterats i tidigare rapporter kan bakomliggande faktorer vara många såsom kapacitetsutnyttjande, organisatorisk effektivitet, teknikutveckling, kvalitetsförändringar, lagstiftning, nya kostnadsdrivande vårdprogram, patienters beteende etc.

Jämförelse mellan olika perioder

I tabellen nedan redovisas utvecklingen av kostnadsnivån (i fast pris) per sammanvägd prestation under femårsperioden 1999-2003 med 2008 som bas, under treårsperioden 2004-2006 med 2003 som bas samt under den senaste tvåårsperioden 2007-2008 med 2006 som bas.

Tabell 6:2

	1998-2003	per år	2003-2006	per år	2006-2008	per år
	Ackum. %	%	Ackum. %	%	Ackum. %	%
SU	12,3	2,5	-5,9	-2,0	2,4	1,2
NU	4,5	0,9	-6,1	-2,0	7,6	3,8
SÄS	12,3	2,5	-4,5	-1,5	1,3	0,6
SkaS	4,6	0,9	-4,5	-1,5	4,3	2,1
Klv	14,9	3,0	-8,1	-2,7	3,7	1,8
AL	-7,1	-3,6	-6,7	-2,2	0,5	0,3
FSS	-0,5	-0,3	4,3	1,4	11,1	5,5
Totalt	9,4	1,9	-6,0	-2,0	3,5	1,7

Utvecklingen under femårsperioden 1999-2003 med 2008 som bas innebar en produktivitetför-sämring om 1,9 procent per år eller sammanlagt 9,4 procent. Försämringen härleddes i princip helt till att kostnaderna ökade medan produktionen var i stort sett oförändrad.

Utvecklingen under treårsperioden 2004-2006 med 2003 som bas innebar en produktivitetökning med ca 2 procent per år eller sammanlagt 6 procent. Denna utveckling innebar ett trendbrott jämfört med utvecklingen under föregående femårsperiod då sjukhusens produktivitet försämrades. Den förbättrade produktiviteten under treårsperioden 2003-2006 hänförs till en påtaglig ökning av prestationerna samtidigt som kostnaderna endast ökade marginellt, vilket var det motsatta förhållandet jämfört med den tidigare femårsperioden 1998-2003.

Under tvåårsperioden 2007-2008 med 2006 som bas försämrades åter produktiviteten, vilket framförallt hänförs till en ökande kostnadsutveckling. Ökningen hänförs främst till läkemedel, materil och bemanningsförtag men inte i stort sett inte ökning av personlakostanderna.

Tabellen ovan visar produktivitetutvecklingen över en längre period. Det finns dock skäl till försiktighet när det gäller bedömning av förändringar av prestationer över en tidsperiod som täcker många år. DRG-grupper kan förändras liksom innehållet i enskilda grupper och sättet att registrera. Det är således inte lämpligt att dra exakta slutsatser om omfattningen av prestationerna 2007 jämfört med de som utfördes 1998 och därmed exakt om hur produktiviteten skiljer för båda dessa år. När det gäller jämförelser över kortare perioder innebär metoden med ny gruppering med samma grupperare en god grund för jämförelse tillsammans med rimlighetsbedömning, kva-

litetsgranskning och samlade bedömningar som görs av data. Metoden bedöms således tämligen säkert kunna beskriva de trender som funnits i prestationsutvecklingen under de år som sjukhusens utveckling har jämförts. Metodik för beräkning av produktivitet utveckling har beskrivits ingående i en publikation från SKL (Produktivitet och effektivitet i Hälso- och sjukvården, SKL 2008). Huvudprinciperna som SKL tillämpar överensstämmer med de principer Västra Göta-landsregionen tillämpar vid mätning av sjukhusens produktivitet utveckling.