

# **Sjukhusens produktivitet utveckling 2001-2003**

---



**2004-11-01**

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	sidnummer
1. Sammanfattning.....	3
2. Bakgrund, uppdrag.....	8
3. Prestationer.....	9
4. Kostnader.....	17
5. Personal.....	25
6. Produktivitetsutveckling.....	31
7. Övrigt.....	35

### Bilagor

1. Prestationer
2. Kostnader
3. Personal

# Sjukhusens produktivitet utveckling 2001-2003

## 1. Sammanfattning

### Perioden 2001-2003

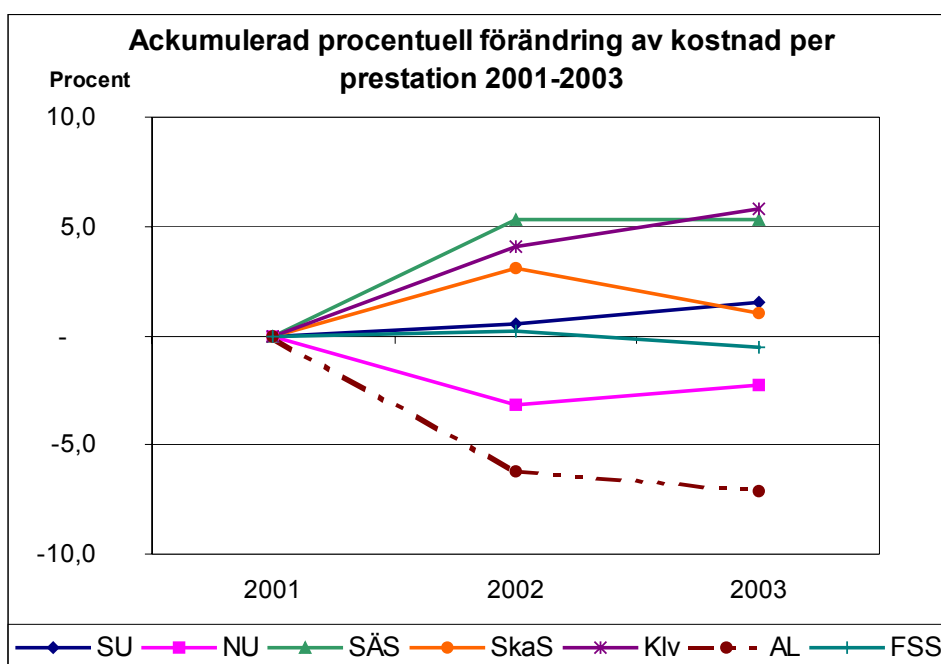
På uppdrag av regionfullmäktige genomfördes under 2002 studien ”Sjukhusens produktivitet utveckling under perioden 1998-2001”. Fullmäktiges uppdrag var att utveckla metoder för att beskriva verksamheternas produktivitet utveckling på ett enhetligt sätt. Sjukhusens produktivitet utveckling under de nästföljande två åren 2002-2003 med 2001 som basår har nu tagits fram i föreliggande studie. Denna studie utgår i princip från samma metoder som utvecklades i den tidigare studien, vilket innebär att det blir en kontinuitet när det gäller mätning av produktivitet utvecklingen för sjukhusen.

Föreliggande studie som beskriver produktivitet utvecklingen och hur prestationer, kostnader och personal utvecklats vid regionens sjukhusgrupper för perioden 2001-2003 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 studie, visa utvecklingen för respektive sjukhus, inte att jämföra produktivitet mellan sjukhusen eller att analysera och beskriva de faktorer som påverkat utvecklingen. Dessa jämförelser och beskrivningar får ske i kommande analyser.

För att kunna redovisa den totala produktivitet utvecklingen per sjukhus omfattande både slutet och öppen vård har en sammanvägning gjorts av prestationerna, vilken jämförs med utvecklingen av kostnaderna i fasta priser. Som en viktig del i resursanvändningen ingår i studien beskrivning över utvecklingen av personalvolym och personalkostnader under perioden.

Produktivitet utvecklingen för sjukhusen under tvåårsperioden 2001-2003 med 2001 som bas redovisas i nedanstående diagram.



Figur 1:1

Diagrammet visar att sjukhusens produktivitet, mätt som förändringen av kostnaden i fast pris per sammanvägd prestation förändrats under perioden. Sammantaget har sjukhusen haft en i stort sett oförändrad produktivitet under tvåårsperioden 2002-2003 med 2001 som basår. Kostnaden per prestation har endast ökat med 0,6 procent per år eller sammanlagt 1,2 procent. Utvecklingen varierar dock mellan sjukhusen. Alingsås lasarett, NU-sjukvården och Frölunda Specialistsjukhus har haft en produktivitetsförbättring medan övriga sjukhus haft en produktivitetsförsämring. Nedan beskrivs översiktligt hur de komponenter (prestationer, kostnader och personal) utvecklats som förklarar utvecklingen.

- De **sammanvägda prestationerna** har **ökat med ca 1,3 procent** under perioden, varav 0,4 procent 2002 och 0,9 procent 2003. 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) har ökat med 1,1 procent under perioden. Däremot har antalet vårdtillfällen minskat med 2,5 procent, vilket innebär att casemix-index ökat med 3,6 procent. Förändringen av casemix-index visar vårdtyngdsförändringen, dvs hur mycket mer resurskrävande det genomsnittliga vårdtillfället blivit.

Den **öppna vården** ökade under perioden. De totala besöken hos läkare och andra vårdgivare minskade under perioden med 2,6 procent. Dagkirurgin ökade med ca 13 procent. För den öppna vården har invägts en vårdtyngdsförändring om 3,6 procent under perioden (samma som DRG-vården).

- Inom den **psykiatriska slutenvården** minskade antalet vårdtillfällen med 0,2 procent. Den rättspsykiatriska vården ökade antalet vård dagar med 3,6. Sammanvägt **ökade därmed den med 0,2 procent**. För den psykiatriska vården ingår inte vårdtyngdsförändringar. Även för den psykiatriska vården kan det antas att vissa vårdtyngdsförändringar skett men detta påverkar inte den totala vården i någon större omfattning.
- Sjukhusens **kostnadsnivå** i fast pris har under tvåårsperioden **ökat med 2,5 procent** men ökningstakten varierar mellan sjukhusen, varav 1,1 procent 2002 och 1,4 procent 2003. Kostnadsökningen motsvarar i genomsnitt drygt 200 mkr per år eller drygt 400 mkr under tvåårsperioden. Personalkostnaderna inkl köpta tjänster från bemanningsföretag svarar för en stor andel av den totala kostnadsökningen och har under perioden ökat med ca 2,4 procent eller ca 300 mkr. Härav avser ca 40 mkr bemanningsföretag som 2003 utgör 1,6 procent av den totala personalkostnaden.
- Antalet **anställda** uttryckt i totalt antal årsarbetare har under tvåårsperioden **ökat med drygt 700 eller 2,3 procent**. Antalet närvarande årsarbetare har under perioden ökat med 0,7 procent och antalet frånvarande (sjukfrånvaro, semester, utbildning och övrig frånvaro) ökade med 6,2 procent. Om hänsyn tas till ökning avseende bemanningsföretag har de närvarande årsarbetarna inkl bemanningsföretag ökat med 1,0 procent.

Produktionen per närvarande årsarbetare har under perioden varit i stort sett oförändrad (ökning 0,3 procent). Produktionen har ökat med 1,3 procent och antalet närvarande årsarbetare inkl bemanningsföretag har ökat med 1,0 procent. Däremot har olika typer av frånvaro ökat som också innebär kostnadsökningar och därmed försämras produktiviteten eftersom denna mäts efter kostnadsförändringen per sammanvägd prestation.

**Sammanfattningsvis** visar den genomförda studien att **produktiviteten varit i stort sett oförändrad** vid sjukhusen under perioden 2002-2003 med 2001 som bas. Kostnaden per prestation har endast ökat med 0,6 per år eller sammanlagt 1,2 procent. Detta förklaras av att kostnaderna ökat med 2,5 procent och att prestationerna ökat med 1,3 procent. En stor del av kostnadsökningen beror på att personalkostnaderna har ökat. Däremot har det varit en viss produktionsökning per närvarande årsarbetare inkl bemanningsföretag, eftersom dessa endast ökat med 1,0 procent under perioden medan produktionen ökat med 1,3 procent.

Uppföljningen under de två första tertialen innevarande år visar att kostnadsökningstakten har dämpats ytterligare jämfört med tidigare år.

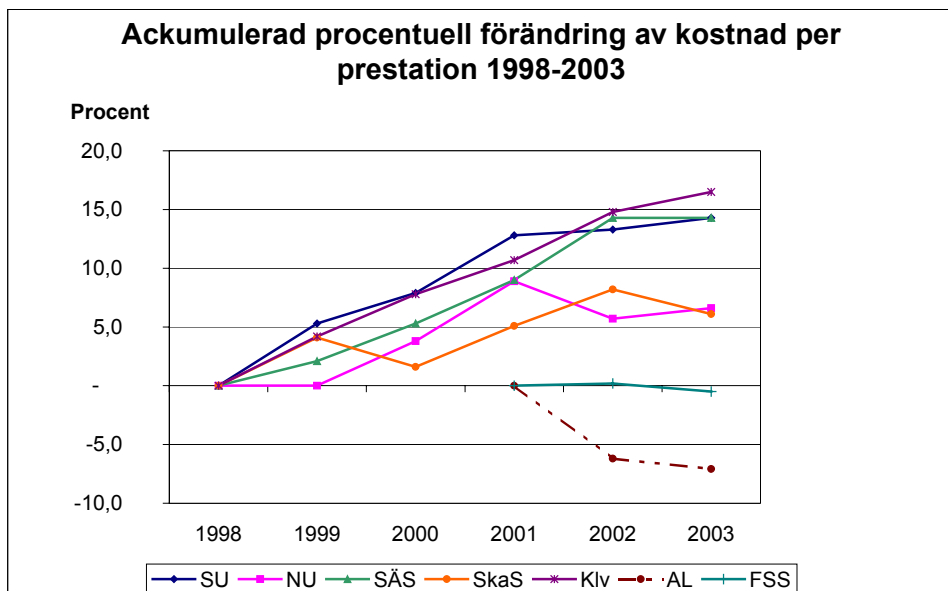
Den genomförda studien analyserar inte bakomliggande förklaringar till hur produktiviteten förändrats för respektive sjukhus. De bakomliggande faktorerna kan vara många såsom kapacitetsutnyttjande, organisatorisk effektivitet, teknikutveckling, kvalitetsförändringar, lagstiftning, nya kostnadsdrivande vårdprogram, patienters beteende, etc. Detta bör analyseras närmare i fortsättningen.

## Perioden 1998-2003

Produktivitetens utvecklingen under perioden 2001-2003 med 2001 som bas, beräknats i denna studie, innebär en förbättrad utveckling jämfört med förra studien över utvecklingen under föregående treårsperiod 1998-2001.

Utvecklingen under föregående treårsperiod innebar en produktivetsförsämring om 2,6 procent per år eller sammanlagt ca 8 procent när bedömda vårdtyngdsförändringar inom den öppna vården och psykiatrien inräknats. Försämringen härleddes i princip helt till att kostnaderna ökat medan produktionen varit i stort sett oförändrad. Under de nu aktuella åren är produktiviteten i stort sett oförändrad. Detta är en bättre utveckling än föregående tre år både avseende kostnadsutveckling och produktionsutveckling.

Nedanstående diagram visar utveckling under femårsperioden 1998-2003 med 1998 som bas. För Alingsås lasarett och Frölunda specialistsjukhus har utvecklingen endast mätts under den nu aktuella perioden 2001-2003 med 2001 som bas.



Figur 1:2

Tabell 1:1

Kostnad per prestation	Förändring		Förändring	
	1998-2001 %	per år %	2001-2003 %	per år %
SU	10,8	3,6	1,5	0,7
NU	6,8	2,3	-2,3	-1,2
SÅS	7,0	2,3	5,3	2,6
SkaS	3,1	1,0	1,5	0,7
Klv	7,9	2,6	7,0	3,5
AL			-7,1	-3,5
FSS			-0,4	-0,2
<b>Totalt</b>	<b>8,2</b>	<b>2,6</b>	<b>1,2</b>	<b>0,6</b>

Diagrammet och tabellen visar att för den tidigare perioden 1998-2001 försämrades produktiviteten för sjukhusen. Under den nu aktuella perioden 2001-2003 visar diagrammet och tabellen att produktiviteten är i stort sett oförändrad. Kostnaden per prestation ökar totalt sett endast med 0,6 procent per år. För NU och SU är utvecklingen väsentligt bättre och för SkaS något bättre medan för SÄS och Kungälv är utvecklingen något sämre. Framförallt Alingsås lasarett men även Frölunda specialistsjukhus som ingår i den nu aktuella studien visar båda produktivitetsförbättringar.

## 2. Bakgrund, uppdrag

På uppdrag av regionfullmäktige genomfördes under 2002 studien ”Sjukhusens produktivitetsutveckling under perioden 1998-2001”. Fullmäktiges uppdrag var att utveckla metoder för att beskriva verksamheternas produktivitetsutveckling på ett enhetligt sätt.

Ett uppdrag har lämnats att beskriva sjukhusens produktivitetsutveckling under de nästföljande två åren 2002 och 2003 med 2001 som basår i en ny studie. För att få en kontinuitet ska denna studie ske efter samma metoder som utvecklats i tidigare studie.

Följande arbetsgrupp från regionkansliet har tagit fram föreliggande rapport om sjukhusens produktivitetsutveckling 2001-2003: Jan-Olof Johansson (ekonomiavdelningen) sammankallande, Lena Johansson (ekonomiavdelningen), Staffan Björck (hälso- och sjukvårdsavdelningen), Marianne Förars (hälso- och sjukvårdsavdelningen), Maria Björn (personalstrategiska avdelningen).

I arbetet har deltagit en representant från vardera sjukhus. Under arbetet har ett antal möten skett med sjukhusrepresentanterna. 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 2001-2003, med 2001 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 produktivitetsutvecklingen under perioden efter i huvudsak samma metoder som i föregående studie i syfte att få en kontinuitet i mätningen av sjukhusens produktivitetsutveckling. 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 för patienterna.

### 3. Prestationer

Beskrivningen av sjukhusens prestationer baseras på sjukhusens egna uppgifter. Det är dels sammanställda uppgifter från sjukhusen i den ordinarie redovisningen, dels uppgifter som lämnats i form av individdata i form av uppgifter i databaser. I arbetet med att skapa en bild av sjukhusens prestationer har prioriterats att skapa jämförbarhet över tid för att analysera förändringar, men det har även gjorts vissa bearbetningar för att jämföra prestationerna mellan sjukhusen. De prestationer som beskrivs är vårdåtgärder mot enskilda patienter.

#### Sluten vård

##### *Vårdtillfällen:*

Under perioden har redovisningen till regionen förändrats. Den viktigaste förändringen är att geriatrik sedan 2002 ingår i de sjukhusvårdtillfällen som sjukhusen redovisar. För NU-sjukvården gäller det från 2003. Dessförinnan redovisades geriatrik separat. Dessutom, före 2002, redovisade sjukhusen även övrig somatisk vård på olika sätt när det gällde sammanslagning till vårdtillfällen. Därför är det för perioden 2001-2003 särskilt komplicerat att jämföra utvecklingen av prestationer. Inkorporeringen av geriatrik kan minska antalet redovisade sjukhusvårdtillfällen med så mycket som 5-6 procent. En annan mindre skillnad är att de olika åren grupperats med olika DRG-grupperare. Idag har uppnåtts en högre grad av enhetlighet i rapporteringen från sjukhusen.

För att skapa jämförbarhet har uppgifter om vårdtillfällen sammanställts efter bearbetning av de från sjukhusen lämnade databaserna. För framtagning av aktuell statistik har all sammanhängande somatisk vård för samma individ lagts samman till ett vårdtillfälle om vården givits vid samma sjukhusgrupp. Det har gett en beskrivning av vårdtillfällen som är jämförbar över tid. Jämfört med föregående produktivetsrapport för perioden 1998-2001, som också beskriver prestationerna för 2001 så skiljer uppgifterna något. Dels för SU på grund av korrekationer i den tidigare rapporten för förändringar i registreringspraxis och för SÅS och Alingsås lasarett eftersom förflyttningar av patienter nu räknas som separata vårdtillfällen i motsats till i den tidigare rapporten då sjukhusen var en gemensam organisation. Psykiatriska vårdtillfällen och rättspsykiatriska vårdagar baseras på uppgifter som sammanställts av sjukhusen.

##### *DRG-viktsumma*

DRG-gruppering innebär i korthet att vårdtillfällen delas in i grupper som baseras på medicinska diagnoser och operationer och varje grupp skall vara medicinskt meningsfull och vårdtillfällena inom en grupp skall ha likartad kostnad efter att patienter med extrema kostnader rensats bort. Vårdtillfällen inom en DRG-grupp åsätts en DRG-vikt efter hur mycket resurser vårdtillfällena genomsnittligt förbrukat. DRG-viktsumma är därmed ett bättre mått på sjukhusens prestationer än vårdtillfällen eftersom det tar hänsyn till eventuella förskjutningar mot mer resurskrävande vård eftersom sådan vård ger fler DRG-poäng. Motiv för att använda DRG-summa som prestationsmått har diskuterats mer utförligt i föregående rapport. All somatisk vård har grupperats i nord-DRG och viktlistan för 2004 har använts. Casemix är den genomsnittliga vikten för ett vårdtillfälle vid ett sjukhus.

**Tabell 3:1**

<b>Slutenvårdsprestationer</b>		<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>Procentuell förändring 01-03</b>
SU	Vårdtillfällen, somatiska	102 247	101 197	100 080	-2,1
	DRG-poäng	118 131	118 814	118 962	0,7
	Casemix	1,155	1,174	1,189	2,9
	Vårdtillfällen, psykiatriska	4 959	5 293	5 022	1,3
	Vård dagar, rättspsyk	21 452	21 853	22 806	6,3
NU	Vårdtillfällen, somatiska	40 899	41 723	41 103	0,5
	DRG-poäng	37 574	39 337	39 755	5,8
	Casemix	0,919	0,943	0,967	5,3
	Vårdtillfällen, psykiatriska	2 351	2 482	2 558	8,8
	Vård dagar, rättspsyk.	15616	15711	16837	7,8
SÄS	Vårdtillfällen, somatiska	28 047	26 764	26 715	-4,7
	DRG-poäng	28 634	27 360	28 191	-1,5
	Casemix	1,021	1,022	1,055	3,4
	Vårdtillfällen, psykiatriska	1575	1373	1511	-4,1
SkaS	Vårdtillfällen, somatiska	38 439	36 536	36 166	-5,9
	DRG-poäng	36 761	35 932	36 513	-0,7
	Casemix	0,956	0,983	1,010	5,6
	Vårdtillfällen, psykiatriska	1 855	1 601	1 788	-3,6
	Vård dagar, rättspsyk.	6 961	6 533	5 950	-14,5
Klv	Vårdtillfällen, somatiska	9 081	8 747	8 532	-6,0
	DRG-poäng	9 218	8 948	8 840	-4,1
	Casemix	1,015	1,023	1,036	2,1
	Vårdtillfällen, psykiatriska	851	761	685	-19,5
AL	Vårdtillfällen, somatiska	5 829	6 059	6 245	7,1
	DRG-poäng	5 917	6 168	6 365	7,6
	Casemix	1,015	1,018	1,019	0,4
FSS	Vårdtillfällen, somatiska	921	1 041	999	8,5
	DRG-poäng	773	1 039	987	27,6
	Casemix	0,839	0,998	0,988	17,6

Alla sjukhus	Vårdtillfällen, somatiska	225 463	222 067	219 840	-2,5
	DRG-poäng	237 009	237 597	239 612	1,1
	Casemix	1,052	1,070	1,090	3,6
	Vårdtillfällen, psykiatriska	11 591	11 510	11 564	-0,2
	Vård dagar, rättspsyk.	44 029	44 097	45 593	3,6

---

### *Kommentarer till utvecklingen av slutenvårdsprestationer*

Generellt sett så fortsätter trenden sedan tidigare studie med en minskning av sjukhusvårdtillfällena. Däremot ses en lätt ökning av den somatiska slutenvården mätt som DRG-poäng. Det har skett en förändring i registreringspraxis som beskrivs i nästa avsnitt. Om den skulle beaktas så vore vårdproduktionen mätt som DRG-poäng något lägre än 1,1 poäng. En förändring är sannolikt mindre än en procent. Beträffande minskningen av vårdtillfällen har en närmare analys inte gjorts men som tidigare sker betydande minskningar i vård för angina pectoris och bröstsmärtor. Alingsås lasarett, däremot har en ökning av prestationerna liksom Frölunda specialistsjukhus. NU-sjukvården har en oförändrad produktion.

Jämfört med tidigare så är de psykiatriska vårdtillfällena i stort sett oförändrade och de rättspsykiatriska vård dagarna ökar.

I föregående rapport hanterade vi slutenvård för vårdtillfällen med noll vård dagar på ett särskilt sätt. Det gällde patienter som skrivs in och ut samma dag och som har en åtgärds kod i diagnosregistreringen. Då klassificerades dessa vårdtillfällen om till öppen vård. Det gjordes därför att det var nödvändigt då praxis för registrering förändrats påtagligt under den perioden. Även nu finns det betydande skillnader mellan sjukhusen där SU har mer än dubbelt så många sådana vårdtillfällen som de övriga sjukhusen tillsammans. Men det finns inte klara indikationer på att det skett en förändrad registrering under denna perioden och därför görs inte motsvarande korrektion denna gång.

### *DRG-glidning*

DRG-gruppering av vårdtillfällen sker utifrån de diagnoser som åsätts vårdtillfället i samband med utskrivning från sjukhus. Den praxis eller noggrannhet som detta genomförs med påverkar DRG-vikt. Komplicerande faktorer som redovisas som bidiagnoser leder ofta till att ett vårdtillfälle grupperas till en komplicerad grupp i stället för en okomplicerad DRG-grupp vilket ger fler DRG-poäng och det ger en högre genomsnittlig casemix för sjukhuset. Det är vanligare att vårdtillfällen ges för låg vikt än motsatsen. I regionen pågår ett arbete att förbättra kvaliteten i diagnosregistreringen och det kommer att leda till ytterligare förskjutningar mot mer komplicerade DRGn. I tabell nedan redovisas andelen vårdtillfällen som kan hänföras till en komplicerad DRG-grupp.

**Tabell 3:2. Data kring vårdtillfällen i komplicerade DRG-grupper**

Sjukhus	Andel (%) komplicerade DRG			Ökning 01-03 antal vtf inom komplicerade DRG	Ökning av poäng inom komplicerade DRG
	2001	2002	2003		
SU	16	17	17	304	774
NU	16	17	19	1 312	1 769
SÅS	19	21	20	61	92
SkaS	15	18	20	1 266	1 879
Klv	24	24	26	35	144
AS	17	19	20	245	338

Andelen komplicerade DRG kan endast jämföras mellan sjukhus med likartat vårdinnehåll. Så har t.ex. SU DRG-grupper som är unika för SU. SU:s karaktär av sjukhus som har stor andel av resurskrävande vård visar sig istället genom den höga casemix i tidigare tabeller. Kungälv's sjukhus har ett mer begränsat vårdutbud och saknar också flera stora specialiteter. Däremot kan man konstatera att sjukhusen utvecklas mot att få allt mera lika andel komplicerade DRG.

Det är naturligt att andelen komplicerade DRG och casemix ökar. I samband med att allt mer vård flyttas ut i öppenvård så ökar tyngden för de som fortsatt vårdas i slutenvård. Det finns således en naturlig koppling mellan en minskning i vårdtillfällen och ökning av casemix. En sådan förskjutning leder dock inte till att antalet vårdtillfällen inom komplicerade DRG ökar men detta ses ändå för NU-sjukvården och SkaS vilket talar för att här har skett en DRG-glidning. Särskilt stora ökningarna i casemix ses också för NU-sjukvården och SkaS. NU-sjukvården ökar också sin casemix trots att produktionen inte minskar. Vid SkaS har en intern utredning påvisat en DRG-glidning som kan förklara 15-25 procent av deras casemixökning.

För en korrekt jämförelse mellan hur prestationerna utvecklats för sjukhusen vore det angeläget korrigera prestationsredovisningen för DRG-glidning. Från praktisk synpunkt är det emellertid inte möjligt att göra en rättvisande korrektion. Den ökning av poäng som redovisas i tabellen ovan motvaras också av en minskning av poäng inom de okomplicerade DRG.

Vår uppskattning är dock att nettoeffekten av DRG-glidningen mot fler DRG-poäng inom de komplicerade DRG är mindre än hälften av poängsumman i tabellen ovan. Det påverkar det totala antalet sammanvägda prestationer med mindre än en procent för NU-sjukvården och SkaS.

#### *Ytterfallsvårdtillfällen*

Sjukhusens prestationer inom den somatiska slutenvården har indelats i DRG-grupper. Systemet med att ge dessa grupper DRG-vikter bygger emellertid på att före beräkning av den relativa vikten så exkluderas vårdtillfällen med extrema kostnader för att få kostnadsmässigt någorlunda homogena grupper.

Andelen vårdtillfällen med sådana avvikande kostnader är betydligt högre vid universitetssjukhus och SU har betydligt större ersättning för sådana kostnader än övriga sjukhus i regionen. Sjukhusens ersättningar för ytterfall framgår nedan.

**Tabell 3:3**

Sjukhus	Ytterfallsersättning i löpande pris (tkr)		
	2001	2002	2003
SU	250 128	272 443	296 633
NU	37 375	27 678	33 510
SÄS	24 873	22 887	26 626
SkaS	56 729	54 424	50 953
Klv	9 433	13 740	12 008
AL	6 298	3 880	3 843

Om sjukhusens totala ersättning för somatisk vård, inklusive ytterfallskostnad, fördelas över de DRG-poäng som sjukhuset har så ger det en högre kostnad per DRG-poäng för universitetssjukhus. Därför skulle det öka jämförbarheten med andra sjukhus om de prestationer som ingår i ytterfallen kunde omvandlas till någon form av prestationsmått.

Det är emellertid inte praktisk möjligt. För det första så ersätts SkaS, SU och Kungälvssjukhus för sina faktiska ytterfallskostnader medan SÄS, Alingsås och NU-sjukvården som inte har fungerande KPP-system istället ersätts för vårdtillfällen med särskilt långa vårdtider, sk vårdtidstyterfall. Det avspeglar sig i variationen i den totala ersättningen i tabellen ovan. För det andra så kan ytterfallskostnader uppstå på olika sätt. En mekanism är att extrema kostnader uppkommer i särskilt komplicerade fall där användning av ny kostsam teknik och särskild regionkompetens kan krävas. En annan mekanism är att ytterfallskostnader kan uppstå i de fall där det tillstött komplikationer. Det kan röra sig om nödvändiga kostnader till följd av sjukdomens art. Men en annan bild är att ett sjukhus kan påverka sina ytterfall. Verksamheten kanske bedriver ett arbete som ger särskilt korta vårdtider, eller man kanske framgångsrikt identifierar högriskpatienter som inte bör utsättas för komplicerad kirurgi. Ett sådant sjukhus som rimligen är att betrakta som produktivt skulle missgynnas i en jämförelse med ett sjukhus som inte bedriver sådant effektiviseringsarbete om ytterfall reservationslöst klassas som prestationer.

Det innebär således problem att omvandla ytterfallskostnader till en prestation som kan jämföras, därför att sjukhusen ersätts efter olika principer och ytterfallskostnader uppstår på olika sätt. Det är också teoretiskt olämpligt att basera ett prestationsmått på enbart kostnad för prestationen, eftersom det är just ett mått som sedan skall ställas mot kostnad för att beräkna produktivitet. Om ytterfall skall beaktas i denna typ av studie kräver det metoder med hög precision eftersom avvikelser på några få procent tillmätts betydelse.

Däremot är det viktigt att konstatera att svårigheten att korrekt bedöma ytterfall är en felkälla som ger högre kostnad per DRG-poäng för universitetssjukhus men avsikten med den aktuella studien är att jämföra förändringen över tid för respektive sjukhus.

## Öppen vård

### *Läkarbesök och övriga öppenvårdsbesök*

Dessa uppgifter baseras på sjukhusens egna sammanställda uppgifter men med vissa korrektioner som redovisas i bilaga 1. De viktigaste korrektionerna är att inskrivningsbesök inte längre ingår för något sjukhus och besök på sk AK-mottagning inte räknas som prestation.

### Dagkirurgi

Sjukhusens egna uppgifter, i de ordinarie redovisningarna av prestationer, är inte användbara för att följa en utveckling i denna studie därför att definitioner förändrats. Dessa besök har därför istället tagits fram från individspecifika databaser för de tre åren. Från dessa har eftersökts läkarbesök som innehållit huvuddiagnos och minst en åtgärdskod. Dessa har sedan grupperats i nord-DRG-O. Från urvalet har tagits bort endoskopier, åtgärder beträffande hudsjukdomar, aborter i öppenvård samt dialyser. Dessa exklusioner har gjorts därför att det skett en kraftig förändring i registreringen av dessa under perioden. Istället har dessa prestationer hanterats som övriga läkarbesök. Dessa korrekationer redovisas i bilaga 1. Även den dagkirurgiska vården har grupperats i nord-DRG-O.

Resultatet redovisas i tabellerna nedan.

Tabell 3:4

Öppenvårdsprestationer		2001	2002	2003	Procentuell förändring 01-03
SU	Läkarbesök	599 646	588 798	575 451	-4,0
	Övriga besök	437 648	436 090	426 526	-2,5
	DRG-poäng, dagkirurgi	3 667	3 579	4 146	13,1
	Casemix, dagkirurgi	0,296	0,291	0,296	-0,1
NU	Läkarbesök	264 901	264 789	249 713	-5,7
	Övriga besök	207 922	207 827	204 537	-1,6
	DRG-poäng, dagkirurgi	2 931	3 097	3 267	11,4
	Casemix, dagkirurgi	0,296	0,296	0,304	2,8
SÄS	Läkarbesök	159 454	153 327	153 035	-4,0
	Övriga besök	177 408	166 203	171 953	-3,1
	DRG-poäng, dagkirurgi	1 701	1 776	1 775	4,3
	Casemix, dagkirurgi	0,294	0,292	0,287	-2,5
SkaS	Läkarbesök	182 387	180 609	180 898	- 0,8
	Övriga besök	164 830	166 037	167 654	1,7
	DRG-poäng, dagkirurgi	2 207	2 260	2 401	8,8
	Casemix, dagkirurgi	0,294	0,305	0,301	2,2
Klv	Läkarbesök	36 810	33 611	33 379	-9,3
	Övriga besök	20 026	22 839	25 407	26,9
	DRG-poäng, dagkirurgi	237	341	384	62,4
	Casemix, dagkirurgi	0,336	0,346	0,341	1,4

AL	Läkarbesök	28 775	29 620	29 371	2,1
	Övriga besök	14 244	15 326	16 671	17,0
	DRG-poäng, dagkirurgi	349	383	428	22,6
	Casemix, dagkirurgi	0,294	0,305	0,301	2,2
FSS	Läkarbesök	45 453	48 247	41 556	-8,6
	Övriga besök	23 065	24 261	23 922	3,7
	DRG-poäng, dagkirurgi	504	459	712	41,2
	Casemix, dagkirurgi	0,839	0,998	0,988	17,6
Alla sjukhus	Läkarbesök	1 317 426	1 299 001	1 263 403	-4,1
	Övriga besök	1 045 143	1 038 583	1 036 670	-0,8
	DRG-poäng, dagkirurgi	11 597	11 895	13 113	13,1
	Casemix, dagkirurgi	0,296	0,294	0,299	1,0

### *Kommentarer till utveckling av öppenvård*

Liksom tidigare ses en minskning av antalet besök inom den öppna vården. Den dagkirurgiska verksamheten ökar påtagligt trots att vissa DRG-grupper som innehåller glidningar i registreringspraxis tagits bort. Det kan ändå inte uteslutas att det finns kvar en effekt av förändrad registreringspraxis men en granskning av enskilda DRG-O-grupper för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus, som har de kraftigaste ökningarna visar inga uppenbara glidningar i registreringspraxis utan att det förekommit kraftiga prestationsökningar inom vissa grupper.

### **Sammanvägning av prestationer**

I likhet med tidigare rapport har vi valt att använda ett sammansatt prestationsmått 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 vikter som använts i föregående rapport samt redovisade prestationer och ersättningar till sjukhusen för inomlänsvård 2001-2003. De vikter använts är att 20,63 öppenvårdsbesök, 0,37 psykiatriska vårdtillfällen och 9,77 rättspsykiatriska vård dagar motsvarar en DRG-poäng.

En analys i föregående produktivitetsrapport har visat att sammanvägningen är relativt okänslig för storleken på viktningen men mycket känslig för förändringen av vikt över tid. Inom projektet har diskuterats om viktningen av öppenvårdsprestationer skall göras separat för respektive sjukhus och förändras över tiden. Det har inte varit möjligt därför att det saknas tillförlitliga beskrivningssystem av den öppna vården. Försök har gjorts att göra viktningar baserat på de varierande ersättningarna till sjukhusen men det har givit delvis orimligt resultat framförallt beroende på att prislistor inte varit lika stabila för de olika sjukhusen. Arbetsgruppen har istället valt att ha samma viktning av öppenvården för alla sjukhus. Däremot har vikten för öppenvården ökat med samma viktökning som vi kunnat påvisa inom den slutna vården. D.v.s. med 1,7 procent för 2002

och med 3,6 procent för 2003. Det är rimligt att anta att det skett en förskjutning mot mer resurskrävande fall även inom den öppna vården. På samma sätt som inom den slutna vården bör den minskning av besök vi sett inom den öppna vården ha skett genom att de enklare fallen tas omhand på annat sätt vilket leder till förskjutning mot större vårdtyngd. Vidare bör den minskning som ses inom den slutna vården ge mer resurskrävande fall i den öppna vården.

Jämfört med föregående rapport har dagkirurgin kunnat analyseras separat. Där har vi fångat en prestationsökning och en liten ökning av casemix.

**Tabell 3:6**

Sammanvägda prestationer	2001	2002	2003	Procentuell förändring 01-03
SU	187 678	189 474	189 353	0,9
NU	71 377	74 056	74 480	4,3
SÄS	50 920	48 603	50 377	-1,1
SkaS	61 525	60 281	61 866	0,6
Klv	14 510	14 129	14 029	-3,3
AL	8 352	8 767	9 106	9,0
FSS	4 598	5 074	4 988	8,5
Totalt	398 960	400 383	404 199	1,3

**Tabell 3:7 Sammanvägda prestationer uppdelat på prestationstyp**

Prestationstyp	Prestationer			Omvandlade till DRG-poäng			
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	Procentuell förändring 01-03
DRG	237 009	237 597	239 612	237 009	237 597	239 612	1,1
Besök	2 362 569	2 378 008	2 383 867	114 521	115 269	115 553	0,9
Dagkirurgi	11 597	11 895	13 113	11 597	11 895	13 113	13,1
Psykiatri, vtf	11 591	11 510	11 564	31 327	31 108	31 254	-0,2
Rättspsykiatri, vdg	44 029	44 097	45 593	4 507	4 514	4 667	3,6
Totalt				398 960	400 383	404 199	1,3

Fördelningen per sjukhus av de sammanvägda prestationerna uppdelat på prestationstyp framgår av bilaga 1:2.

## 4. Kostnader

### Metodbeskrivning

Utgångsläget vid jämförelsen av kostnadsutvecklingen mellan 2001-2003 vid regionens sjukhus och med 2001 som basår är inlämnade årsredovisningar.

För att kostnadsutvecklingen inte ska påverkas av ökade kostnader beroende på att sjukhusen ökat sin försäljning av tjänster, t.ex. laboratorieprover och röntgenundersökningar, har hänsyn även tagits till intäkterna. Kostnaderna och intäkterna för köpt och såld vård har eliminerats från sjukhusens totala kostnader och intäkter. Förutom dessa justeringar har också hänsyn tagits till organisatoriska förändringar och ändringar i ansvarsfördelningen lokalt/centralt som påverkat kostnader och intäkter. Under arbetets gång har underlaget vid flera tillfällen stämts av med och kompletterats av sjukhusen. Justeringarna per sjukhus framgår av bilaga 2.

Efter ovanstående justeringar har kostnadsutvecklingen beräknats i fast pris (2003 års kostnadsnivå). Sjukhusens kostnader för internhyror har inte omräknats till fast pris utan redovisas för respektive år med verklig kostnad. För att komma upp i 2003 års nivå har både kostnader (exkl. hyror) och intäkter räknats upp med index. Som grund för uppräknningen ligger Landstingsförbundets vägda index för löne- och prisförändringar. I regionen genomfördes höjningen av de sociala avgifterna 2002 och 2003 för verksamheterna under 2003 medan Landstingsförbundet införde höjningarna under resp. år. Av denna anledning har regionen justerat Landstingsförbundets index för förändringen av de sociala avgifterna för resp. år. Sammantaget för de två åren är dock regionens utveckling densamma som Landstingsförbundets.

Av nedanstående tabell framgår regionens index för löne- och prisförändringar.

Tabell 4:1

<b>Index</b>	<b>Regionen (%)</b>
<i>Löne- och prisförändringar</i>	
2001-2002 års nivå	3,7
2002-2003 års nivå	5,2

### Resultat

Av nedanstående tabell framgår kostnadsutvecklingen per sjukhus (mkr) 2001-2003

**Tabell 4:2**

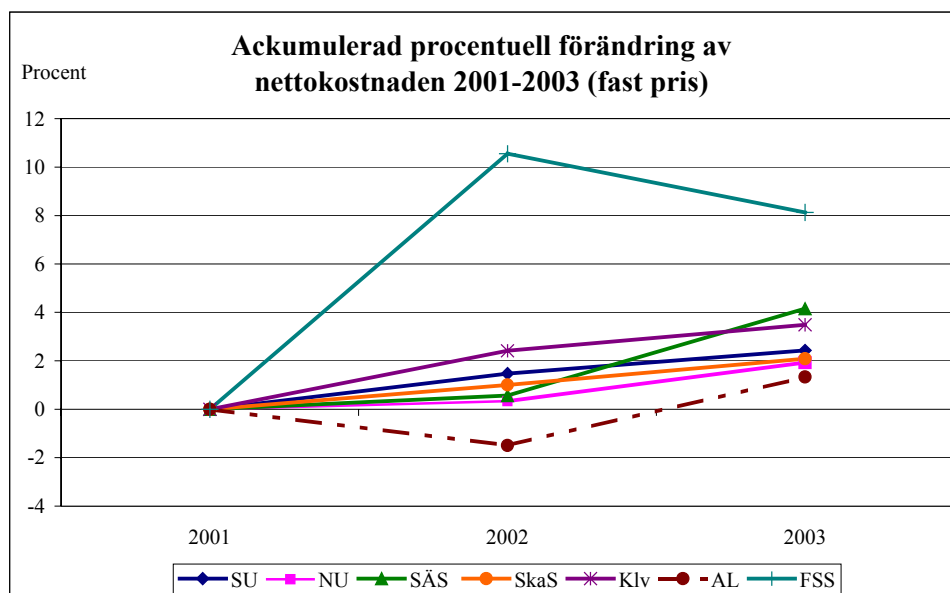
Nettokostnad fast pris (mkr)	2001	2002	2003	% förändring 2001/2003
SU	8 372,6	8 495,6	8 575,5	2,4
NU	2 877,1	2 886,6	2 932,5	1,9
SÄS	2 069,1	2 080,8	2 155,2	4,2
SkaS	2 403,2	2 427,3	2 453,4	2,1
Klv	500,7	512,8	518,1	3,5
AL	312,8	308,1	316,9	1,3
FSS	100,0	110,5	108,0	8,1
Summa fast pris	16 635,4	16 821,6	17 059,6	2,5

Av nedanstående tabell framgår den procentuella förändringen av kostnadsutvecklingen per sjukhus 2001-2003.

**Tabell 4:3**

Nettokostnad fast pris % förändring	2001/2002	2002/2003
SU	1,47	0,94
NU	0,33	1,59
SÄS	0,56	3,57
SkaS	1,00	1,07
Klv	2,41	1,05
AL	- 1,50	2,85
FSS	10,55	-2,24
Summa fast pris	1,12	1,41

Av nedanstående diagram framgår den ackumulerade procentuella förändringen av nettokostnadsutvecklingen per sjukhus 2001-2003.



Figur 4:1

Av tabellerna och diagrammet framgår att sjukhusens kostnadsutvecklingen totalt uppgår till 2,5 procent mellan 2001 och 2003, eller ca 425 mkr. Ökningen var något större mellan 2002/2003 än mellan 2001/2002. NU-sjukvården, SÄS och Alingsås lasarett ökade mest mellan 2002/2003. Alingsås lasarett minskade kostnaderna mellan 2001/2002 medan kostnaderna för Frölunda specialistsjukhus ökade kraftigt. Detta beroende på en utökad verksamhet (t.ex. kataraktoperationer), vilket också visar sig genom ökade personalkostnader, ökat antal anställda och fler utförda prestationer. På ett litet sjukhus som Frölunda specialistsjukhus kan relativt små förändringar i kostnadsbilden ge stora procentuella skillnader.

Kostnadsökningen mellan 2001/2003 består av både ökade kostnader och minskade intäkter för SÄS och Kungälvss sjukhus medan ökningen för de övriga sjukhusen består av både ökade kostnader och ökade intäkter.

**Personalkostnaderna** för resp. sjukhus särredovisas för att kunna jämföra personalkostnaderna med personalutvecklingen under 2001-2003. På samma sätt som för kostnader och intäkter totalt har avstämning under hand skett med sjukhusen. Gjorda justeringar framgår av bilaga 2. Personalkostnaderna har räknats om till fast pris. Landstingsförbundets index för löner och sociala avgifter har använts som grund och sedan räknats om i regionen p.g.a. förändringen av de sociala avgifterna som beskrivits ovan.

Av nedanstående tabell framgår regionens index för löner och sociala avgifter.

**Tabell 4:4**

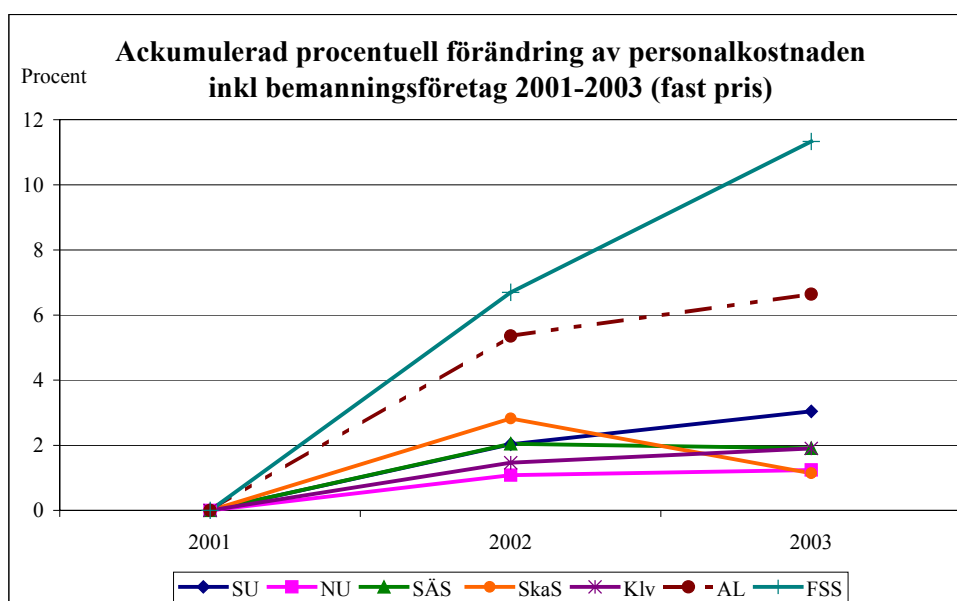
<b>Index</b>	<b>Regionen (%)</b>
<i>Löner och sociala avgifter</i>	
2001-2002 års nivå	4,3
2002-2003 års nivå	6,7

Av nedanstående tabell framgår utvecklingen av personalkostnaderna per sjukhus (mkr) 2001-2003 och utvecklingen av kostnaderna för bemanningsföretag.

**Tabell 4:5**

<b>Personalkostnad fast pris (mkr)</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>% förändring 2001/2003</b>
SU	6 235,5	6 332,6	6 403,5	2,7
NU	1 999,3	2 012,2	2 018,0	0,9
SÄS	1 503,5	1 511,2	1 526,0	1,5
SkaS	1 550,5	1 578,6	1 563,5	0,8
Klv	366,1	370,4	373,1	1,9
AL	198,1	211,8	214,6	8,3
FSS	62,3	67,3	69,5	11,6
<b>Summa</b>	<b>11 915,3</b>	<b>12 084,0</b>	<b>12 168,3</b>	<b>2,1</b>
<b>Bemanningsföretag i fast pris (mkr)</b>				
SU	34,9	65,3	57,9	65,8
NU	73,6	83,2	80,7	9,6
SÄS	16,9	40,4	23,4	38,4
SkaS	30,9	47,4	35,4	14,5
Klv	0,0	1,1	0,0	0,0
AL	6,2	3,4	3,3	- 47,5
FSS	0,8	0,1	0,8	- 7,6
<b>Summa</b>	<b>163,3</b>	<b>240,8</b>	<b>201,4</b>	<b>23,3</b>
<b>Personalkostnad inkl. bemanningsföretag</b>				
SU	6 270,4	6 397,8	6 461,4	3,0
NU	2 072,9	2 095,4	2 098,7	1,3
SÄS	1 520,4	1 551,5	1 549,4	1,9
SkaS	1 581,3	1 626,0	1 598,9	1,1
Klv	366,1	371,5	373,1	1,9
AL	204,3	215,2	217,8	6,7
FSS	63,2	67,4	70,3	11,3
<b>Summa</b>	<b>12 078,6</b>	<b>12 324,7</b>	<b>12 369,7</b>	<b>2,4</b>
<b>Andel bemannings- företag av total %</b>	<b>1,4</b>	<b>2,0</b>	<b>1,6</b>	

Av nedanstående diagram framgår den ackumulerade procentuella förändringen av personalkostnadsutvecklingen per sjukhus 2001-2003.



Figur 4:2

Av ovanstående tabeller och diagram framgår att personalkostnaderna exkl. bemanningsföretag har ökat med 2,1 procent och inkl bemanningsföretag med 2,4 procent mellan 2001 och 2003 eller ca 250 mkr resp. 290 mkr. Sjukhusen hade den största ökningen av personalkostnaderna inkl bemanningsföretag mellan år 2001 och 2002 och för sjukhusen totalt uppgick ökningen till ca 2 procent eller 246 mkr.

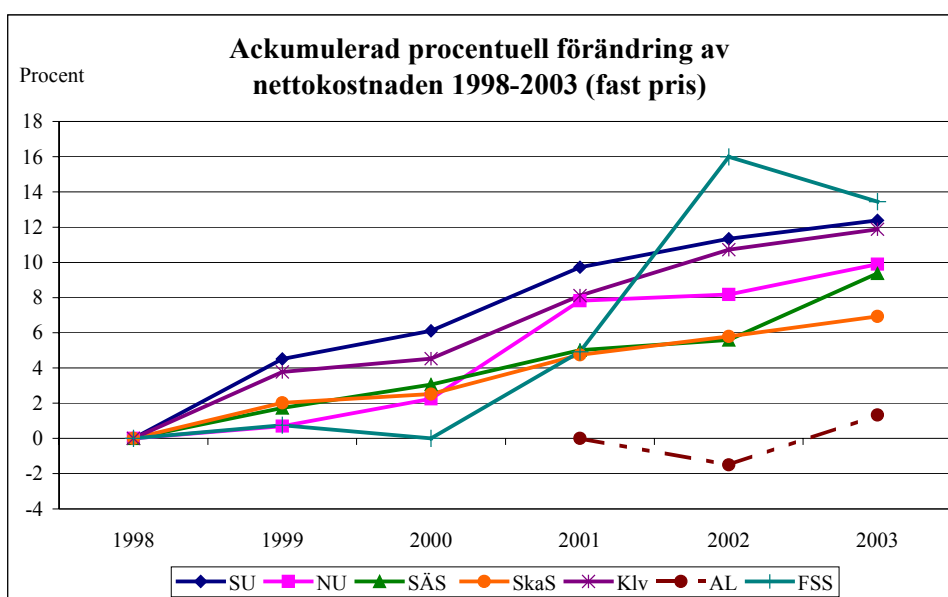
Kostnaderna för bemanningsföretag har ökat med ca 23 procent mellan 2001 och 2003. Mellan 2001 och 2002 ökade kostnaderna med 78 mkr (47 procent) medan anlitaandet av bemanningsföretag minskade mellan 2002 och 2003 med ca 16 procent (39 mkr). Andelen kostnader för bemanningsföretag av den totala personalkostnaden minskade från 2,0 till 1,6 procent mellan 2002 och 2003.

## Jämförelse av kostnadsutvecklingen med tidigare produktivetsstudier

### Jämförelse 1998-2003

Sjukhusens utveckling skiljer inte bara mellan varandra utan också över tid. Nedan visas de procentuella förändringarna i denna rapporten jämfört med tidigare rapport avseende 1998-2001. I den tidigare rapporten redovisades Alingsås lasarett under SÄS medan de båda sjukhusen i denna rapporten redovisas separat.

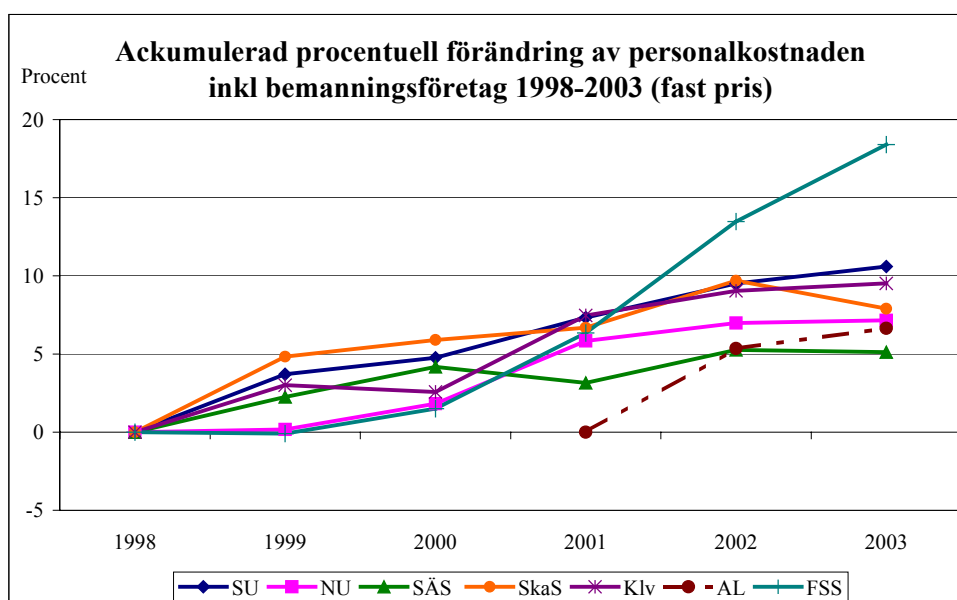
Nedanstående diagram visar den ackumulerade procentuella förändringen av kostnadsutvecklingen per sjukhus 1998-2003.



Figur 4:3

Totalt för sjukhusen har kostnaderna ökat med 10,6 procent mellan 1998 och 2003. De största kostnadsökningarna skedde mellan 1998/1999 och 2000/2001. Generellt för sjukhusen gäller att kostnadsökningstakten minskat något från 2001 och framåt. Frölunda specialistsjukhus har en utökad verksamhet, vilket också framgår av ökade personalkostnader.

Nedanstående diagram beskriver den ackumulerade procentuella förändringen av personalkostnadsutvecklingen inkl bemanningsföretag per sjukhus 1998-2003.



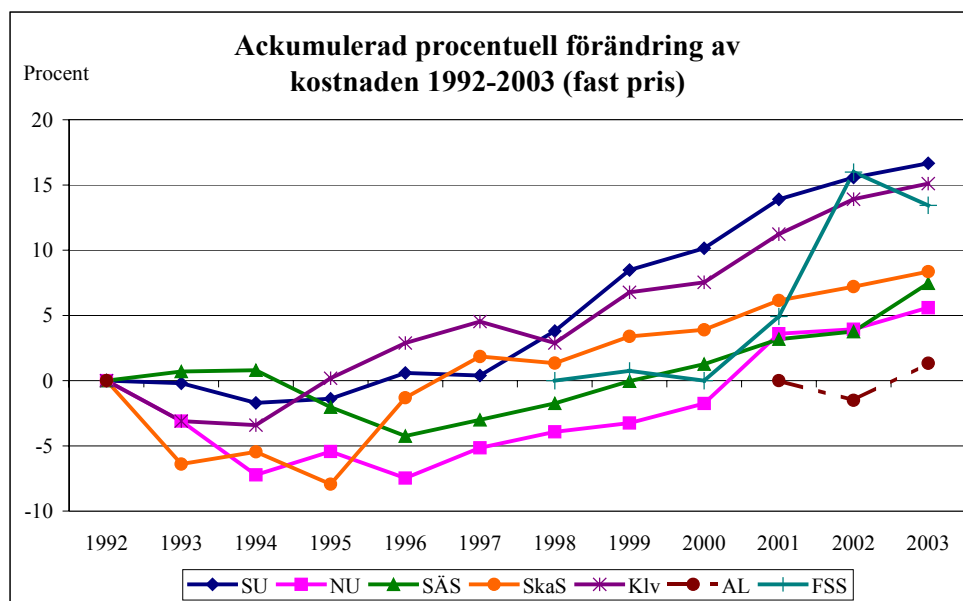
Figur 4:4

Sjukhusens totala personalkostnad inkl bemanningsföretag har under perioden 1998-2003 ökat med ca 9 procent. Kostnaderna har ökat med ca 2 procent per år fram till 2002/2003 då öknings-  
takten minskade och uppgick till 0,4 procent. Av diagrammet framgår också den utökade verksamheten vid Frölunda specialistsjukhus.

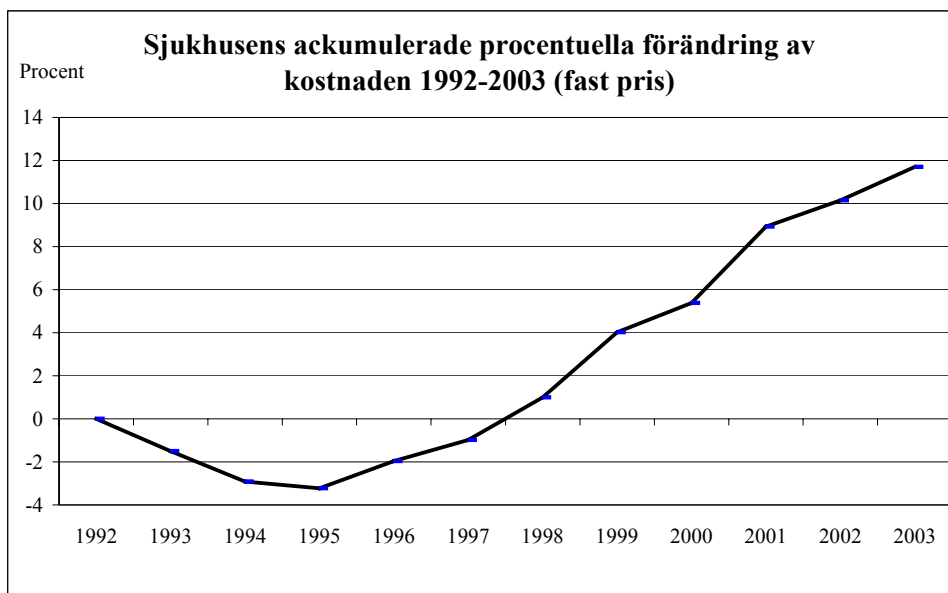
### Jämförelse 1992-2003

Den tidigare produktivetsstudien 1998-2003 och denna studien 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 1992-2003, 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 1992-2003 dels per sjukhus, dels för sjukhusen totalt.



Figur 4:5



Figur 4:6

I rapporten "Fördjupat analys av produktivitetutvecklingen vid regionens sjukhus" konstateras bl.a.: För att gör jämförelser över tiden för resp. sjukhus är det viktigt att även beakta att sjukhusens utveckling inte bara skiljer mellan varandra utan även varierar över tiden. T.ex. 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. 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".

## 5. Personal

### Metodbeskrivning

Uppgifterna till jämförelsen av utvecklingen inom personalområdet mellan 2001 och 2003 vid regionens sjukhus och med 2001 som basår baseras på inlämnade årsredovisningar. Justeringar har gjorts för organisatoriska förändringar för att möjliggöra jämförelse över åren (bilaga 3).

Personalvolymen beskrivs genom antal årsarbetare, frånvarande årsarbetare samt närvarande årsarbetare. Årsarbetare definieras som summan av tillsvidare- och visstidsanställdas sysselsättningsgrader omräknat till totalt antal heltidsarbeten per den siste december respektive år samt för timanställda redovisade antal timmar i november respektive år delat med 165. Närvarande årsarbetare är antal årsarbetare justerat för frånvaro i form av sjukfrånvaro, vård av barn, semester, föräldraledighet, utbildning, fackligt uppdrag, ”övrig frånvaro med lön” samt ”övrig frånvaro med lön” samt ”övrig frånvaro utan lön”. Definitioner och beräkningar framgår av bilaga 3:1.

De personalkategorier som redovisas är sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster, undersköterskor/skötare, tandvårdspersonal, administrativ personal, läkarsekreterare, teknisk personal, personal inom fritids- och utbildningsverksamhet, personal inom social- och omsorgsverksamhet samt ekonomi/transportpersonal.

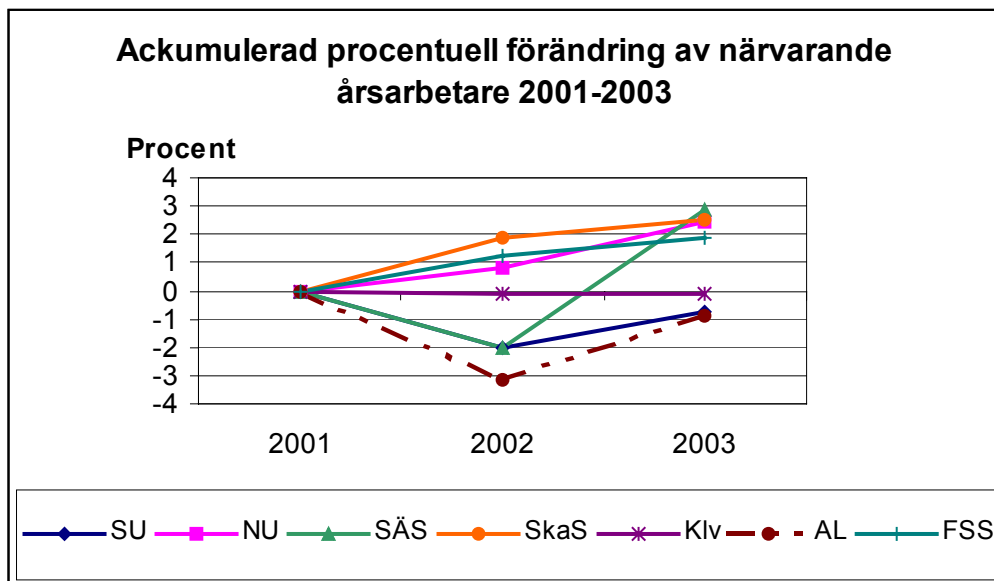
### Resultat

Utvecklingen visar att under fyraårsperioden 2000-2003 med 1999 som bas har antalet totala årsarbetare för samtliga sjukhus ökat med 6,1 procent, frånvarande årsarbetare med 14,9 procent och antalet närvarande årsarbetare har ökat med 2,7 procent. Motsvarande förändring under tvåårsperioden 2002-2003 med 2001 som bas är för totala årsarbetare en ökning med 2,3 procent, frånvarande årsarbetare 6,2 procent samt närvarande årsarbetare 0,7 procent.

Tabell 5:1

Samtliga sjukhus	1999	2000	2001	2002	2003	99/03	01/03
Totalt årsarbetare	29 359	29 797	30 444	30 766	31 143	6,1	2,3
Frånvarande årsarbetare	8 182	8 609	8 856	9 389	9 403	14,9	6,2
Närvarande årsarbetare	21 177	21 188	21 588	21 378	21 740	2,7	0,7

Nedanstående diagram visar den ackumulerade procentuella förändringen av närvarande årsarbetare per sjukhus under åren 2001/2003.



Figur 5:1

SÄS, NU, SkaS och Frölunda har ökat antalet närvarande årsarbetare medan för Kungälv är omfattningen i stort sett oförändrad. AL och SU har minskat antalet närvarande årsarbetare.

Nedanstående tabeller visar utvecklingen av totala, frånvarande och närvarande åarbetare per sjukhus 2001-2003.

**Tabell 5:2**

Sjukhus	Årsarbetare	Förändring			
		2001	2002	2003	01/03
SU	Totalt årsarbetare	15 892	16 055	16 234	2,2
	Frånvarande årsarbetare	4 550	4 940	4 973	9,3
	Närvarande årsarbetare	11 342	11 115	11 262	-0,7
NU	Totalt årsarbetare	5 127	5 207	5 267	2,7
	Frånvarande årsarbetare	1 476	1 525	1 527	3,5
	Närvarande årsarbetare	3 652	3 682	3 740	2,4
SÄS	Totalt årsarbetare	3 824	3 831	3 977	4,0
	Frånvarande årsarbetare	1 128	1 189	1 205	6,8
	Närvarande årsarbetare	2 696	2 642	2 772	2,8
SkaS	Totalt årsarbetare	3 954	4 004	3 995	1,0
	Frånvarande årsarbetare	1 219	1 218	1 191	-2,3
	Närvarande årsarbetare	2 735	2 786	2 804	2,5
Klv	Totalt årsarbetare	950	971	968	1,9
	Frånvarande årsarbetare	286	308	305	6,7
	Närvarande årsarbetare	664	663	663	-0,1
AL	Totalt årsarbetare	538	531	533	-0,9
	Frånvarande årsarbetare	159	161	157	-0,9
	Närvarande årsarbetare	379	367	376	-0,9
FSS	Totalt årsarbetare	160	170	168	5,4
	Frånvarande årsarbetare	39	48	45	16,2
	Närvarande årsarbetare	121	122	123	1,9
Samtliga sjukhus	Totalt årsarbetare	30 444	30 769	31 143	2,3
	Frånvarande årsarbetare	8 856	9 389	9 403	6,2
	Närvarande årsarbetare	21 588	21 378	21 740	0,7

Av tabellen framgår att alla sjukhus utom Alingsås har ökat antalet årsarbetare under 2001-2003. Den största procentuella ökningen visar Frölunda specialistsjukhus på 5,4 procent. NU, SÄS, SkaS samt FSS ökade antalet närvarande årsarbetare under perioden. Det sjukhus som visar den största ökningen av närvarande årsarbetare är SÄS (2,8 procent).

Nedanstående tabell visar att samtliga personalkategorier har ökat förutom undersköterskor/skötare, personal inom utbildning- och fritidsverksamhet samt personal inom ekonomi/transport som har minskat.

**Tabell 5:3**

Samtliga sjukhus	Förändr Förändr				
	2001 Årsarb	2002 Årsarb	2003 Årsarb	01/03 Årsarb	01/03 Procent
Hälso o sjukvård vårdförbundet	10587	10692	11072	485	4,6
Hälso o Sjukvård Kommunal	8198	8155	8034	-163	-2,0
Paramedicinsk Personal	2053	2057	2098	45	2,2
Läkare	3255	3337	3348	94	2,9
Tandvårdspersonal	37	38	40	3	7,5
Administrativ Personal	2006	2074	2085	79	4,0
Läkarsekreterare	2029	2091	2118	90	4,4
Teknisk Personal	443	482	556	113	25,4
Utbildning/Fritidspersonal	127	116	116	-11	-8,7
Omsorg/Social Personal	175	186	192	17	9,9
Ekonomi/Transport Personal	1535	1537	1483	-52	-3,4
<b>Samtliga</b>	<b>30444</b>	<b>30766</b>	<b>31143</b>	<b>699</b>	<b>2,3</b>

Till antalet är det sjuksköterskor, teknisk personal samt läkare som har ökat mest. Den största minskningen finns inom kategorin undersköterskor/skötare. Bilaga 3:2 visar bemanningen inom olika personalkategorier under 2001-2003 för respektive sjukhus.

#### *Frånvaro*

Av nedanstående tabell framgår att Kungälv's sjukhus har den största ökningen av sjukfrånvaron under perioden 2001-2003 med 27,6 procent (34,2 kl d/anst 2003). Frölunda specialistsjukhus visar den största minskningen med 11,9 procent.

**Tabell 5:4**

	2001	2002	2003	Förändring 2001-2003	
				antal	%
<b>SU</b>					
Total frånvaro kld/anst	104,5	112,3	111,8	7,3	7,0
-varav sjukfrånvaro-	27,2	29,4	28,9	1,7	6,3
<b>NU</b>					
Total frånvaro kld/anst	105	106,9	105,8	0,8	0,8
-varav sjukfrånvaro-	31,6	33,2	32,2	0,6	1,9
<b>SÄS</b>					
Total frånvaro kld/anst	107,7	113,3	110,6	2,9	2,7
-varav sjukfrånvaro-	28,9	28,6	27,1	-1,8	-6,2
<b>Skas</b>					
Total frånvaro kld/anst	112,5	111	108,8	-3,7	-3,3
-varav sjukfrånvaro-	26,1	25	23,4	-2,7	-10,3
<b>Klv</b>					
Total frånvaro kld/anst	109,9	115,9	115	5,1	4,6
-varav sjukfrånvaro-	26,8	31,9	34,2	7,4	27,6
<b>AL</b>					
Total frånvaro kld/anst	107,7	111,3	107,7	2,9	0,0
-varav sjukfrånvaro-	28,9	34,9	31,9	-1,8	10,4
<b>FSS</b>					
Total frånvaro kld/anst	89,1	102,6	98,2	9,1	10,2
-varav sjukfrånvaro-	37,1	36,9	32,7	-4,4	-11,9
<b>Totalt</b>					
Total frånvaro kld/anst	106,2	111,4	110,2	4,0	3,8
-varav sjukfrånvaro-	27,6	29,6	28,8	1,2	4,3

### *Prestationer per närvarande årsarbetare*

Produktiviteten mätt som prestationer per närvarande årsarbetare inklusive bemanningsföretag har under perioden 2001-2003 ökat totalt för samtliga sjukhus med 0,5 procent. Alingsås visar den största procentuella förändringen på 10,5 procent.

**Tabell 5:5**

Tkr	2001	2002	2003	Procentuell förändring 01-03
SU	16,5	16,9	16,7	1,3
NU	19,2	19,7	19,5	1,5
SÄS	18,8	18,2	18,0	-4,1
SkaS	22,3	21,4	21,8	-2,1
Klv	21,9	21,3	21,2	-3,2
AL	21,8	23,6	24,0	10,5
FSS	38,1	41,6	40,6	6,5
Totalt	18,4	18,5	18,4	0,5

*Personalkostnad inkl bemanningsföretag per prestation*

Personalkostnaden inkl bemanningsföretag per prestation (tkr) har ökat med 1,1 procent för sjukhusen totalt. Den största ökningen visar Kungälvssjukhus (5,4 procent) medan NU har den största minskningen.

**Tabell 5:6**

Tkr	2001	2002	2003	Procentuell förändring 01-03
SU	33 410	33 766	34 123	2,1
NU	29 042	28 294	28 179	- 3,0
SÄS	29 858	31 922	30 756	3,0
SkaS	25 702	26 973	25 845	0,6
Klv	25 233	26 293	26 596	5,4
AL	24 456	24 547	23 922	- 2,2
FSS	13 736	13 281	14 096	2,6
Totalt	30 275	30 782	30 603	1,1

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 personalkostnad 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.

## 6. Produktivitetsutveckling

### Perioden 2001-2003

Huvudsyftet med denna studie är att visa produktivitetsutvecklingen för respektive sjukhus och inte att jämföra produktiviteten mellan sjukhusen.

Jämfört med föregående studie 1998-2001 redovisas i denna studie även produktivitetsutvecklingen för Alingsås lasarett och Frölunda specialistsjukhus. Alingsås lasarett bröts 2001 ut från SÄS och bildade en egen förvaltning. För Frölunda Specialistsjukhus finns för de nu aktuella åren tillgängliga prestationer (inkl DRG) på samma sätt som övriga sjukhus, vilket inte var fallet i förra studien.

Ovan har beskrivits utvecklingen under perioden avseende prestationer, kostnader och personal. De sammanvägda prestationerna har ökat med 1,3 procent och samtidigt har kostnaderna ökat med 2,5 procent i fasta priser. Antalet årsarbetare inkl bemanningsföretag har ökat med 2,5 procent. Totalt för sjukhusen har produktiviteten därmed försämrats med ca 1 procent under tvåårsperioden 2002-2003 med 2001 som bas.

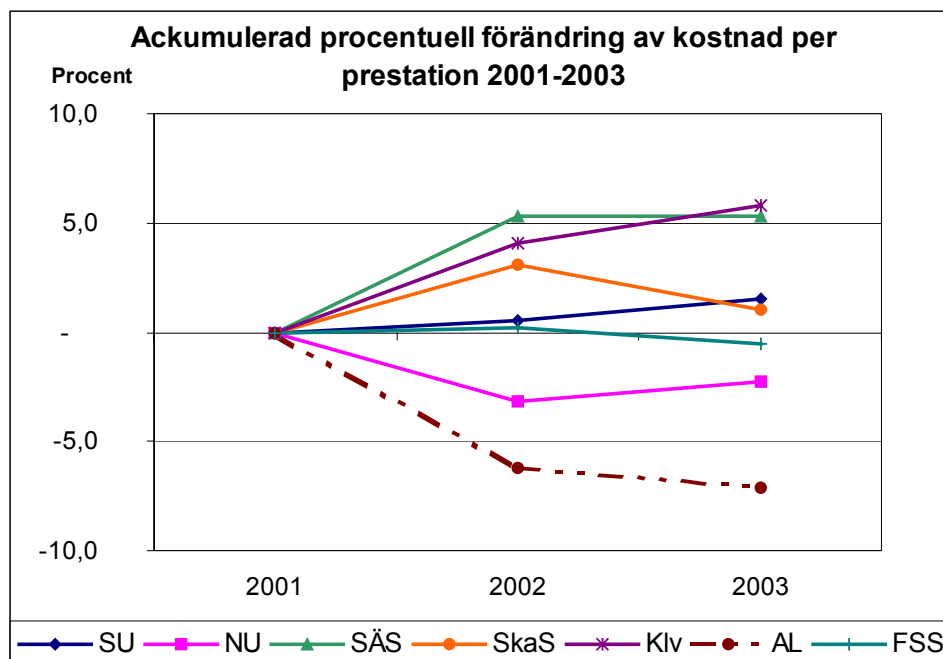
I tabellen nedan redovisas utvecklingen av kostnadsnivån (i fast pris) per sammanvägd prestation under perioden 2001-2003.

**Tabell 6:1**

<b>Kostnad per sammanvägd prestation (1000-tal kronor)</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>Procentuell förändring 01-03</b>
SU	44,6	44,8	45,3	1,5
NU	40,3	39,0	39,4	-2,3
SÄS	40,6	42,8	42,8	5,3
SkaS	39,1	40,3	39,7	1,5
Klv	34,5	36,3	36,9	7,0
AL	37,4	35,1	34,8	-7,1
FFS	21,7	21,8	21,7	-0,4
Totalt	41,7	42,0	42,2	1,2

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.

I nedanstående diagram visas den ackumulerade procentuella produktivitetsförändringen (mätt som förändring av kostnad per sammanvägd prestation) för respektive sjukhus per år.



Figur 6:1

För *Sahlgrenska Universitetssjukhuset* har kostnaden per prestation ökat med 1,5 procent (produktivitetförsämring) vilket hänförs till att kostnaderna ökat med 2,4 procent och prestationerna ökat med 0,9 procent.

Totala antalet årsarbetare har ökat med 343 eller 2,2 procent. Antalet frånvarande årsarbetare har ökat med 9,3 procent (423) medan närvarande årsarbetare minskat med 0,7 procent (-80).

*NU-sjukvården* har minskat sina kostnader per prestation med 2,3 procent (produktivitetsförbättring), vilket hänförs till att kostnaderna ökat med 1,9 procent och prestationerna ökat med 4,3 procent. Prestationsökningen påverkas något av den DRG-glidning som skett inom *NU-sjukvården*.

Totala antalet årsarbetare har ökat med 2,7 procent (140). Antalet frånvarande årsarbetare har under perioden ökat med 3,5 procent (51) och närvarande årsarbetare med 2,4 procent (89).

*Södra Älvsborgs sjukhus* uppvisar en kostnadsökning per prestation på 5,3 procent (produktivitetförsämring), vilket hänförs till att kostnaderna ökat med 4,2 procent samtidigt som prestationerna minskat med 1,1 procent.

Totala antalet årsarbetare har ökat med 4,0 procent (154). Antalet frånvarande årsarbetare har ökat med 6,8 procent (77) och närvarande årsarbetare har ökat med 2,8 procent (77).

*Skaraborgs sjukhus* har ökat sina kostnader med 1,5 procent per prestation (produktivitetsförsämring), vilket hänförs till att kostnaderna ökat med 2,1 procent och prestationerna ökat med 0,6 procent. Prestationsökningen påverkas något av den DRG-glidning som skett inom SkaS.

Totala antalet årsarbetare har ökat med 1,0 procent (41). Antalet frånvarande årsarbetare har minskat med 2,3 procent (28) och närvarande årsarbetare har ökat med 2,5 procent (69).

För *Kungälvvs sjukhus* har kostnaderna per prestation ökat med 7,0 procent (produktivitetsförsämring), vilket hänförs till att kostnaderna ökat med 3,5 procent samtidigt som prestationerna minskat med 3,3 procent.

Totala antalet årsarbetare har ökat med 1,9 procent (19). Antalet frånvarande årsarbetare har ökat med 6,7 procent (19) medan närvarande årsarbetare i stort sett varit oförändrade.

För *Alingsås lasarett* har kostnaderna per prestation minskat med 7,1 procent (produktivitetsförbättring), vilket hänförs till att kostnaderna ökat medan 1,3 procent medan prestationerna ökat 9,0 procent. Detta är den lägsta kostnadsökningen och högsta prestationsökningen (tillsammans med FFS) bland sjukhusen.

Antalet årsarbetare har minskat med 0,9 procent (-5). Antalet frånvarande årsarbetare har minskat med 0,9 procent (-2) och antalet närvarande har minskat med 0,9 procent (-3).

*Frölunda specialistsjukhus* har minskat sina kostnader per prestation med 0,4 procent (produktivitetsförbättring), vilket hänförs till att kostnaderna ökat med 8,1 procent men samtidigt har prestationerna ökat 8,5 procent. FSS har den högsta kostnadsökningen och högsta prestationsökningen bland sjukhusen.

Antalet årsarbetare har ökat med 5,4 procent (8). Antalet frånvarande årsarbetare har ökat med 16,2 procent (6) och antalet närvarande har ökat med 1,9 procent (2).

**Sammanfattningsvis** visar den genomförda studien att produktiviteten sammantaget för sjukhusen varit i stort sett oförändrad under perioden 2001-2003. Kostnaden per prestation har endast ökat med 0,6 procent per år eller sammanlagt med 1,2 procent. Detta härleds till att kostnaderna ökat med 2,5 procent och prestationerna ökat med 1,3 procent. En stor del av kostnadsökningen beror på att antalet anställda har ökat. Produktiviteten har utvecklats olika vid sjukhusen.

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

### **Jämförelse med föregående produktivetsstudie**

I tabellen nedan redovisas utvecklingen av kostnadsnivån (i fast pris) per sammanvägd prestation under tvåårsperioden 2002-2003 med 2001 som bas enligt denna studie och jämfört med treårsperioden 1999-2001 med 1998 som bas enligt föregående studie.

Tabell 6:2

Kostnad per prestation	Förändring		Förändring	
	1998-2001	per år	2001-2003	per år
	%	%	%	%
SU	10,8	3,6	1,5	0,7
NU	6,8	2,3	-2,3	-1,2
SÄS	7,0	2,3	5,3	2,6
SkaS	3,1	1,0	1,5	0,7
Klv	7,9	2,6	7,0	3,5
AL			-7,1	-3,5
FSS			-0,4	-0,2
<b>Totalt</b>	<b>8,2</b>	<b>2,6</b>	<b>1,2</b>	<b>0,6</b>

Produktivitetens utvecklingen under perioden 2001-2003 som beräknats i denna studie innebär en förbättrad utveckling jämfört med utvecklingen under föregående treårsperiod 1998-2001.

Utvecklingen under föregående treårsperiod 1998-2001 innebar en produktivitetens försämring om 2,6 procent per år eller sammanlagt ca 8 procent när bedömda vårdtyngdsförändringar inom den öppna vården och psykiatrien inräknats. Försämringen härleddes i princip helt till att kostnaderna ökat medan produktionen varit i stort sett oförändrad. Under den nu aktuella perioden 2001-2003 försämras produktiviteten med 0,6 procent per år. Härav ökar kostnaderna med 1,2 procent per år och produktionen ökar med 0,6 procent per år, vilket är en bättre utveckling än föregående tre år både avseende kostnadsutveckling och produktionsutveckling. För NU och SU är produktivitetens utvecklingen väsentligt bättre och för SkaS något bättre medan för SÄS och Klv är utvecklingen något sämre.

AL och FSS kan ej jämföras med föregående period eftersom de inte ingick i mätningen då men visar under den nu aktuella perioden båda produktivitetens förbättringar.

## **7. Fortsatta studier över sjukhusens produktivitet**

Studier över sjukhusens produktivitet har genomförts vid olika tillfällen och omfattat olika tidsperioder. Denna rapport avser utvecklingen under tvåårsperioden 2002-2003 med 2001 som bas och föregående rapport avsåg treårsperioden 1999-2001 med 1998 som bas. Dessförinnan har en rapport tagits fram som avser sexårsperioden 1993-1998 med 1992 som bas.

Arbetsgruppen anser, att det är angeläget, att kontinuerligt följa sjukhusens produktivitet. Därför föreslås att utvecklingen beskrivs årligen i särskild rapport.

Produktionen per årsarbetare har minskat under perioden medan produktionen per närvarande årsarbetare är relativt oförändrad, vilket beror på att olika typer av frånvaro har ökat. En fortsatt analys av betydelsen av frånvaro bör göras.