

## REVISIONSRAPPORT

## PROJEKTRAPPORT

## Jämförelser av akutsjukhusens kostnads- och produktivitetsutveckling 2003

- \* *Skillnaderna i kostnadsutveckling* mellan akutsjukhusen år 2003 är betydande, med en variation från 3 % för Norrtälje sjukhus till 10 % för Karolinska sjukhuset. I en *jämförelse mot tidigare granskad period 1998 – 2002*, med en genomsnittlig kostnadsökning på 11 % per år, är kostnadsutvecklingen för 2003 väsentligen dämpad för flertalet sjukhus, dock inte för Karolinska sjukhuset (10 %) och Danderyds sjukhus (9 %).
- \* Även då det gäller *produktivitetsutvecklingen under 2003*, uttryckt som förändring i kostnaden (i löpande priser) per producerad poäng, finns betydande skillnader mellan sjukhusen, med en variation från 3 % för Södersjukhuset till 9 % för Södertälje sjukhus. Även vid en parvis jämförelse mellan likartade sjukhus för perioden 1998 – 2003 kvarstår relativt betydande skillnader. I huvudsak synes dessa bero på skillnader i kostnadsutveckling.
- \* Jämförelser mellan sjukhusen visar år 2003 på stora skillnader i kostnadsslagsandelar (läkare, etc.) resp. i kostnadsslagens produktivitet. En beräkning indikerar att det för de sex sjukhusen, vid årsskiftet 2003/2004, fanns en *teoretisk rationaliseringspotential* vid användning av en ekonomiskt sett "best practice", på totalt mellan 300 och 900 mkr.
- \* Intresset från sjukhusen för att använda *självkostnadsredovisningarna för intern uppföljning och rationalisering av befintlig verksamhet* är i nuläget relativt begränsat. Redovisningen av de årliga självkostnaderna borde vara helt öppen och kopplas till någon form av "*publicerade jämförelser*".

## Jämförelser av akutsjukhusens produktivitets- och kostnadsutveckling 2003

### Sammanfattning

Granskningsarbetet med jämförelser mellan sjukhus har fortsatt även under 2004. Detta arbete har även fortsättningsvis utgångspunkt i jämförelser av kostnads- och produktivitetsutvecklingen mellan akutsjukhusen. Det siffermaterial som nyttjas utgår i huvudsak från den självkostnadsredovisning för 2003 som genomförts vid landstingets sex akutsjukhus (S:t Eriks Ögonsjukhus AB exkluderad). Jämförelser görs också mellan 2003 och tidsperioden 1998 – 2002.

Ett fokus har varit att granska hur möjligheterna till jämförelser tas till vara i organisationen i arbetet med styrning och uppföljning samt hur instrument och metoder för att stödja detta används och utvecklas.

### Kostnads- och produktivitetsutvecklingen under 2003 (enligt självkostnadsredovisningen)

*Kostnadsutvecklingen* under 2003 är i en jämförelse mellan sjukhusen relativt ojämn. Endast Huddinge Universitetssjukhus AB (HS) och Norrtälje Sjukhus AB (NTS) har lyckats begränsa kostnadsökningarna till en nivå av 3 – 4 %. Karolinska sjukhuset (KS) med 10 % och Danderyds sjukhus AB (DS) med 9 % har varit minst återhållsamma då det gäller kostnadsutvecklingen under 2003.

*Läkarkostnaderna* fortsätter i huvudsak att under 2003 öka med ungefär samma storlek som för perioden 1998 – 2002 (10 %).

Förändringen i kostnad per producerad poäng (i löpande priser) för 2003 jämfört med 2002, är en indikator på *produktivitetsutvecklingen*. Flertalet sjukhus har haft en försämring (d.v.s. kostnadsökning) med 4 - 5 %. Från detta avviker Norrtälje sjukhus och Södersjukhuset positivt med endast 2 resp. 3 % försämring. Södertälje sjukhus avviker negativt med hela 8 % försämring.

I en jämförelse mot tidsperioden 1998 – 2002 är produktivitetsutvecklingen under 2003 i allmänhet något bättre. Då var motsvarande produktivitetsutveckling (uttryckt som ökningen i kostnad per producerad poäng i löpande priser) ca 6 % per år i genomsnitt för akutsjukhusen.

Jämförelsen mellan sjukhus visar på vissa *markanta skillnader i kostnadslagsandelar*, även vid en parvis jämförelse (t.ex. Södersjukhuset vs Danderyd). Det är angeläget att klara ut orsakerna till dessa skillnader.

Avvikelserna torde i många fall sannolikt indikera möjliga rationaliseringar. I vissa fall kan även skillnader i redovisningspraxis eventuellt ha viss betydelse.

De *parvisa jämförelser* som gjorts mellan likartade sjukhus för tidsperioden 1998 - 2003, visar relativt tydligt att det finns vissa skillnader i produktiviteten mellan

sjukhusen, uttryckt som skillnader i kostnad per producerad poäng vid olika tidpunkter. Dessa skillnader synes till största del bero på skillnader i kostnadsnivåer, förutsatt att det inte finns systematiska skillnader mellan sjukhusen i tillämpningen av DRG-rapporteringen.

I några fall har dock även skillnader i volymutveckling viss betydelse. Sammantaget antyder produktivitetjämförelserna att det sannolikt finns icke oväsentliga rationaliseringspotentialer på sina håll i den befintliga verksamheten.

#### Rationaliseringspotentialer vid årsskiftet 2003/2004; teoretiska beräkningar

*Teoretiska beräkningar* har gjorts av vilka kostnadssänkningar som skulle kunna göras om sjukhusen använde sig av en resurssammansättning och en kostnadseffektivitet som skulle kunna svara mot ett slags ekonomiskt "best practice". Två sådana alternativ för ekonomiskt "best practice" har beräknats:

- (a) I en parvis jämförelse, sänker det dyrare sjukhuset sin kostnadsslagsandel till det andra sjukhusets nivå.
- (b) I en jämförelse mellan alla sjukhus, ökar sjukhusen sin "kostnadsslagsproduktivitet" för resp. (specificerat) kostnadslag till det produktivaste sjukhusets nivå.

Sådana teoretiska beräkningar, applicerade på 2003 års självkostnadsredovisning, indikerar en rationaliseringspotential vid årsskiftet 2003/2004, i fallet (a) med över 300 mkr och i fallet (b) med nästan 900 mkr, totalt sett för de sex granskade sjukhusen. Det är viktigt att tillägga att detta inte innebär att revisionskontoret anser att akutsjukhusen överlag skulle vara improduktiva. Inte heller kan vi uttala oss om effektiviteten i sjukvårdsverksamheten. Mycket talar samtidigt för att det är detta rationaliseringsutrymme som under 2004 till vissa delar tagits i anspråk, då sjukhusen överlag rapporterat mycket låga kostnadsökningar under 2004.

#### Produktivitetuppföljning; nyttjande av självkostnadsredovisningarna för uppföljningsändamål

Sättet att använda självkostnadsmaterialet varierar kraftigt mellan sjukhusen. Den samlade bilden är dock att i nuläget med pågående stora strukturella förändringar är nyttjandet av materialet från självkostnadsredovisningarna för uppföljningsändamål, relativt begränsat.

Ett grundläggande problem har varit det ointresse som hitintills allmänt funnits då det gäller att följa produktivitetutvecklingen i sjukvården.

Införandet av DRG-systemet har inneburit ett stort framsteg i redovisningen av produktion och prestationer i den slutna akutsjukvården. Det är därför viktigt att Landstingsstyrelsen och dess förvaltning arbetar vidare med denna redovisning och med den till DRG-systemet kopplade självkostnadsredovisningen. Det krävs emellertid att man nyttjar resultaten mycket mer aktivt för uppföljning och styrning av verksamheten. En ordning med årliga "publicerade jämförelser" av sjukhusens självkostnadsredovisningar borde vara en god grund för dels "benchmarking" mellan sjukhus/kliniker och dels för ett internt medicinskt effektiviseringsarbete.

En sådan öppen årlig benchmarking, borde också utgöra en utmärkt grund för *beställarens uppföljning och analys* av vilken vård man får och kan få för pengarna.

Det är också viktigt att ett kraftfullt arbete drivs vidare i syfte att utveckla självkostnadsredovisningen och DRG-systemet. Det gäller främst de problem som har att göra med: (a) årliga byten av relativa DRG-vikter, (b) den s.k. DRG-glidningen och sjukhusens olika uppdrag, (c) utvecklingen av s.k. KPP-system (Kostnad Per Patient) samt även (d) frågan om transformeringen mellan bruttokostnader (enligt bokslut) och nettokostnader (DRG-relaterade kostnader). Revisionen har påtalat dessa utvecklingsbehov vid flera tidigare rapporter och vill ånyo betona angelägenheten av att Landstingsstyrelsen och dess förvaltning driver arbetet vidare på ett kraftfullt sätt.

#### Sammanfattande rekommendationer

- Det är angeläget att ett arbete startar med inriktning mot "*benchmarking*" mellan sjukhusen, för att identifiera ekonomiskt "best practise" och därmed möjliga rationaliseringspotentialer. Självkostnadsredovisningarna borde kunna nyttjas för att driva ett strukturerat arbete med jämförelser såväl inom resp. sjukhus som i landstingets beställarstyrning och i en uppföljning från ägarens sida.
- Redovisningen av de årliga självkostnadskörningarna borde vara helt öppen och kopplas till någon form av "*publicerade jämförelser*". En sådan årlig publicerad jämförelse skulle avse såväl sjukhus som kliniker och borde kopplas till ett kontinuerligt arbete med "*benchmarking*", tidsserieanalyser samt medicinsk effektivisering/rationalisering.
- Kopplat till en kraftfullare användning av självkostnadsredovisningarna, är det också angeläget att Landstingsstyrelsen och dess förvaltning ser över sjukhusens tillämpning av redovisningsanvisningarna i syftet att säkerställa en *likformning i rapporterings-/redovisningspraxis*. Ett mer utbyggt systemstöd för självkostnadsredovisningen borde även övervägas.
- Det är angeläget att arbetet med den årliga rapporteringen av självkostnadsredovisningar och sjukhusens kostnader per producerad poäng stäms av mot och infogas i det arbete som bedrivs för att ta fram en regelbunden *rapportering om produktivitetsturvecklingen* i landstinget.
- Arbetet med att *utveckla och förbättra självkostnadsredovisningen och DRG-systemet* bör drivas vidare på ett kraftfullt sätt. Möjligheten att åstadkomma en "affärsområdesorienterad" redovisning, relaterad till sjukhusens olika intäktskällor, borde även undersökas.
- Det finns ett behov av att se över grunderna för hur *sjukhusens individuella DRG-priser* fastställs.

7