

Styresak 45/2010: Sammenligningsrapport 2009 (RHF-rapport)

Møtedato: 17.06.10
Møtested: Mo i Rana

I denne saken presenteres en sammenligning av kostnadene knyttet til den DRG-relaterte virksomheten ved lokalsykehusene i Helse Nord 2009, ved rapporten "Sammenlikning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord 2009" Rapporten er publisert 20.04.2010

http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Rapporter/Sammenlikning_av_kostnader_ved_lokalsykehus_2009.pdf

Styret har tidligere fått presentert tilsvarende sammenlikning av kostnader for årene 2007 – 2008 i styresak 56/2009 på bakgrunn av rapporten "Sammenlikning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord 2007 og 2008" datert 30.04.2009. Den aktuelle saken er en oppfølging rapportene "Sammenlikning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord 1. tertial 2009" datert 28.08.2009 og "Sammenlikning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord 2. tertial 2009" datert 20.11.2009. Rapporten for 2. tertial ble presentert for styret i styresak 99/2009. Det er også laget egne rapporter som sammenlikner kostnader i DPS'ene, og det vises styresak 92/2009 - Benchmarkingsrapport DPS'ene i Helse Nord 2007 og 2008. Den foreliggende rapporten er strukturert på samme måte og bygger på forutsetningene som rapporten for 2. tertial datert 20.11.2009

Bakgrunn

Helse Nord med tilhørende helseforetak hadde frem til 2008 betydelige økonomiske utfordringer i form av regnskapsmessige underskudd. Dette var ikke i samsvar med eiers krav om balanse. Samtidig er Helse Nord det regionale helseforetaket med størst behov for oppgradering av sine bygg og anlegg. En ambisiøs investeringsplan for oppgradering av bygg og anlegg lar seg ikke realisere uten at vi skaffer oss overskudd i økonomien til å dekke økte renter og avskrivninger av investeringene.

SAMDATA for 2008 viser at helseforetakene i Helse Nord har et kostnadsnivå, målt i kostnad per DRG-poeng, på gjennomsnitt eller høyere enn gjennomsnitt av landets helseforetak. Ingen av foretakene har et kostnadsnivå som er lavere enn gjennomsnittet. Med en kostnadsindeks på 1,14 og en samlet kostnad knyttet til DRG-aktiviteten på i overkant av 5 mrd kr, utgjør forskjellen fra gjennomsnittet i landet om lag 750 mill kr. Forskjellen fra det regionale helseforetaket som har nest høyest indeks (Helse Midt med 1,03) utgjør om lag 600 mill kr. Det er derfor av interesse å identifisere kildene til disse forskjellene, og ha et særskilt fokus mot forhold det er mulig å gjøre noe med.

Kostnadsforskjellene, slik de fremkommer i SAMDATA, har imidlertid begrenset verdi som redskap for aktivt forbedringsarbeid, siden SAMDATA bare viser forskjellene på foretaksnivå. En viktig målsetting med arbeidet er derfor å vise forskjeller på et nivå som gjør det mulig å benytte dokumenterte funn i aktivt forbedringsarbeid, både på sykehusnivå og på enhetsnivå innen sykehus. Dokumentasjonen vil legge til rette for at sykehusenheter med høyt kostnadsnivå kan lære av enheter med lavt kostnadsnivå. Gjennom arbeidet søker en også å vise utvikling i kostnader, produktivitet og aktivitet over tid.

Inndeling av sykehusenheter i fagområder som medisin, kirurgi osv. ansees å være hensiktsmessig for dette formålet. Ulik organisering, gruppering og bokføring av kostnader kan redusere verdien av slike sammenligninger. Som det redegjøres for i rapporten, er det derfor gjort korreksjoner i materialet for å øke sammenlignbarheten.

Det går frem av rapporten, at det er til dels betydelige forskjeller i kostnadene per DRG-poeng og arbeidsproduktiviteten (årsverk per DRG-poeng) mellom sykehusenheter og fagområder. Noen av disse forskjellene vil ha en forklaring knyttet til eksplisitte beslutninger som gir økte kostnader for en eller flere sykehusenheter og fagområder i forhold til andre, mens andre forskjeller bør undersøkes nærmere. I rapporten foreslås områder som bør undersøkes nærmere.

Forskjellene i kostnadseffektivitet og arbeidsproduktivitet som presenteres i rapporten må sees på som indikasjoner på områder som bør være gjenstand for ytterligere analyse. I rapporten er det identifisert områder som ut fra analysen peker seg ut som klare kandidater for kostnadseffektivisering, uten at det nødvendigvis presiseres et absolutt nivå for slike forbedringer. Nivået for forbedring vil avhenge av utgangspunktet. Det betyr at sykehusenheter med kostnadsnivå på gjennomsnittsnivå bør ha laveste

kostnadsnivå som referanse, mens enhetene som har høyt kostnadsnivå bør ha gjennomsnittet som referanse i en første fase. Fokus for tiltak bør primært rettes mot områder der det er identifisert vesentlig høyere kostnader enn for sammenlignbare enheter. For sykehusenhetene med lavest samlet kostnadsnivå viser analysene at også disse innenfor enkelte fagområder har potensial for forbedring.

Siden en i sammenligningen har fokus på enhetskostnader og arbeidsproduktivitet vil en kunne oppleve at sykehusenheter har underskudd samtidig som en har lave enhetskostnader og høy arbeidsproduktivitet. Dette kan skyldes flere ulike forhold for eksempel at sykehusenheten har:

- høyere aktivitet enn det finansieringen tilsier
- merforbruk på andre områder enn de som inngår i analysen

Hovedfokus for sammenligningen er forholdet mellom de ulike sykehusenhetene og fagområdene. Det presenteres derfor data både for 2008 og for 2009 i samme tabeller.

Av et kostnadsgrunnlag for Helse Nord samlet på 11,3 mrd kr 2009, er det omlag 1,9 mrd kr (2,2 mill kr når avskrivninger og sosiale kostnader inkluderes) som er gjenstand for sammenligning i rapporten. Dette utgjør om lag 20 %.

Følgende fagområder inngår ikke i sammenligningen av kostnader pr DRG-poeng:

- Administrasjon
- Ambulanse
- Psykiatri
- Rus
- Pasienttransport
- Gjestepasienter
- TNF-hemmere
- Behandlingshjelpemidler
- Andre felleskostnader
- Desentralisert virksomhet

NLSH Bodø og UNN Tromsø er holdt utenfor i sammenligningen på fagområdenivå fordi tilbudet ved disse to sykehusenhetene er mer differensiert og derfor mindre sammenlignbart med virksomheten som drives ved lokalsykehusene.

Analysene

Det er gjort sammenligning av følgende:

- Kostnad per DRG-poeng
- DRG-poeng per årsverk
- Kostnad per årsverk
- Kostnad per DRG-poeng for ulike kostnads- og inntektsarter
- Kostnader ved fravær
- Andel variabel lønn / overtid
- Indikatorer for aktivitet
- Sykehusforbruk

Sammenligningen for 2009 viser at:

- Det fortsatt er betydelige kostnadsforskjeller mellom de ulike sykehusenhetene, men at forskjellen mellom laveste og høyeste kostnad reduseres. Dette er en konsekvens både av at enheten med lavest kostnadsnivå i 2008 (Sandnessjøen) har økt sine kostnader mer enn gjennomsnittet mens Kirkenes, som har det høyeste kostnadsnivået, har en nominell kostnadsvekst betydelig lavere enn gjennomsnittet og økning i sin arbeidsproduktivitet som er høyere enn gjennomsnittet.
- Samlet forskjell i kostnader og arbeidsproduktivitet målt mot gjennomsnitt er økt litt fra 2008 til 2009.
- Mosjøen har siden 2007 utviklet seg fra å ha et kostnadsnivå blant de høyeste til å ha et kostnadsnivå litt under gjennomsnittet mens Lofoten har utviklet seg fra å ha et kostnadsnivå blant de laveste til å ha kostnader på nivå med gjennomsnittet.

- Samlet forskjell i kostnader og arbeidsproduktivitet målt mot beste resultat er betydelig redusert (ca 30 mill kr og 40 årsverk). For Harstad og Kirkenes er en del av forbedringen i arbeidsproduktivitet knyttet til bortfall av barnehagedrift. Reduksjon i forskjell i kostnader mot laveste nivå er i hovedsak knyttet til Harstad, Kirkenes og Vesterålen. Narvik viser stor økning i forskjell, hovedsakelig innenfor driftsområdet.
- Medisinsk avdeling i Harstad viser en betydelig negativ utvikling fra å ha hatt et kostnadsnivå 4 % under gjennomsnittet i 2008 til et kostnadsnivå som er 9 % over gjennomsnittet i 2009. Det bør undersøkes om dette kan ha sammenheng med sammenslåingen av DIPS ved UNN.
- Ingen enheter har lavere kostnader enn gjennomsnittet i SAMDATA. Rana som har lavest nivå, har et nivå tilsvarende gjennomsnittet
- Det er liten sammenheng mellom kostnadsnivå og regnskapsresultat. Finnmark og Helgeland har om lag samme resultat og avvik i 2009 men svært ulikt kostnadsnivå

I forhold til gjennomsnittlig kostnadsnivå per fagområde for de sykehusenhetene som inngår i sammenligningen, fremkommer en samlet forskjell på om lag 133,4 mill kr for 2009. Forskjellen er knyttet til:

- Arbeidsproduktivitet 87,7 mill kr
- Lønnsnivå 26,5 mill kr
- Øvrige kostnader/inntekter (netto) 19,3 mill kr

Arbeidsproduktivitet og kostnad per DRG-poeng for samlet DRG finansiert virksomhet (inkl. poliklinikk) i Helse Nord i 2009

Sykehusenhet	Kost pr DRG	Indeks Kost	DRG pr årsv	DRG pr årsv
	inkl pol 2009	per DRG 2009	NTO 2009 inkl pol	NTO 2009 inkl pol
HAMMERFEST	43 165	1,09	15,1	0,90
KIRKENES	44 047	1,11	14,7	0,88
	43 522	1,10	14,9	0,89
MOSJØEN	37 460	0,94	16,8	1,01
RANA	34 152	0,86	19,3	1,16
SANDNESSJØEN	35 340	0,89	18,1	1,08
	35 231	0,89	18,4	1,10
BODØ SOMATIKK	35 420	0,89	19,7	1,18
LOFOTEN	37 069	0,93	17,1	1,02
VESTERÅLEN	36 146	0,91	17,7	1,06
	35 719	0,90	19,1	1,14
HARSTAD	36 988	0,93	17,1	1,02
NARVIK	45 910	1,16	13,8	0,83
TROMSØ SOMATIKK	43 086	1,09	15,6	0,93
	42 365	1,07	15,6	0,93
	39 660		16,7	

Tabellen viser at Helgeland har lavest kostnadsnivå med en indeks på 0,89, mens Nordlandssykehuset har høyest arbeidsproduktivitet med en indeks på 1,14, dvs 14 % høyere enn gjennomsnittet. Rana er sykehusenheten med lavest kostnadsnivå, indeks 0,86, mens NLSH Bodø har høyest arbeidsproduktivitet med en indeks på 1,18.

Forslag til prioritering av videre arbeid.

På bakgrunn av analysene gir rapporten en foretaksvis oversikt over hvilke områder som bør prioriteres for videre analyse og oppfølging.

Helgelandssykehuset

Alle de tre sykehusenhetene på Helgeland har et kostnadsnivå under gjennomsnittet for Helse Nord. Samlet har Helgelandssykehuset et kostnadsnivå godt under gjennomsnittet for Helse Nord. Rana har lavest kostnadsnivå i 2009. Mosjøen har utviklet seg fra å ha et kostnadsnivå godt over snittet til nå å ha et kostnadsnivå under snittet.

Sammenlignet mot beste resultat innefor hvert fagområde utgjør forskjellen for de 3 sykehusenhetene om lag 68 mill kr, en reduksjon på 7 mill kr i forhold til 2008. Målt i årsverk utgjør forskjellen mot beste resultat om lag 123 årsverk, en reduksjon på 10 årsverk i forhold til 2008.

Deler av forskjellene mellom Mosjøen og Sandnessjøen vil kunne forklares ved omleggingen av det akuttkirurgiske tilbudet hvor aktivitet er flyttet fra Mosjøen til Sandnessjøen.

Følgende fagområder bør vurderes prioritert for videre arbeid innenfor Helgelandssykehuset:

- 1. Mottak/intensiv/operasjon/anestesi Mosjøen.** Området hadde i 2008 48 årsverk, som korrigert for forskjell i aktivitet, er **19** flere enn Sandnessjøen og **20** flere enn Lofoten. Kostnaden er 7,4 mill kr høyere enn Sandnessjøen. Forskjellen mot Sandnessjøen var i 2009 4,9 mill kr og **14** årsverk.
- 2. Medisin Mosjøen.** Området hadde i 2008 om lag 53 årsverk, som korrigert for forskjell i aktivitet, er **8** flere enn Sandnessjøen. Forskjellen i 2009 utgjør **2** årsverk. Kostnadsforskjellen utgjorde i 2009 2,7 mill kr.
- 3. Mottak/intensiv/operasjon/anestesi Rana.** Området hadde i 2008 om lag 70 årsverk, som korrigert for forskjell i aktivitet, er **8** flere enn Sandnessjøen. Forskjellen i 2009 utgjør **8** årsverk.
- 4. Drift Rana.** Området hadde i 2008 om lag 70 årsverk og en forskjell i kostnad i forhold til Sandnessjøen på **15** mill kr. Kostnadsforskjellen i forhold til Sandnessjøen utgjør i 2009 **6** mill kr og 11 årsverk.
- 5. Kirurgi Sandnessjøen.** Området hadde i 2008 nærmere 54 årsverk, **14** flere enn Rana korrigert for aktivitet og 9 flere enn Vesterålen. I 2009 er forskjellen i forhold til Rana **18** årsverk. Kostnadene er 9 mill kr høyere enn i Rana.
- 6. Radiologi Rana.** Området hadde i 2008 om lag 17 årsverk. Når det korrigeres for aktivitet er dette om lag **5** flere enn Sandnessjøen. Forskjellen utgjorde **5** årsverk per 2. tertial. Kostnadsforskjellen utgjør 1,7 mill kr.
- 7. Føde/gyn Sandnessjøen.** Området hadde i 2008 om lag 21 årsverk. Korrigert for forskjell i aktivitet, er dette **5** flere enn Vesterålen og et kostnadsnivå som er 2,6 mill kr høyere. Forskjellen i årsverk er **6** i 2009 og kostnadsforskjellen.
- 8. Laboratorie Rana.** Området har høy arbeidsproduktivitet men et kostnadsnivå som er 3,3 mill kr høyere enn laveste nivå (Harstad).

Rapporten med analyser og anbefalinger behandles internt i helseforetaket ved sykehusenhetene og er en viktig premiss i det videre tiltaksarbeidet i 2010 og budsjettarbeid 2011.

VEDTAKSFORSLAG:

1. Styret tar rapporten om sammenlikning av kostnader ved sykehusene i Helse Nord 2009 til orientering
2. Styret ber administrasjonen anvende analysene av kostnadsforskjellene i tiltaks- og forbedringsarbeid i helseforetaket.

Jan Erik Furunes
Foretaksdirektør

Saksbehandler: Medisinsk direktør Fred A. Mürer