

Jämförelse av kostnader och verksamhet på sjukhuskliniker 2010

JÄMFÖRELSE MED HJÄLP AV TOTALKOSTNADSBOKSLUT OCH PATIENTUPPGIFTER

Förord

I denna rapport jämförs de svenska sjukhusens kostnader och verksamhet under 2010 inom olika medicinska verksamhetsområden. Tabeller och diagram med uppgifter för ett 65 tal sjukhus och 20 medicinska verksamhetsområden finns tillgängliga på SKL:s hemsida på följande länk <http://www.skl.se/web/Statistik.aspx>.

Statistiken är baserad på uppgifter från totalkostnadsbokslut (TKB), patientregistret (PAR) och genomsnittsvikter från KPP-databasen. Den ska ge landstingsledningar och verksamhetsansvariga på sjukhus m.fl. möjlighet att jämföra sin verksamhet och sina kostnader med andras för att stimulera till verksamhetsförbättringar. Statistiken ska också komplettera den information om hälso- och sjukvård på mer aggregerad nivå som finns i officiell statistik.

Syftet med rapporten är dels att presenteras några resultat i sammanfattning, dels att visa hur statistiken kan användas. Det senare illustreras med en fördjupad jämförelse av den kirurgiska slutenvården vid olika sjukhus. För att ytterligare exemplifiera hur statistiken kan användas finns även ett kort avsnitt med jämförelse mellan ett länssjukhus och länssjukhusen i genomsnitt.

Rapporten har även tagits fram för att väcka intresse för statistiken och dess användning så att fler sjukhus inspireras till att ta fram totalkostnadsbokslut för att i nästa steg utveckla KPP-system.

Jämförelserna avser i huvudsak slutenvården, men vissa uppgifter om öppen vård, baserade på totalkostnadsboksluten, finns också med.

Kostnader och verksamhet har tidigare jämförts för 2008 och 2009. Uppgifterna finns på SKL:s hemsida. Vid jämförelser mellan åren bör man vara medveten om att verksamheterna på sjukhusen kan ha förändrats.

Stockholm i november 2011

Peter Fitger
Statistiksektionen
Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

Inledning	5
Några resultat för sjukhusen i genomsnitt	7
2.1 Kostnader per medicinskt verksamhetsområde	7
2.2 Hur ser patienternas ålders- och könsfördelning ut?	9
2.3 Vilka sjukdomar vårdades patienterna för?	10
2.4 Patienternas genomsnittliga vårdtyngd	11
2.4.1 Vårdtyngd efter medicinskt verksamhetsområde	11
2.4.2 Vårdtyngd efter ålder	12
Jämförelser av kirurgisk vård mellan sjukhus	14
3.1 Inledning	14
3.2 Jämförelse av patientsammansättning	15
3.3 Var fanns flest äldre patienter?	16
3.4 Hur långa var vårdtiderna och vad påverkas de av?	18
3.5 Jämförelse av kostnad per vårdtillfälle	21
3.6 Kostnad per vårdtillfälle och vårdtid	22
3.7 Kostnad per vårdtillfälle och planerad/oplanerad vård	23
3.8 Jämförelse av kostnad per DRG-poäng	25
3.9 Hur stor del av kostnaderna avsåg slutna vård?	26
3.10 Jämförelse av kostnader per läkarbesök	27
3.11 Kostnader per läkarbesök och kostnader per vård dag	29
Exempel på jämförelser utifrån ett sjukhus	30
4.1 Sjukhuset i översikt	30
4.2 Skillnader i patientstruktur	31
4.3 Avslutande kommentar	33
Fakta om undersökningen	34
5.1 Datakällor	34
5.2 Faktorer som bör beaktas vid kostnadsjämförelserna	35
5.3 Tillförlitlighet i statistiken	35
Bilaga 1	36
Sjukhusen i undersökningen	36
Bilaga 2	37
Indelningen i medicinska verksamhetsområden.	37
Diagram och tabellförteckning	40

KAPITEL 1

Inledning

Det finns ingen nationellt fastställd definition på sjukhus, men vi räknar normalt med att det i Sverige finns cirka 80 sjukhus. I de jämförelser som redovisas här ingår cirka 65 sjukhus, något fler än i jämförelsen för 2009. Tre landsting; Sörmland, Gävleborg och Dalarna använder inte sjukhus som redovisningsobjekt i totalkostnadsboksluten utan redovisar all specialiserad vård under en enhet. I siffran 65 och 80 räknas dock dessa som separata sjukhus.

Inga urval har gjorts, om sjukhus saknas i jämförelserna beror det på att man inte infört totalkostnads- eller KPP-redovisning. Vidare har ett par sjukhus valt att inte delta i jämförelserna.

Verksamheten på sjukhus är uppdelad i ett antal medicinska verksamhetsområden (MVO: n) i slutenvård och i öppen vård. Sjukhusens specialiseringsgrad påverkar patientstrukturen och därmed kostnaderna inom respektive område. Vilka patienter som hamnar på en viss typ av klinik (MVO) beror bland annat på vilka specialiteter som finns i övrigt på sjukhuset. Med uppgifter om patienternas sjukdomar från patientregistret kan vi dock ta hänsyn till skillnader i patientstruktur vid jämförelserna.

I rapporten använder vi begreppet *klinik* synonymt med MVO. Vanligen avses med klinik en i ekonomiskt hänseende avgränsad organisatorisk enhet medan MVO i första hand avser ett medicinskt ansvarsområde. Det ekonomiska och medicinska ansvaret sammanfaller inte alltid.

Specialiseringsgraden skiljer sig åt mellan sjukhusen, ju större sjukhus desto högre specialiseringsgrad som regel.

Regionsjukhus/undervisningssjukhus har för vissa specialiteter flera län som upptagningsområde och har därmed kliniker som inte finns på övriga sjukhus. I genomsnitt hade regionsjukhusen i undersökningen cirka 69 000 vårdtillfällen under 2010.

De mindre sjukhusen, i denna undersökning benämnda *länsdelssjukhus*, har normalt slutenvårdskliniker för intermedicin, kirurgi, gynekologi/förlossning och kanske ytterligare någon klinik samt ytterligare kliniker för öppen vård. I genomsnitt hade länsdelssjukhusen i undersökningen cirka 7 500 vårdtillfällen 2010.

Länssjukhus med länet som upptagningsområde ligger i specialiseringsgrad och storlek mellan region- och länsdelssjukhus. Länssjukhusen i undersökningen hade i genomsnitt 31 000 vårdtillfällen 2010.

Begreppen läns- respektive länsdelssjukhus används inte i samma utsträckning som tidigare, men vi har ändå valt att göra jämförelserna i första hand inom respektive grupp. Verksamheten i Sörmland, Dalarna och Gävleborg, som inte delar upp verksamheten på enskilda sjukhus, redovisas under länssjukhus, men observera att även länsdelssjukhus ingår.

Sjukhusen i undersökningen anges med namn, landstingstillhörighet och nummer i bilaga 1. Nummer används av utrymmesskäl i stället för namn i vissa diagram.

Jämförelserna avser sjukhusens egna verksamheter det vill säga produktionsperspektivet används.

Under kapitel 3 redovisas uppgifter för kirurgisk vård, den verksamhet som näst internmedicin är av störst omfattning och som finns på alla sjukhus undantaget två, Finspångs lasarett och Oskarshamns sjukhus.

För att ytterligare exemplifiera hur statistiken kan användas för uppföljning finns även en jämförelse av ögonsjukvården mellan ett länssjukhus och länssjukhusen i genomsnitt i kapitel 4.

De jämförelser som görs för kirurgisk vård och ögonsjukvård kan på motsvarande sätt göras för övriga MVO: n med hjälp av de tabeller och diagram som finns tillgängliga på SKL:s hemsida. För definition/avgränsning av medicinska verksamhetsområden, se bilaga 2.

Jämförelserna avser i huvudsak slutenvård, men vissa uppgifter om öppen vård, baserade på totalkostnadsboksluten (TKB) finns också med.

Några resultat för sjukhusen i genomsnitt

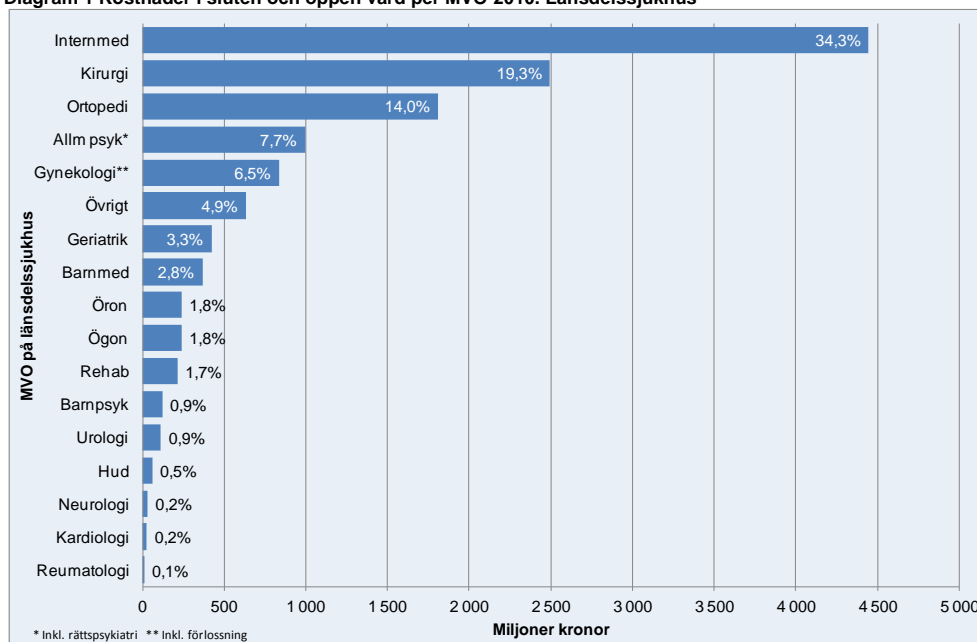
2.1 Kostnader per medicinskt verksamhetsområde

Kostnaden för specialiserad vård uppgick till 125 miljarder kronor 2010 enligt officiell bokslutsstatistik för landsting¹. Cirka 85 procent av dessa kostnader avsåg somatisk vård och cirka 15 procent psykiatrisk vård. Knappt 93 procent av den specialiserade vården producerades av landsting och drygt 7 procent köpte landstingen från privata vårdgivare².

Kostnaderna (produktionskostnaderna) för sjukhusen som jämförs i denna undersökning uppgick till knappt 98 miljarder kronor. Cirka 13,5 miljarder kronor avsåg verksamheten på 28 länsdelssjukhus, 42,5 miljarder kronor på 21 länssjukhus och 42 miljarder kronor på 7 regionsjukhus.

I diagram 1-3 redovisas kostnaderna uppdelade per MVO för länsdelssjukhus, länssjukhus respektive regionsjukhus i genomsnitt. För definition av MVO, se bilaga 2.

Diagram 1 Kostnader i slutet och öppen vård per MVO 2010. Länsdelssjukhus



Källa:
TKB och KPP

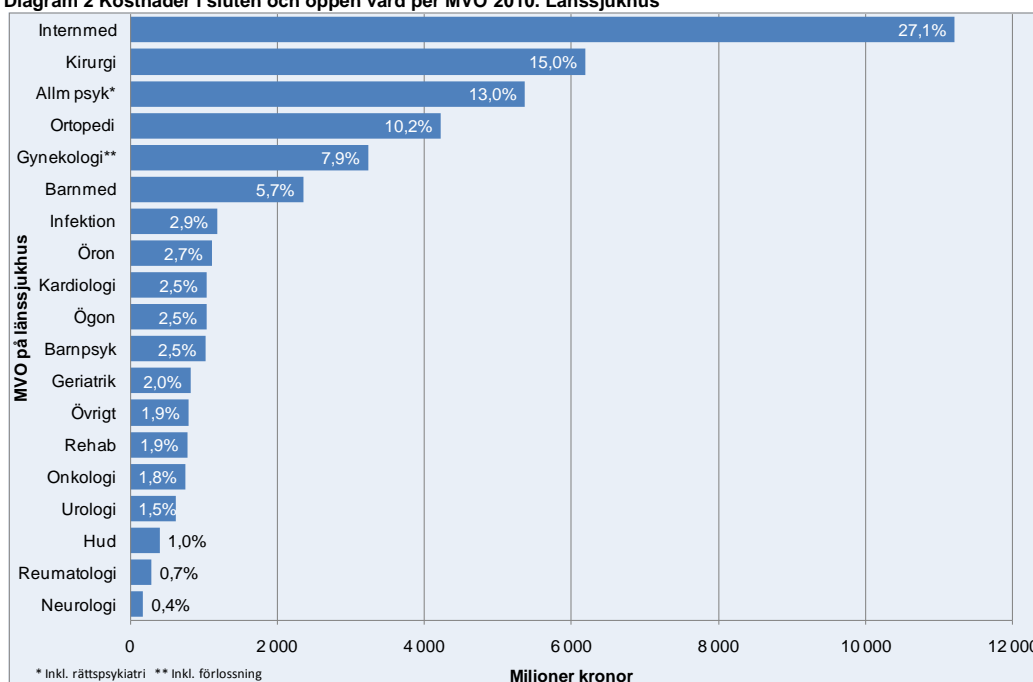
¹ Med landsting avses landsting, regioner och Gotlands kommun

² Se rapporten *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010* på SKL:s hemsida

Det kostnadsmässigt största medicinska verksamhetsområdet för alla sjukhustyper är internmedicin. I genomsnitt för länsdelssjukhusen hamnade 34 procent av sluten- och öppenvårdskostnaderna på patienterna där. Patienterna inom MVO kirurgisk vård utgjorde en kostnadsandel på 19 procent medan patienterna inom ortopedisk vård svarade för 14 procent av kostnaderna.

Några områden är kostnadsmässigt väldigt små och/eller förekommer på endast ett fåtal sjukhus. Eventuellt finns enbart öppen vård. Vissa MVO: n i undersökningen förekommer inte som avgränsat område på länsdelssjukhusen.

Diagram 2 Kostnader i sluten och öppen vård per MVO 2010. Läns sjukhus

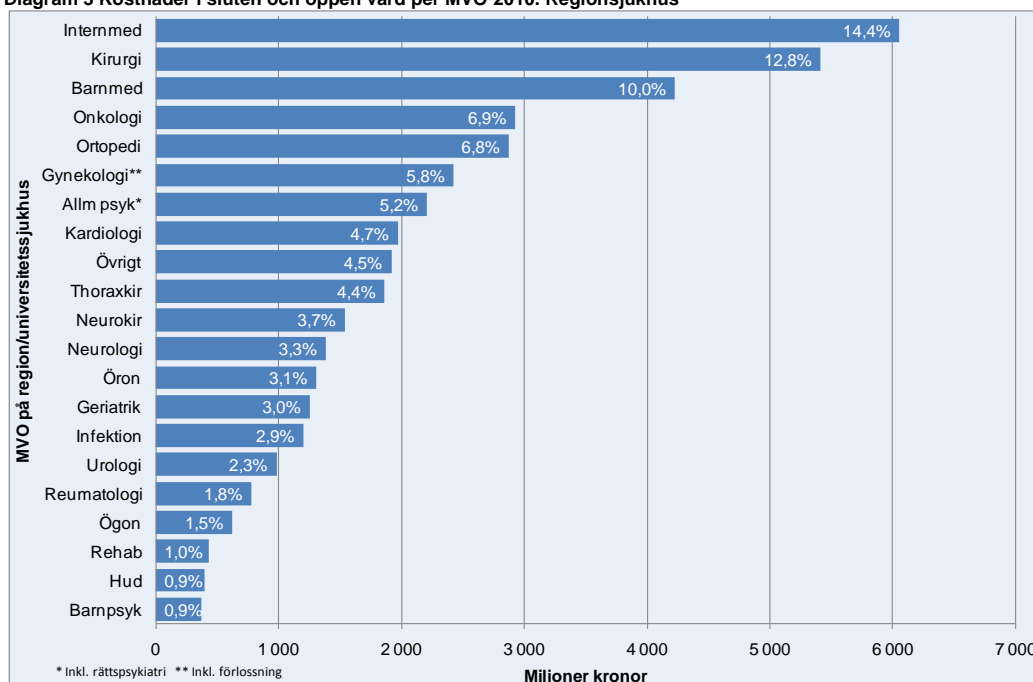


Källa:
TKB och KPP

På läns sjukhusen svarade internmedicin och kirurgi för lägre kostnadsandelar än på länsdelssjukhusen. Andelen var 27 respektive 15 procent.

Vården för patienterna inom allmän psykiatri för vuxna utgjorde det tredje största området kostnadsmässigt. Kostnadsandelen motsvarade 13 procent, vilket kan jämföras med drygt 8 procent på de mindre sjukhusen. Infektion och onkologi, som saknades som särskilda områden på länsdelssjukhusen, hade kostnader som utgjorde 3 respektive 2 procent.

Diagram 3 Kostnader i sluten och öppen vård per MVO 2010. Regionsjukhus



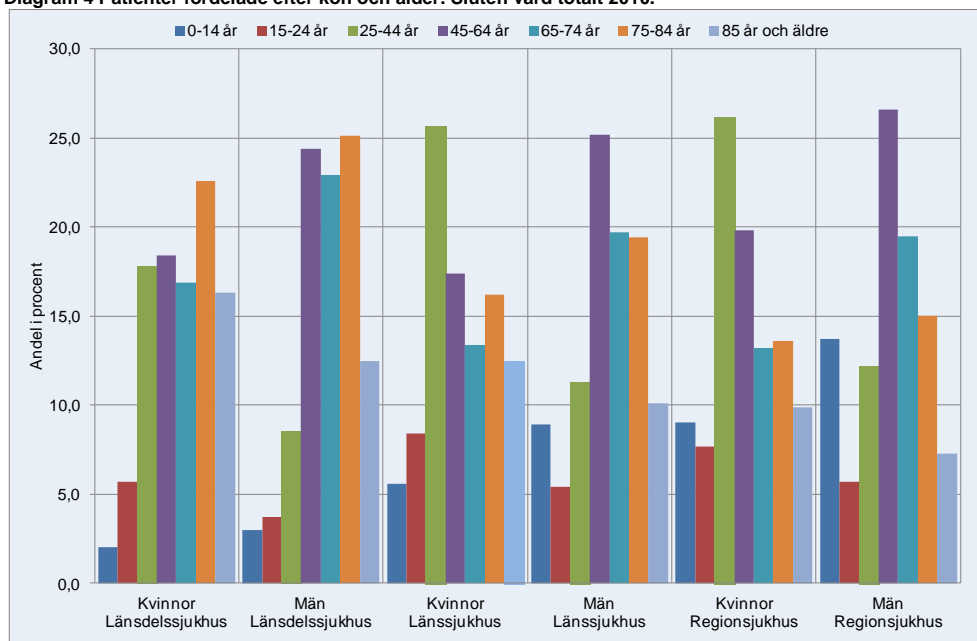
Källa:
TKB och KPP

På regionsjukhusen utgjorde internmedicin och kirurgisk vård ännu lägre kostnadsandelar i jämförelse med länsdel- och länsjukhusen. Endast 14 procent av kostnaderna avsåg internmedicin och 13 procent kirurgisk vård.

Kostnaderna för thoraxkirurgi, som enbart finns på regionsjukhus (verksamheten finns på Blekingesjukhuset men särredovisas inte utan ingår i internmedicin), hade kostnader motsvarande 4 procent. Kostnaderna för neurokirurgi, också en regionspecialitet, hade en genomsnittlig kostnadsandel på drygt 4 procent.

2.2 Hur ser patienternas ålders- och könsfördelning ut?

Diagram 4 Patienter fördelade efter kön och ålder. Slutna vård totalt 2010.



Källa:
PAR

Anm. Observera att åldersintervallen är olika långa

Många patienter som vårdas inom slutenvården var 75 år eller äldre, vilket framgår av diagram 4. Andelen äldre var störst på länsdelssjukhus, lägre på länssjukhus och ytterligare lägre på regionsjukhus.

På länsdelssjukhusen utgjorde t.ex. män mellan 75 och 84 år 25 procent av patienterna och kvinnor i samma åldersgrupp 23 procent.

Den allra äldsta gruppen, 85 år och äldre, utgjorde 12,5 respektive 16 procent av samtliga manliga och kvinnliga patienter.

Det finns stora skillnader generellt i åldersfördelning mellan kvinnor och män. En stor del av förklaringen ligger i kvinnors barnafödande. Andelen kvinnliga patienter i gruppen 25-44 år var betydligt större än andelen manliga patienter.

2.3 Vilka sjukdomar vårdades patienterna för?

De patienter som vårdas på en viss kliniktyp (MVO) har en rad olika sjukdomar/diagnoser. För varje klinik kan patienterna delas in i diagnosgrupper (DRG: n) och viktas till så kallade DRG-poäng.

DRG-poäng är ett mått som speglar hur resurskrävande patientens vårdtillfälle är. För varje DRG finns en nationellt bestämd vikt. Vikterna motsvarar den genomsnittliga resursåtgången för vårdtillfällena inom gruppen i relation till samtliga vårdtillfällen enligt KPP-databasen. Genomsnittskostnaden har värdet 1. På detta sätt går det att beräkna ett mått på vårdtyngden vid varje klinik. Ett värde över 1 betyder att kliniken har mer resurskrävande patienter än genomsnittet för samtliga patienter.

Inom MVO kirurgisk vård och internmedicin vårdas patienterna inom väldigt många DRG: n.

I de tabeller som finns publicerade på SKL:s hemsida redovisas enbart de 20 vanligaste grupperna och de täcker endast 50-60 procent av patienterna inom dessa områden, vilket gör det svårare att dra slutsatser om skillnader där.

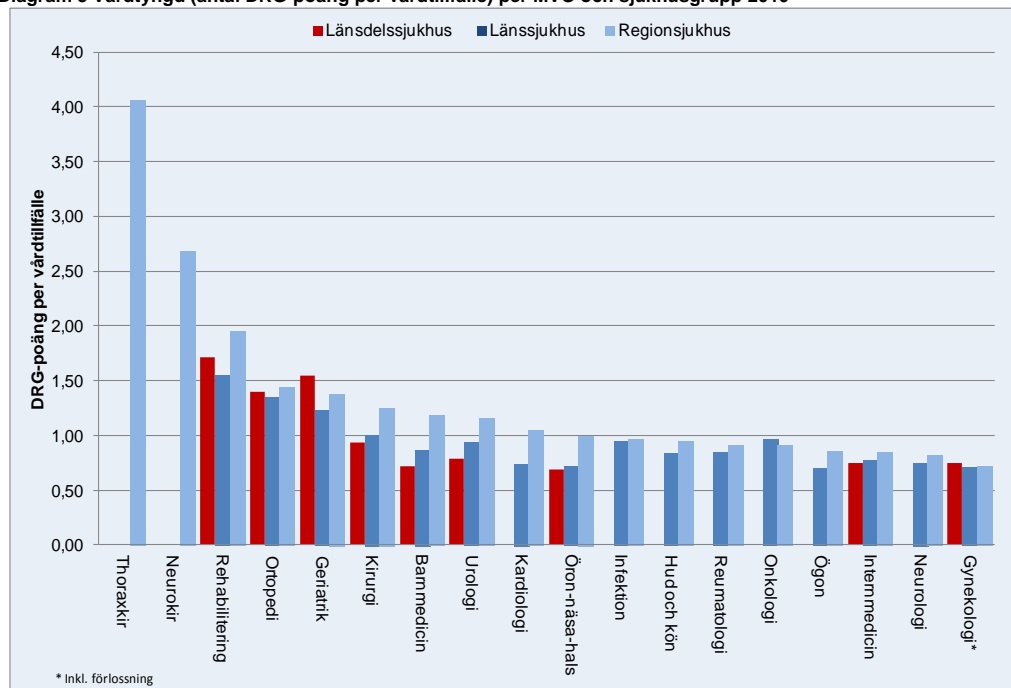
Inom många andra MVO: n beskrivs verksamheten bra med 20 DRG. För vissa MVO: n framgår till exempel att vissa sjukhus och kliniker i huvudsak inriktar sig mot några få patientgrupper. Det gäller i synnerhet på länsdelssjukhusen.

I redovisningen av vårdtyngd för respektive klinik används samtliga diagnosgrupper.

2.4 Patienternas genomsnittliga vårdtyngd

2.4.1 Vårdtyngd efter medicinskt verksamhetsområde

Diagram 5 Vårdtyngd (antal DRG-poäng per vårdtillfälle) per MVO och sjukhusgrupp 2010



Källa:
TKB, KPP och PAR

Anm. Exklusive psykiatrisk vård. Rangordning efter regionsjukvård

Den genomsnittliga vårdtyngden (antal DRG-poäng per vårdtillfälle) varierade mellan MVO: n och sjukhustyper enligt diagram 5

I gruppen länsdelssjukhus fanns de resursmässigt tyngsta patienterna inom rehabilitering (vikt 1,72 i genomsnitt) och de minst tunga inom öron-näsa-halssjukvård (vikt 0,69 i genomsnitt).

Även i gruppen länssjukhus hade rehabilitering den högsta vikten men där var det ögonsjukvården som hade de minst tunga patienterna med vikterna 1,55 respektive 0,70.

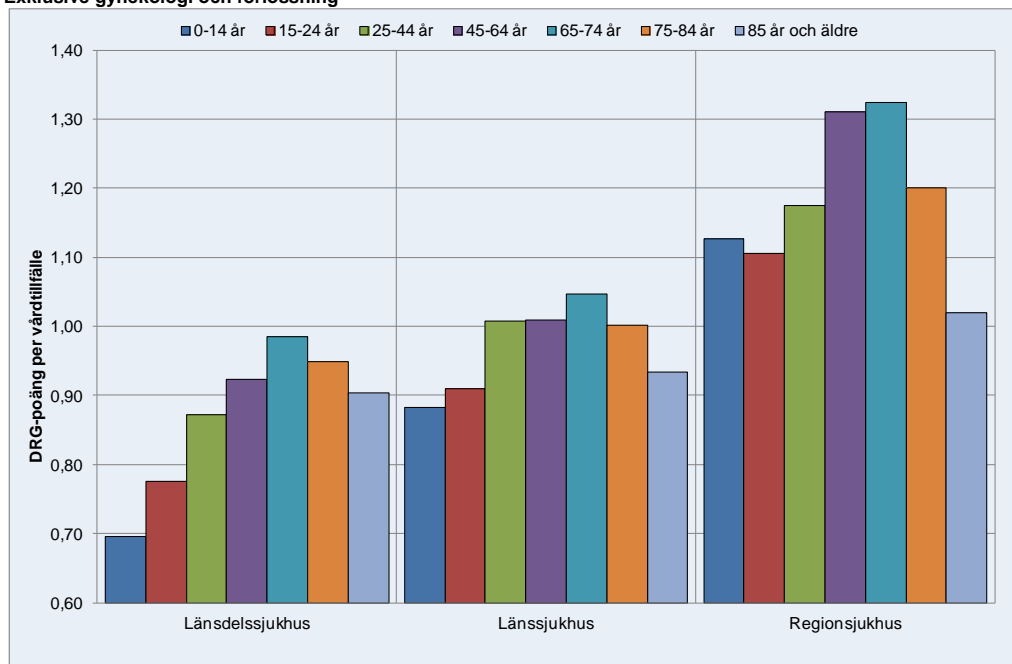
På regionsjukhusen hade patienterna inom thoraxkirurgi den genomsnittligt högsta vårdtyngden, 4,06 poäng per vårdtillfälle. Lägst hade kvinnosjukvården med 0,72 poäng per vårdtillfälle.

Som framgår av jämförelsen mellan sjukhus och kirurgisk vård längre fram i rapporten är variationen inom ett MVO mellan sjukhusen betydande.

2.4.2 Vårdtyngd efter ålder

I Diagram 6 visas hur vårdtyngden varierade mellan olika åldersgrupper.

Diagram 6 Vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i slutenvård efter ålder och sjukhusgrupp 2010. Exklusive gynekologi och förlossning



Källa:
PAR

Anm. Exklusive gynekologi och förlossning

I alla åldersgrupper hade regionsjukhusen de mest vårdtunga patienterna och länssjukhusen hade generellt tyngre patienter än länsdelssjukhusen.

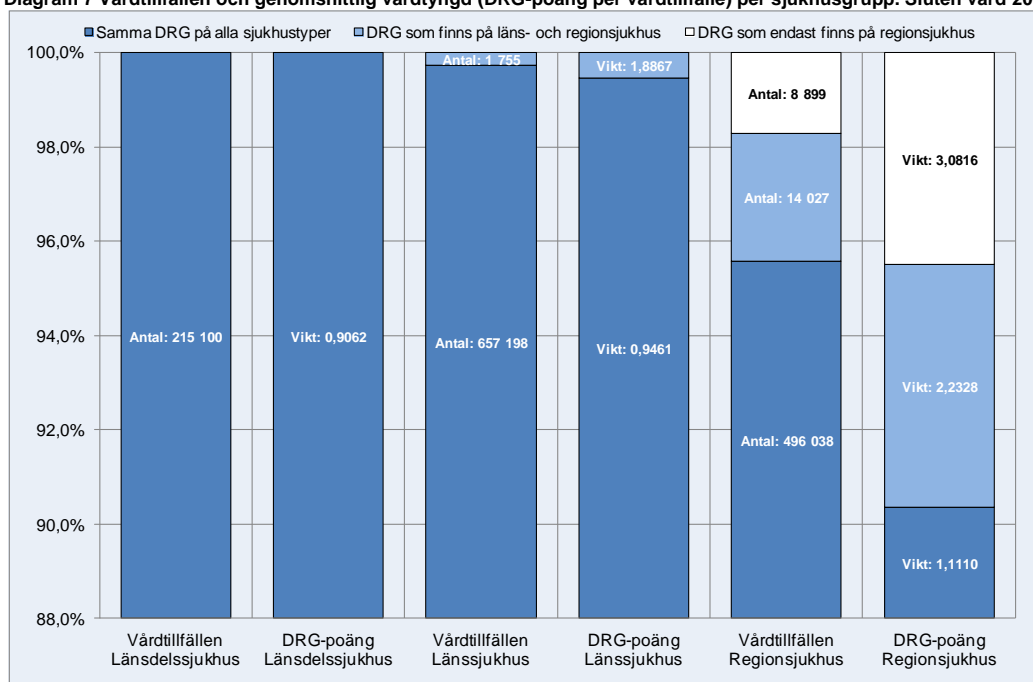
För alla sjukhustyper var vikten högst för patienter i åldrarna 65 till 74 år.

Genomsnittsvikten för barn (0-14 år) var 1,13 på regionsjukhusen att jämföra med 0,88 på länssjukhusen och 0,70 på länsdelssjukhusen

På regionsjukhusen vårdas de svårast sjuka patienterna vilket återspeglas i en hög vikt. Man ser det bland annat för barn (0-14 år) där genomsnittsvikten på regionsjukhusen var 1,13 att jämföras med 0,88 på länssjukhusen och 0,70 på länsdelssjukhusen.

Skillnaden i genomsnittsvikt mellan de tre sjukhustyperna är minst för de allra äldsta patienterna, över 84 år. Vikten ligger mellan 0,90 på länsdelssjukhusen och 1,02 på regionsjukhusen.

Diagram 7 Vårdtillfällen och genomsnittlig vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) per sjukhusgrupp. Sluten vård 2010



Källa:
PAR

På regionsjukhus vårdas de svåraste patienterna och på länssjukhus vårdas vissa tyngre patienter som inte finns på länsdelssjukhus. Av dem drygt 570 DRG: n som ingår i undersökningen återfinns 4 procent enbart på regionsjukhus och 4 procent finns på regionsjukhus och länssjukhus, men inte på länsdelssjukhus.

I diagram 7 jämförs vårdtyngden för respektive sjukhustyp. Diagrammet visar vårdtyngden för DRG: n som finns på alla sjukhus, för DRG: n som finns på läns- och regionsjukhus, men inte på länsdelssjukhus samt för DRG: n som enbart finns på regionsjukhus.

Länsdelssjukhusen hade sammanlagt cirka 215 000 vårdtillfällen och en genomsnittlig vikt på 0,9062 DRG-poäng per vårdtillfälle. Motsvarande vikt för länssjukhus och regionsjukhus var 0,9461 respektive 1,1110. Även om patienter som är unika för läns- och regionsjukhus exkluderas är alltså vårdtyngden lägst på länsdelssjukhus.

Länssjukhusen hade sammanlagt cirka 659 000 vårdtillfällen och en genomsnittlig vårdtyngd på 0,9487 DRG-poäng per vårdtillfälle (siffran framgår inte av diagrammet). En liten andel av vårdtillfallen, drygt 1 800, avsåg DRG: n som inte förekom på länsdelssjukhus. Dessa DRG: n hade en genomsnittlig vårdtyngd på 1,8867 DRG-poäng per vårdtillfälle. Motsvarande vikt på regionsjukhus (för drygt 14 800 vårdtillfällen) var 2,2328. Även om patienter som är unika för regionsjukhus exkluderas är alltså vårdtyngden högre där än på länssjukhus (och länsdelssjukhus).

Regionsjukhusen hade totalt cirka 519 000 vårdtillfällen och en genomsnittlig vårdtyngd på 1,1751 DRG-poäng per vårdtillfälle (siffran framgår inte av diagrammet). De DRG: n som enbart finns på regionsjukhusen (främst inom thorax och neurokirurgi), sammanlagt drygt 9 000, hade en vikt på 3,0816.

Jämförelser av kirurgisk vård mellan sjukhus

3.1 Inledning

Nedan redovisas jämförelser mellan sjukhuskliniker för kirurgisk vård. Syftet är att med exempel från ett område visa hur statistiken kan användas för jämförelser och analys. Kirurgisk vård är den verksamhet som näst internmedicin är av störst omfattning och som finns på alla sjukhus undantaget två, Finspångs lasarett och Oskarshamns sjukhus.

På några sjukhus ingår även andra medicinska verksamheter (framförallt urologi) i kirurgisk vård, detta är vanligast på länsdelssjukhusen.

Två sjukhus, Motala lasarett och Trelleborgs lasarett, har endast kirurgi i öppen vård och Hässleholms sjukhus har endast sluten kirurgisk vård.

Sjukhusen i Örebro län (Örebro regionsjukhus, Karlskoga lasarett och Lindesbergs lasarett) och Västerås lasarett har både öppen och sluten kirurgi, men redovisar inte den öppna vården i denna undersökning. För Frölunda specialistsjukhus råder det motsatta läget, man har både sluten och öppen kirurgisk vård men man redovisar endast öppen i denna undersökning.

Först jämförs patientsammansättning, medelvårdtider, andel planerad vård, kostnader per vårdtillfälle och därefter jämförs kostnad per DRG-poäng, det nyckeltal som är viktigast i denna rapport.

Om kostnad per DRG-poäng saknas för ett sjukhus beror det på att uppgiften om antalet vårdtillfällen enligt totalkostnadsbokslutet och patientregistret inte har stämt överens och vi därför inte kan vara säkra på att det är samma verksamhet i de båda källorna.

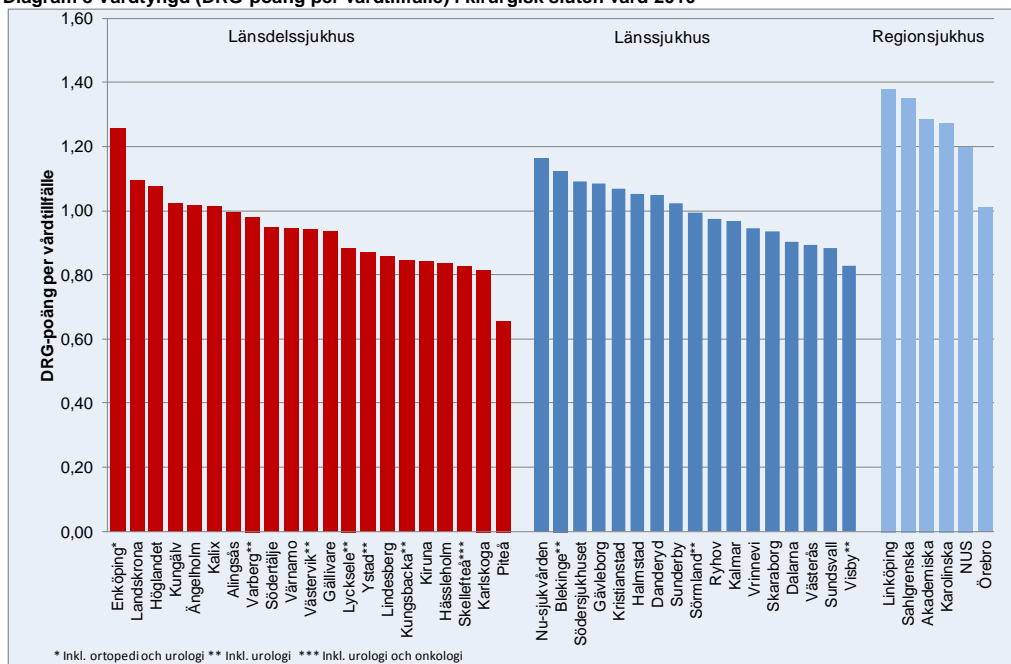
I så kallade fyrfältsdiagram jämförs sjukhusen med avseende på två variabler, varigenom placeringen av ett sjukhus i relation till alla andra kan utläsas i två dimensioner. Det framgår även om det finns ett samband mellan de två variablerna.

I fyrfältsdiagrammen används nummer i stället för namn på sjukhusen av utrymmesskäl. Röda ringar markerar länsdelssjukhus, mörkblåa ringar länsjukhus och ljusblåa ringar regionsjukhus. Ringens storlek uttrycker storleken på verksamheten, mätt i antal vårdtillfällen eller vård dagar. Sjukhusens nummer, namn och landstingstillhörighet redovisas i bilaga 1.

Jämförelserna avser i huvudsak sluten vård, men vissa uppgifter om öppen vård, baserade på totalkostnadsboksluten, finns med sist i avsnittet.

3.2 Jämförelse av patientsammansättning

Diagram 8 Vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i kirurgisk slutenvård 2010



Källa:
TKB, KPP och PAR

Patienterna på klinikerna har olika sjukdomar och därmed lägre eller högre vårdtyngd i genomsnitt.

I diagram 8 har sjukhusen jämförts med avseende på vårdtyngd. Regionsjukhusen tar emot de svårast sjuka patienterna vilket återspeglas i en högre vårdtyngd och patienterna på länssjukhusen har oftast högre tyngd än patienterna på länsdelssjukhus.

Förklaringar till varför ett sjukhus har låg eller hög vårdtyngd kan delvis hittas i de tabeller som visar de 20 vanligaste diagnosgrupperna inom respektive klinik och den nationella vikten för respektive grupp som finns tillgängliga på SKL:s hemsida.

Till exempel framgår att 13 procent av patienterna på kirurgkliniken i Landskrona lasarett, med den näst högsta vårdtyngden i genomsnitt i Diagram 8, fanns inom DRG 288A Magoperation mot fetma med vikten 1,37 medan länsdelssjukhusen endast i genomsnitt vårdade 2 procent av patienterna inom den gruppen.

Cirka 44 procent av patienterna i Landskrona vårdades inom ett DRG med vikten 1,02 mot endast 5 procent i genomsnitt i sjukhusgruppen.

Generellt gäller, som tidigare kommenterats, att patienterna på verksamhetsområdet kirurgisk vård, liksom inom internmedicin, hamnar inom väldigt många olika diagnosgrupper.

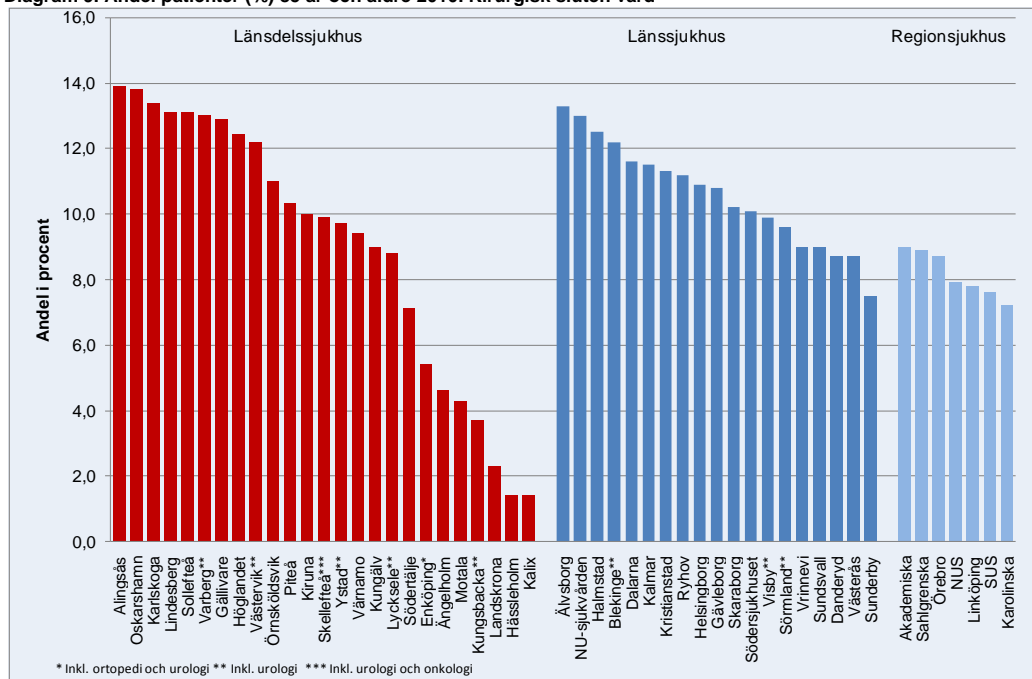
Patienterna i de vanligaste 20 grupperna täcker ofta inte mer än 50-60 procent, vilket gör att informationen i tabellerna här inte ger lika stora möjligheter att hitta förklaringar till skillnader som för andra MVO: n.

För mer kommentarer kring patientstruktur, se avsnitt 4.

3.3 Var fanns flest äldre patienter?

Äldre patienter kan behöva vårdas längre tid på sjukhus jämfört med yngre patienter för samma sjukdom, något som påverkar kostnaderna. I Diagram 9 jämförs andelen patienter som var 85 år eller äldre.

Diagram 9. Andel patienter (%) 85 år och äldre 2010. Kirurgisk slutenvård



Källa:
PAR

Andel äldre patienter varierar väldigt mycket framförallt i gruppen länsdelssjukhus. Kalix lasarett och Hässleholms sjukhus hade en extremt liten andel patienter 85 år och äldre. Skälet till att patienterna är äldre kan vara att sjukhuset framför allt vårdar patienter med vissa sjukdomar som framför allt äldre personer drabbas av. Genom att studera informationen i tabellerna över diagnosstruktur kan detta eventuellt beläggas.

Man ser i tabell 1 att Hässleholms sjukhus endast hade patienter över 44 år och att patienterna på Kalix lasarett var koncentrerade till åldersgrupperna mellan 25 och 64 år.

I tabell 1, som visar åldersstrukturen mer i detalj för länsdelssjukhusen, framgår också att sjukhuskliniker med låg andel patienter i den äldsta åldersgruppen även har en låg andel patienter i gruppen mellan 75 och 84 år.

Tabell 1 Åldersstruktur inom kirurgisk slutenvård 2010. Procent. Länsdelssjukhus

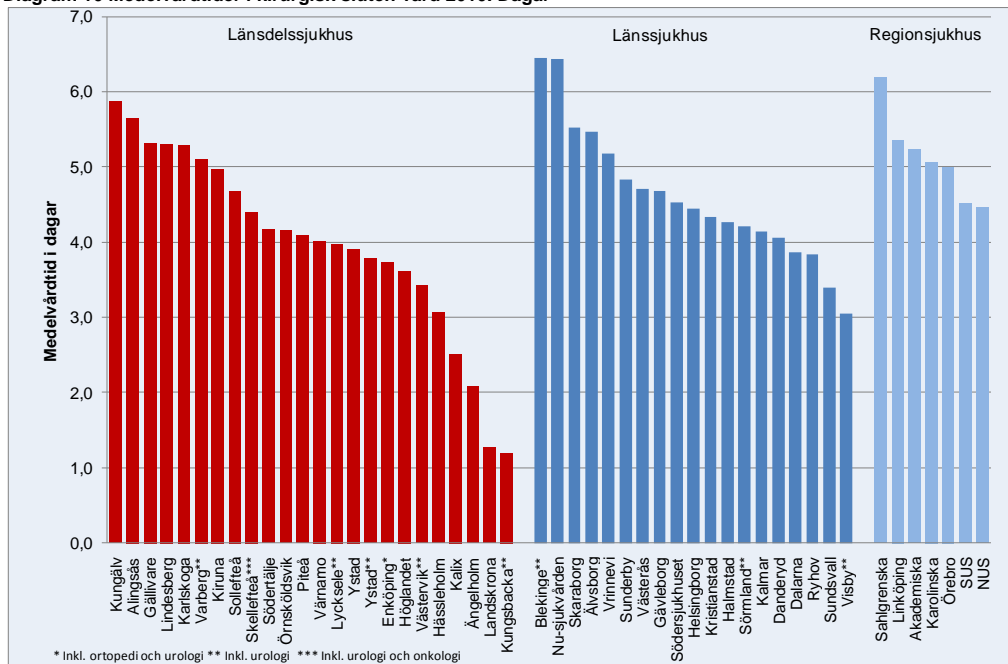
Sjukhus	0-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75-84	85-
Södertälje	0,1	8,9	23,5	28,4	17,3	14,4	7,1
Enköping	0,8	9,5	21,6	31,9	17,3	13,6	5,4
Motala	0,0	3,9	34,8	40,6	12,6	3,9	4,3
Högländet	4,3	6,4	12,2	23,6	19,3	21,9	12,4
Värnamo	3,8	6,7	17,8	27,0	17,5	17,7	9,4
Oskarshamn	0,0	2,8	9,3	23,9	24,8	25,4	13,8
Västervik	1,3	4,1	12,7	26,2	23,1	20,5	12,2
Hässleholm	0,0	0,0	0,0	31,5	34,2	32,9	1,4
Landskrona	0,0	4,3	27,8	41,6	16,2	7,7	2,3
Ystad	4,6	5,6	13,0	22,9	21,1	23,1	9,7
Ängelholm	0,0	3,3	12,1	28,1	26,0	26,0	4,6
Kungsbacka	0,0	3,7	18,5	27,8	29,6	16,7	3,7
Varberg	4,0	6,4	12,3	24,6	20,2	19,5	13,0
Alingsås	1,9	5,5	11,4	23,1	22,2	21,9	13,9
Kungälv	0,5	6,8	14,0	28,6	20,9	20,2	9,0
Karlskoga	2,6	7,6	13,5	22,7	19,7	20,5	13,4
Lindesberg	1,5	6,9	13,7	24,2	18,4	22,3	13,1
Sollefteå	4,2	6,0	9,8	22,3	20,5	24,0	13,1
Örnsköldsvik	4,9	6,4	10,1	23,8	20,3	23,5	11,0
Lycksele	4,3	8,6	15,2	28,2	15,4	19,5	8,8
Skellefteå	6,3	7,6	14,4	22,5	18,2	21,1	9,9
Gällivare	0,0	6,4	15,3	24,7	20,0	20,7	12,9
Kalix	0,7	6,2	28,8	37,0	14,0	12,0	1,4
Kiruna	1,5	6,8	13,8	23,1	19,2	25,6	10,0
Piteå	0,0	5,2	6,0	18,1	30,2	30,2	10,3
Totalt	2,8	6,5	14,4	25,7	19,8	20,3	10,6

Källa: PAR

3.4 Hur långa var vårdtiderna och vad påverkas de av?

Vårdtidens längd påverkar kostnaden per vårdtillfälle. I diagram 10 jämförs vårdtiderna mellan sjukhusen.

Diagram 10 Medelvårdtider i kirurgisk slutenvård 2010. Dagar



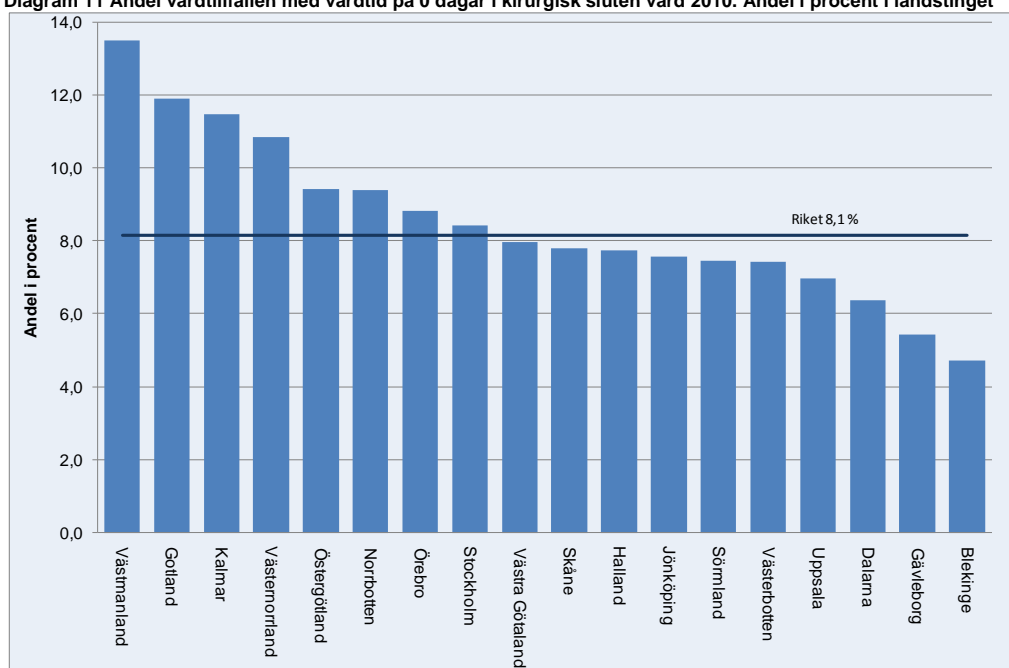
Medelvårdtiderna varierar mycket beroende på sjukhusens uppdrag, arbetssätt och organisation.

Variationen var särskilt stor mellan länsdelssjukhusen. Patienterna vårdades 1 dag i genomsnitt på Kungsbacka lasarett och knappt 6 dagar på Kungälv sjukhus.

Bland länssjukhusen hade Visby lasarett den kortaste vårdtiden, drygt 3 dagar och Blekinge-sjukhuset och NU-sjukvården den längsta vårdtiden med cirka 6,5 dagar.

För regionsjukhusen som sannolikt bör ha ett mer likartat uppdrag var skillnaden mindre. Här varierar medelvårdtiden mellan 4,5 dagar (Norrlands universitetssjukhus) till 6 dagar (Sahlgrenska universitetssjukhus).

Diagram 11 Andel vårdtillfällen med vårdtid på 0 dagar i kirurgisk slutenvård 2010. Andel i procent i landstinget



Källa:
PAR

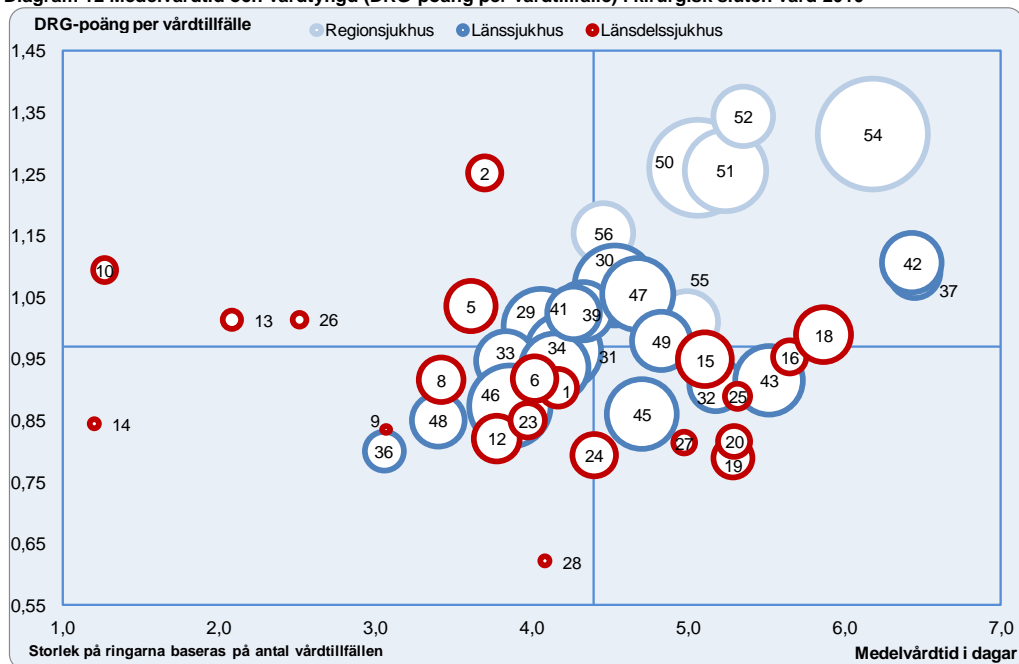
Anm. Endast landsting som ingår i undersökningen redovisas i diagrammet

Att kliniker kan ha vårdtider runt 1 dag beror på att det finns vårdtillfällen med vårdtid 0 dagar, det vill säga patienter som skrivs in och ut samma dag. I diagram 11 jämförs på landstingsnivå andelen av vårdtillfällen som hade en vårdtid på 0 dagar.

Västmanland hade den största andelen patienter med samma in- och utskrivningsdag, 13,5 procent i genomsnitt under 2010.

I Landstinget Blekinge, med Blekingesjukhuset, hade endast drygt 5 procent av vårdtillfällen vårdtider på 0 dagar. Blekingesjukhuset tillsammans med Nu-sjukvården hade även den längsta vårdtiden i genomsnitt (se diagram 10).

Diagram 12 Medelvårdtid och vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i kirurgisk slutenvård 2010



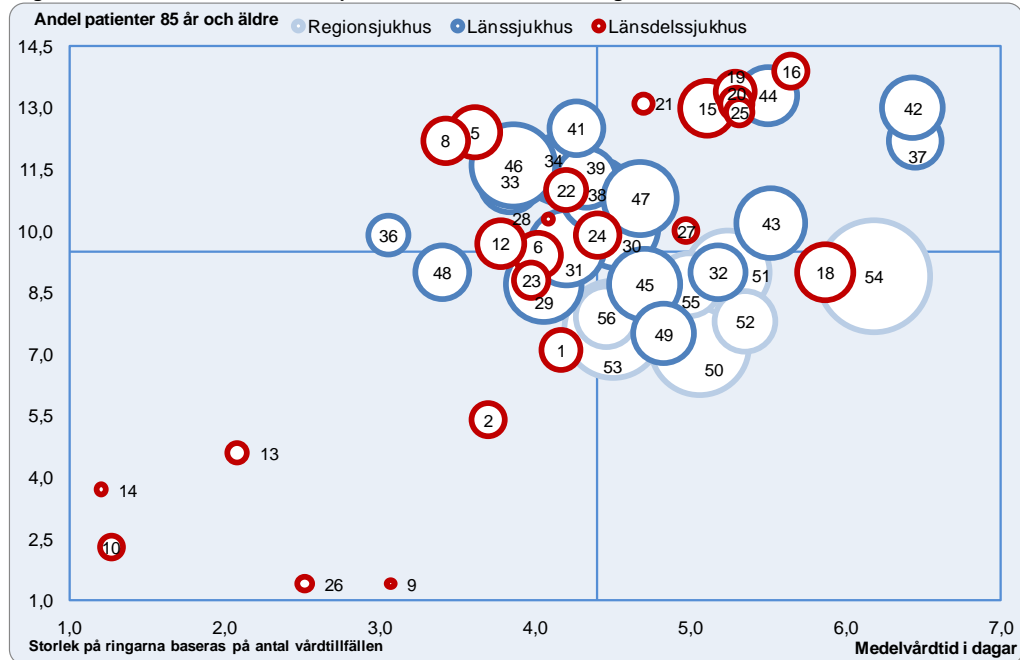
Källa:
TKB, KPP och PAR

Anm. Nr 2 Inkl. ortopedi och urologi. Nr 8, 14, 15, 23, 31, 36 och 37 Inkl. urologi. Nr 24 Inkl. urologi och onkologi

Vårdtidens längd sammanhänger sannolikt i huvudsak på patienternas sjukdomar, men även patienternas ålder och olika praxis på sjukhusen kan spela roll.

I diagram 12 visas hur sambandet mellan vårdtider och vårdtyngd ser ut. Som väntat hade sjukhus med tyngre patienter ofta längre vårdtider. De sjukhus som framför allt avvek från detta ”mönster” hade en mycket liten verksamhet mätt i antal vårdtillfällen.

Diagram 13 Medelvårdtider och andel patienter 85 år och äldre i kirurgisk slutenvård 2009



Anm. Nr 2 Inkl. ortopedi och urologi. Nr 8, 14, 15, 23, 31, 36 och 37 Inkl. urologi. Nr 24 Inkl. urologi och onkologi

I diagram 13 visas sambandet mellan ålder, mätt i andel patienter 85 år och äldre, och medelålder.

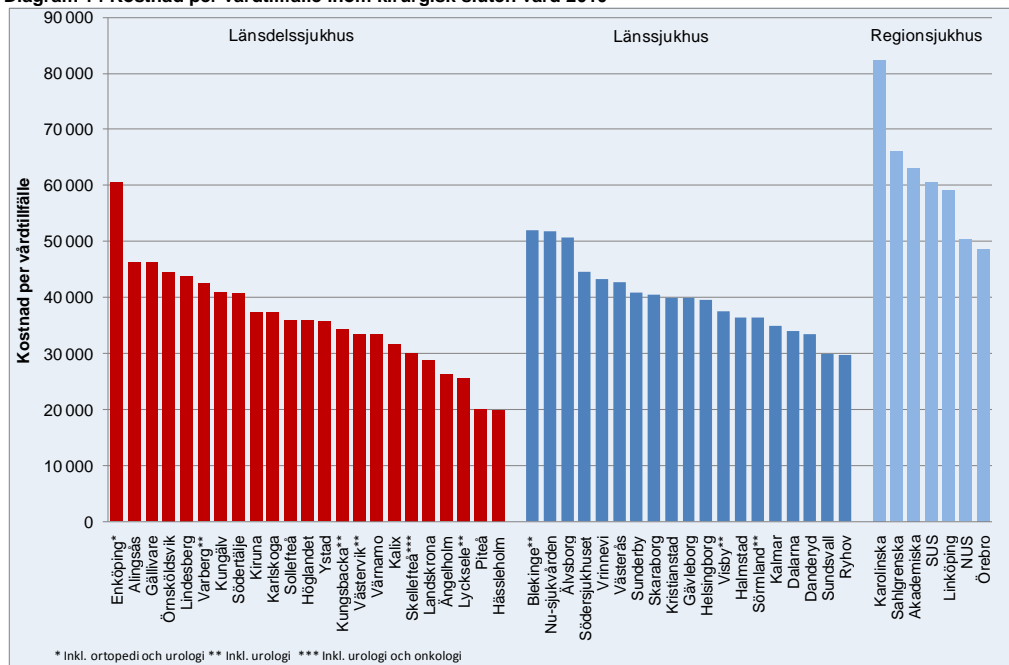
Som framgår av diagrammet hade länsdelssjukhus (röda) och länessjukhus (mörkblåa) med stor andel patienter över 85 år ofta längre vårdtider. Regionsjukhusen (ljusblåa) följer inte detta mönster.

3.5 Jämförelse av kostnad per vårdtillfälle

I diagram 14 jämförs kostnader per vårdtillfälle. Kostnaden är resultatet av vårdtidens längd och kostnad per vårdtag, det vill säga låga kostnader per patient kan uppnås antingen via korta vårdtider eller låga kostnader per dag.

I detta kostnadsmått tar man inte hänsyn till patientstruktur/vårdtyngd.

Diagram 14 Kostnad per vårdtillfälle inom kirurgisk slutenvård 2010



Källa:
TKB, KPP och PAR

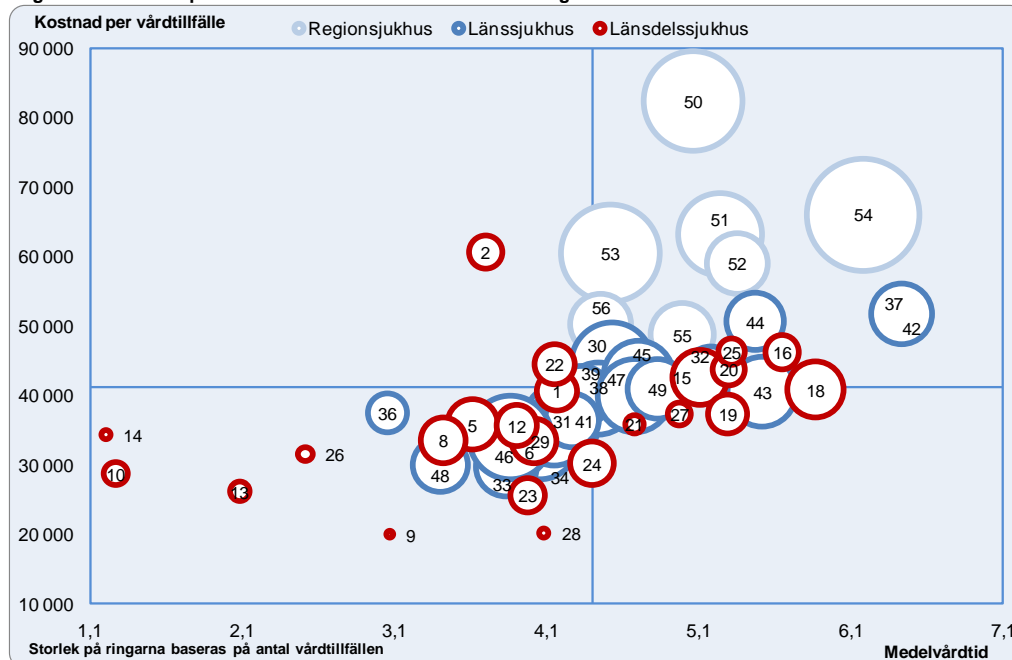
De flesta regionsjukhus hade högre kostnader än länsdels- och länssjukhus, om man undantar Enköpings lasarett.

De lägsta kostnaderna hade ett antal länsdelssjukhus och den största kostnadsvariationen fanns bland regionsjukhusen.

3.6 Kostnad per vårdtillfälle och vårdtid

Det finns ett direkt samband mellan variablerna kostnad per vårdtillfälle och vårdtid. Kostnad per vårdtillfälle är resultatet av vårdtidens längd och kostnaden per vård dag.

Diagram 15 Kostnad per vårdtillfälle och medelvårdtid för kirurgisk slutenvård 2010



Anm. Nr 2 Inkl. ortopedi och urologi. Nr 8, 14, 15, 23, 31, 36 och 37 Inkl. urologi. Nr 24 Inkl. urologi och onkologi

I diagram 15 kan sjukhusen jämföras med avseende på kostnad per vårdtillfälle och medelvårdtid. Om ett sjukhus avviker från ”mönstret” att höga kostnader sammanhänger med långa vårdtider ger diagrammet information om att kostnaden per vård dag är högre eller lägre än övriga sjukhus.

Till exempel hade sjukhus nummer 2, Enköpings lasarett, en kostnad som var bland de högsta, men en medelvårdtid som låg under den genomsnittliga nivån. Man kan då dra slutsatsen att kostnaden per vård dag är förhållandevis hög.

En förklaring till Enköpings höga kostnad kan vara att i MVO kirurgisk vård ingår även ortopedi, som generellt är dyrare än kirurgi. Enligt patientregistret utgör antal vårdtillfällen i ortopedi hälften av summan vårdtillfällen för kirurgi/ortopedi/urologi på Enköping.

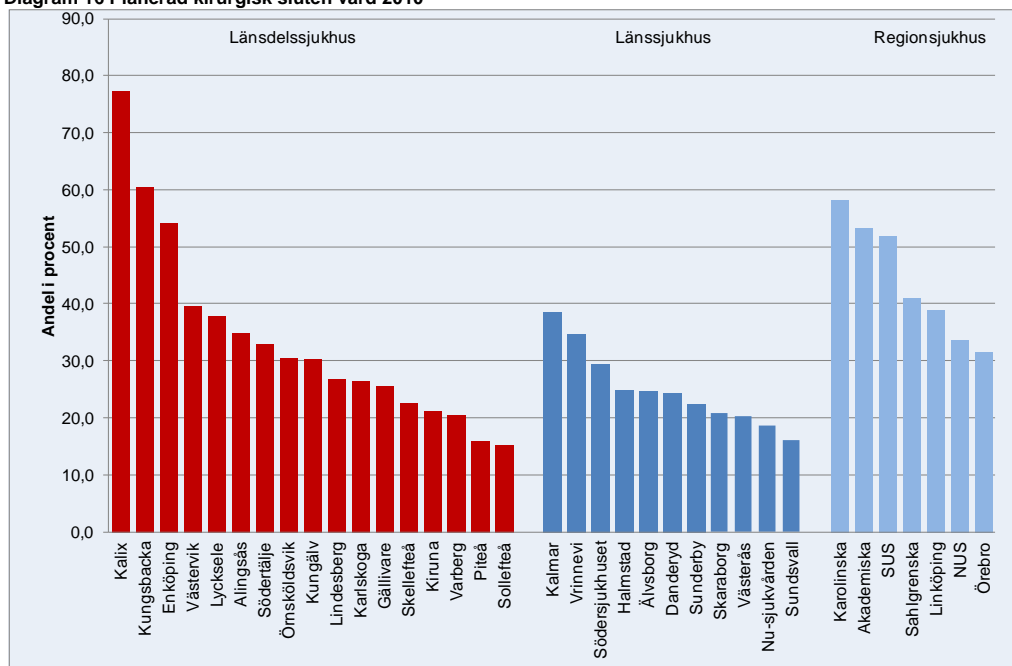
3.7 Kostnad per vårdtillfälle och planerad/oplanerad vård

Vissa kirurgkliniker har en stor andel planerad vård medan andra har en mindre andel. Det framgår i diagram 16. (Endast sjukhus som redovisas både i KPP-databasen och i denna undersökning ingår i jämförelsen.)

Generellt hade länsdelssjukhusen den lägsta andelen planerad vård och regionsjukhusen den högsta andelen. I genomsnitt var andelen på länsdelssjukhusen 15 procent, på länsjukhusen 16 procent och på regionsjukhusen 31 procent.

Variationen är störst mellan länsdelssjukhusen. Kalix lasarett hade den högsta andelen planerad vård, 77 procent, följt av Kungsbacka lasarett med 60 procent.

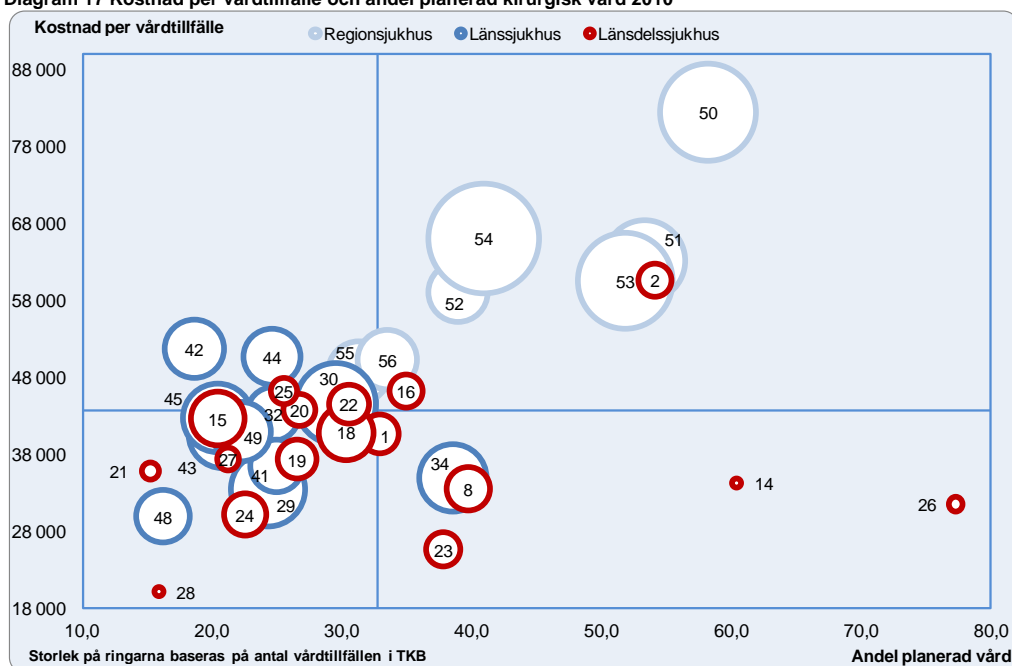
Diagram 16 Planerad kirurgisk slutenvård 2010



Källa:
KPP

Finns det ett samband mellan kostnad per vårdtillfälle och andel planerad vård? I diagram 17 jämförs sjukhusen med avseende på både kostnader och andel planerad vård.

Diagram 17 Kostnad per vårdtillfälle och andel planerad kirurgisk vård 2010



Ett visst mönster kan urskiljas för länsdelssjukhusen och regionsjukhusen generellt har sjukhus med hög andel planerad vård högre kostnader. Två sjukhus avviker från mönstret, nummer 26 Kalix lasarett och nummer 14 Kungsbacka lasarett. Båda sjukhusen har en hög andel planerad vård men samtidigt en låg kostnad per vårdtillfälle.

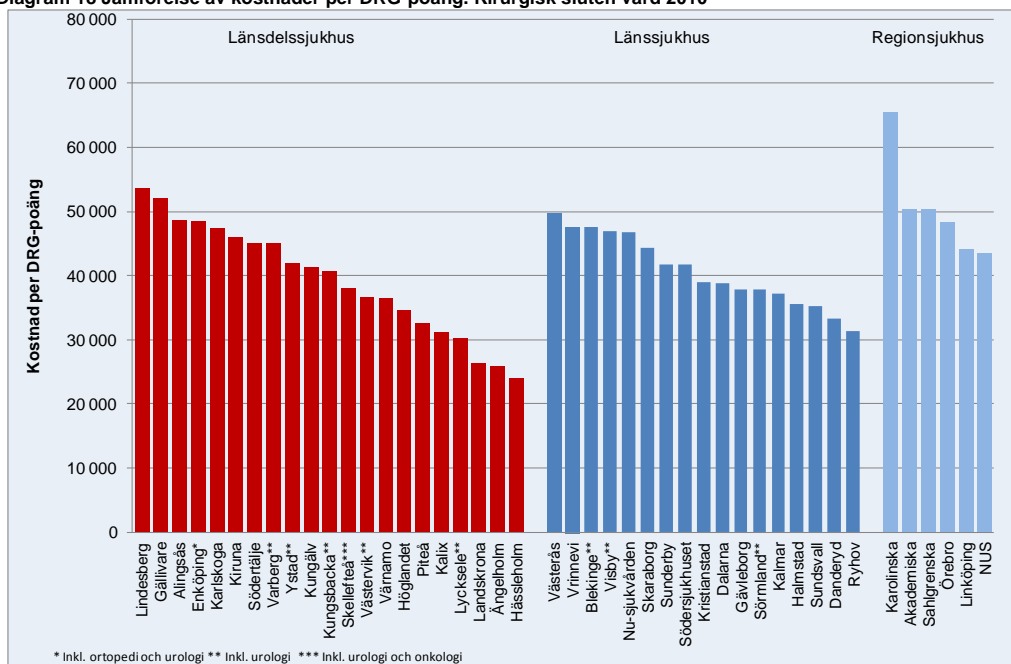
Att Kalix lasarett har en låg kostnad per vårdtillfälle beror på att man där utför lättare elektiv kirurgi. Den akuta kirurgin utförs främst på Sunderby sjukhus.

På Kungsbacka lasarett utför man så kallad minimalinvasiv kirurgi (ingrepp med små snitt och titthålsteknik) som innebär en lägre kostnad och kortare vårdtider än vid traditionell kirurgi. Vi har tidigare konstaterat att Kungsbacka lasarett har den lägsta vårdtiden, 1 dag i genomsnitt, av alla sjukhus i undersökningen, se diagram 10.

Genom att studera de strukturtabeller som presenteras på SKL:s hemsida kan man få mer information om inriktningen i verksamheten på respektive sjukhus. Mer planerad verksamhet innebär för mindre sjukhus att patienterna är fördelade på färre diagnosgrupper.

3.8 Jämförelse av kostnad per DRG-poäng

Diagram 18 Jämförelse av kostnader per DRG-poäng. Kirurgisk slutenvård 2010



I diagram 18 jämförs kostnad per DRG-poäng, det jämförelsetal som är viktigast i denna undersökning.

Till skillnad från kostnad per vårdtillfälle, enligt Diagram 14, har kostnaden här justerats för skillnader i patientstruktur. Även om kostnaden per vårdtillfälle är hög kan kostnaden per DRG-poäng bli låg om patienterna hade ”tyngre” diagnoser.

På samma sätt som för kostnad per vårdtillfälle hade regionsjukhusen generellt högre kostnader per DRG-poäng jämfört med de båda andra sjukhusgrupperna. Justering för vårdtyngd förändrade inte den bilden.

Att regionsjukhusen har högre kostnader kan delvis förklaras av att de har en större andel vårdtillfällen med extremt höga kostnader, så kallade ytterfall. Vid beräkningen av nationella vikter per DRG är dessa vårdtillfällen och kostnader exkluderade. Den genomsnittliga vårdtyngden (antal DRG-poäng per vårdtillfälle) blir därmed lägre än om alla patienter hade inkluderats och detta får störst effekt på regionsjukhusen. En annan förklaring till högre kostnader för regionsjukhusen kan vara att de inte fullt ut har lyckats exkludera kostnaden för forskning och utveckling.

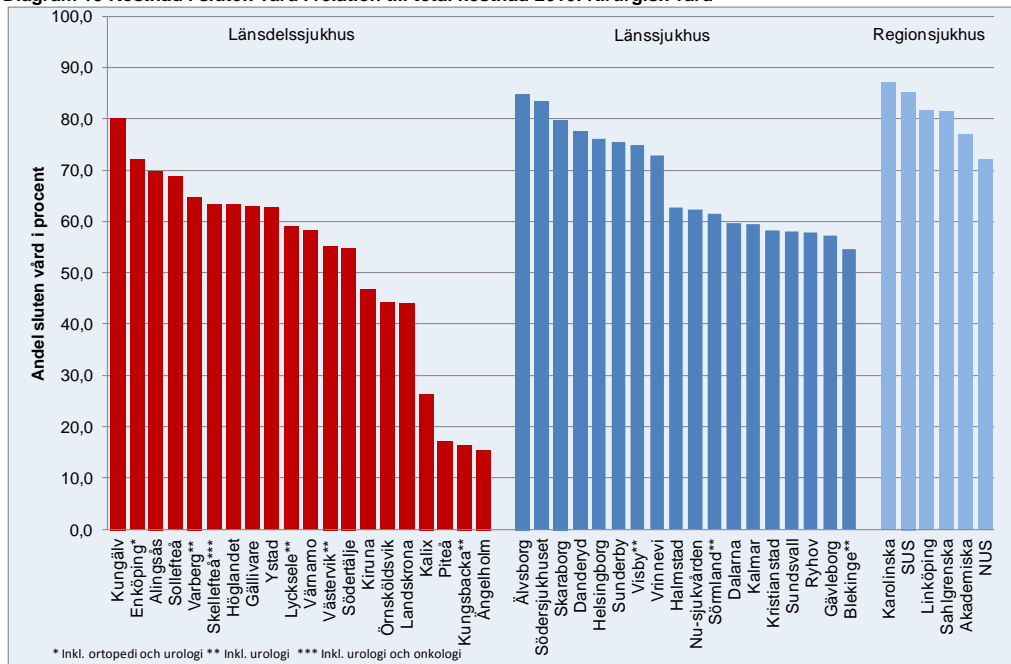
Kostnadsskillnaderna mellan sjukhusen var störst i gruppen länsdelssjukhus. Lindesbergs lasarett hade den högsta kostnaden per DRG-poäng. I jämförelserna tidigare i kapitlet har vi kunnat se att även kostnaden per vårdtillfälle var hög på Lindesberg lasarett jämfört med övriga länsdelssjukhus även om den inte var allra högst. Patienterna hade en vårdtyngd som låg nio procent under den genomsnittliga nivån. Trots detta vårdades patienterna längre än på de flesta övriga sjukhus. En bidragande orsak till detta kan vara att andelen patienter 85 år och äldre var högre på Lindesberg lasarett än på länsdelssjukhusen i genomsnitt.

För att få fram vilka faktorer som i övrigt påverkar kostnaderna per DRG-poäng behöver jämförelsematerialet diskuteras med verksamhetsansvariga på sjukhusen. Det kan till exempel finnas variationer i verksamheterna som inte framkommer i den statistik som presenteras i denna rapport.

3.9 Hur stor del av kostnaderna avsåg slutenvården?

Jämförelserna i avsnittet har hittills avsett slutenvården, men det är viktigt att även belysa verksamheten i öppen vård och inte minst samspelet mellan slutenvården och öppen vård. Några jämförelser görs nedan med hjälp av uppgifterna från totalkostnadsboks slutenvården. I diagram 19 jämförs sjukhusen med avseende på kostnadsfördelning mellan slutenvården och öppen vård.

Diagram 19 Kostnad i slutenvården i relation till total kostnad 2010. Kirurgisk vård



Kostnaderna för slutenvården utgjorde, i genomsnitt på alla sjukhusen, 73 procent av de totala kostnaderna 2010.

Andelen var lägst på länsdelssjukhus med 61 procent, och högst på regionsjukhus med 83 procent. På länsjukhusen var andelen 68 procent i genomsnitt.

Vissa sjukhus saknas i diagrammet beroende på att de enbart har redovisat slutenvården eller enbart öppen vård (se inledning till kapitel 3)

Skillnaderna i andel slutenvård är mycket stora inom gruppen länsdelssjukhus. På Ängelholms sjukhus avsåg bara 16 procent av kostnaderna slutenvården. På Kungälv sjukhus var motsvarande andel 80 procent.

I gruppen länsjukhus varierade andelen kostnader i slutenvården mellan cirka 55 procent på Blekingesjukhuset och drygt 85 procent på Södra Älvsborg sjukhus.

Andelen slutenvård på regionsjukhusen varierade måttligt, lägsta värde var 72 procent (Norrlands universitetssjukhus) och högsta värde 87 procent (Karolinska).

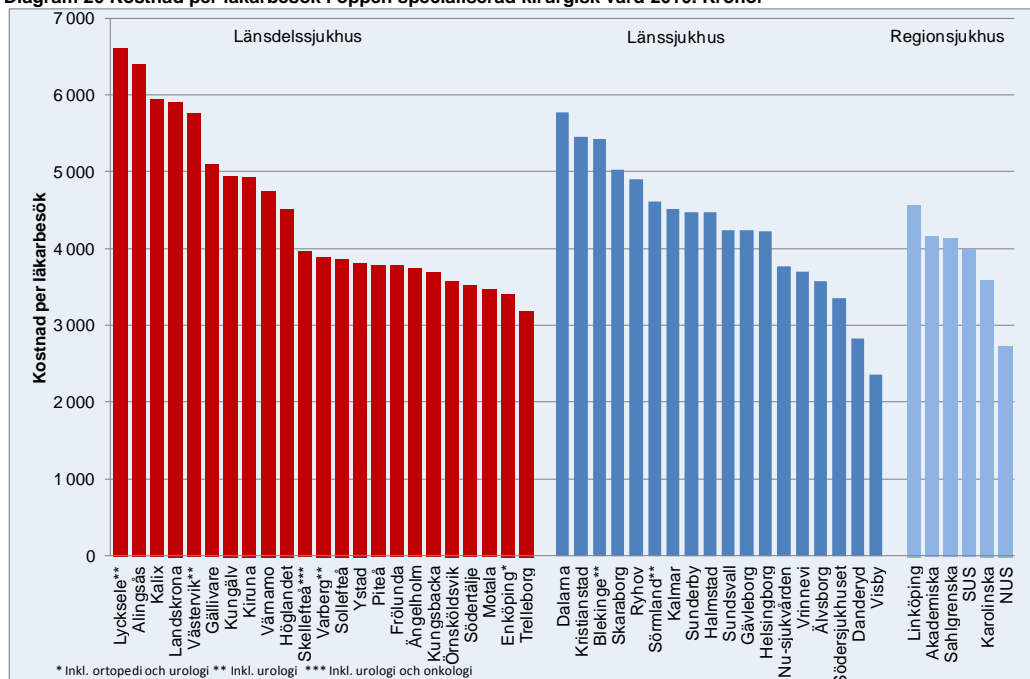
Förklaringar till variationerna kan exempelvis ligga i att patientstrukturen ser olika ut på sjukhusen eller i att sjukhusen har kommit olika långt i utvecklingen från slutenvård mot dagsjukvård.

3.10 Jämförelse av kostnader per läkarbesök

I diagram 20 jämförs kostnaden per läkarbesök i öppen specialiserad vård. Besök hos andra personalkategorier än läkare har räknats om till läkarbesök. Övriga besök har antagits motsvara 0,4 läkarbesök.

Sannolikt betyder inte patientsammansättning lika mycket för kostnad per läkarbesök som för kostnad per vårdtillfälle i sluten vård, men man bör vara medveten om att jämförelserna är mindre rättvisande utan justering för vårdtyngd beroende på DRG- tillhörighet.

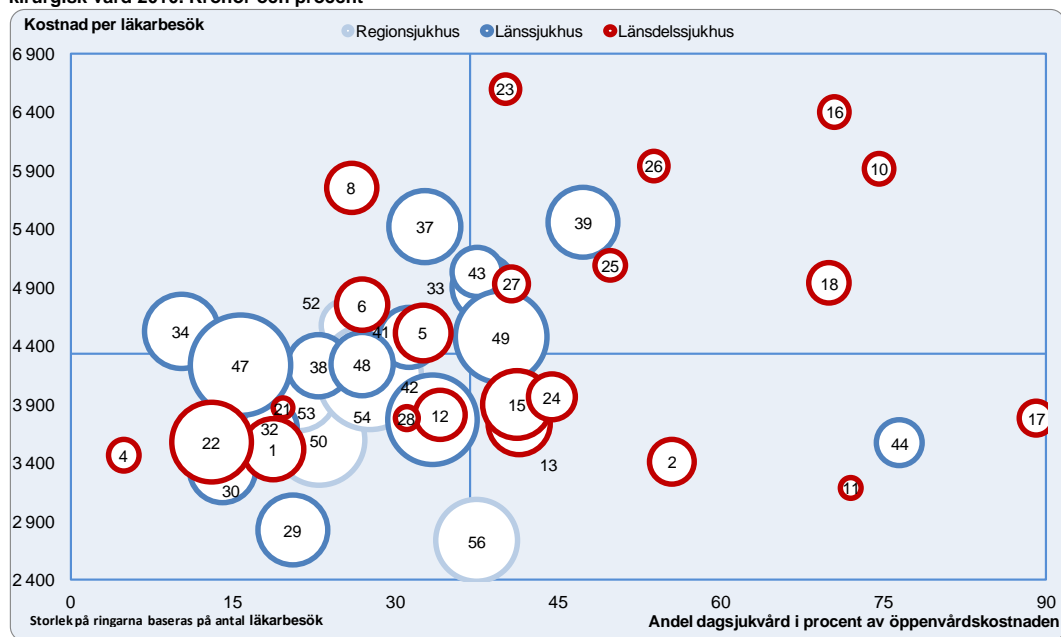
Diagram 20 Kostnad per läkarbesök i öppen specialiserad kirurgisk vård 2010. Kronor



Ett sätt att, i avsaknad av patientuppgifter, få jämförelserna av öppen vård mer rättvisande är att dela upp verksamheten i dagsjukvård respektive mottagningsverksamhet. Besök i dagsjukvård är generellt mer resurskrävande. I totalkostnadsboksluten ombads därför sjukhusen/landstingen att om möjligt dela upp den öppna vården i dagsjukvård och mottagningsverksamhet. För många sjukhus saknas dock särredovisningen.

I diagram 21 jämförs sjukhusen med avseende på kostnad per läkarbesök och kostnadsandel dagsjukvård av öppen vård totalt.

Diagram 21 Kostnad per läkarbesök och andel kostnad i dagsjukvård i procent av öppenvårdskostnad totalt för specialiserad kirurgisk vård 2010. Kronor och procent



Anm. Nr 2 Inkl. ortopedi och urologi. Nr 8, 14, 15, 23, 31, 36 och 37 Inkl. urologi. Nr 24 Inkl. urologi och onkologi

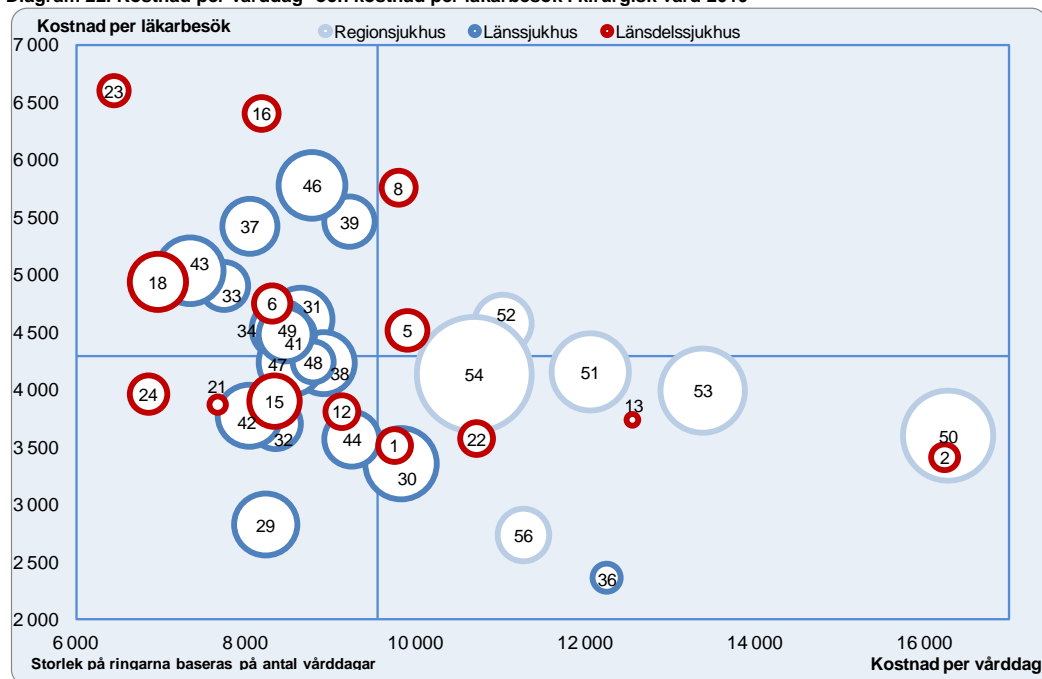
För länsdelssjukhus och länsjukhus kan ett visst samband utläsas. Höga kostnader per läkarbesök hänger ofta samman med hög andel dagsjukvård och tvärtom.

Framför allt avviker sjukhus nummer 17 (Frölunda specialistsjukhus) från detta ”mönster”. De redovisar en hög andel dagsjukvård samtidigt som de hade en låg kostnad per läkarbesök.

3.11 Kostnader per läkarbesök och kostnader per vårddag

I diagram 22 kan sjukhusen jämföras ur två perspektiv; kostnad i sluten vård och kostnad i öppen vård. I sluten vård har vi valt jämförelsetalet kostnad per vårddag.

Diagram 22. Kostnad per vårddag³ och kostnad per läkarbesök i kirurgisk vård 2010



Anm. Nr 2 Inkl. ortopedi och urologi. Nr 8, 14, 15, 23, 31, 36 och 37 Inkl. urologi. Nr 24 Inkl. urologi och onkologi

För länsdels- och länsjukhus (röda och mörkblåa ringar) finns ofta ett negativt samband, att höga kostnader per vårddag sammanhänger med låga kostnader per läkarbesök.

Av de 32 länsdels- och länsjukhusen i diagram 22 hade 13 eller 40 procent låga kostnader per vårddag och höga kostnader per läkarbesök.

³ Sjukhus med färre än 1 000 vårddagar redovisas inte

KAPITEL 4

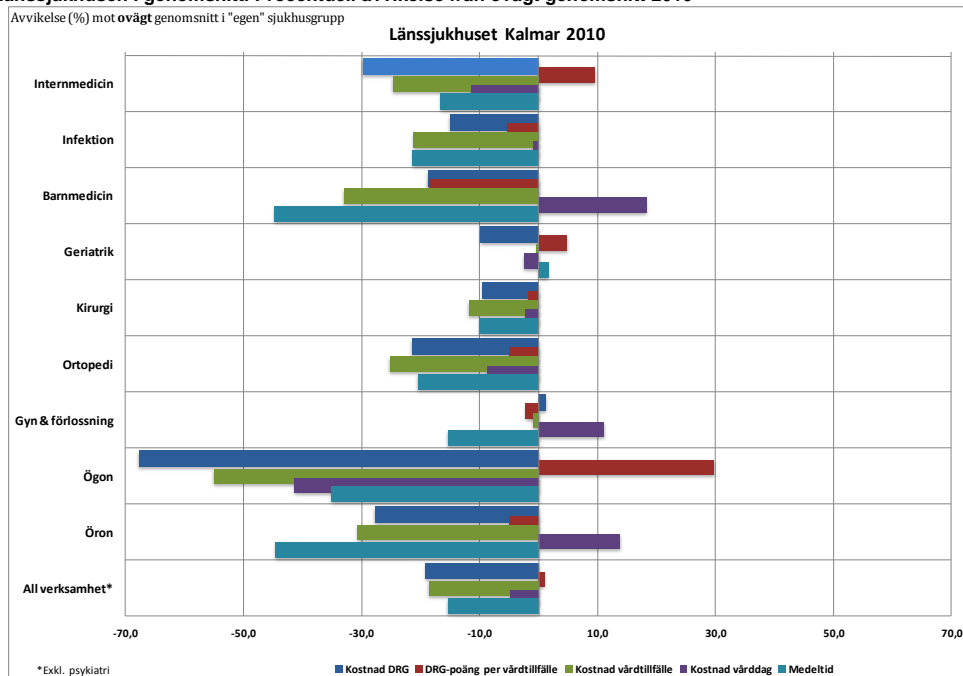
Exempel på jämförelser utifrån ett sjukhus

4.1 Sjukhuset i översikt

I kapitel 3 har vi visat hur man kan jämföra kirurgisk verksamhet inom "sitt eget" sjukhus med andra sjukhus genom att studera placeringen i relation till andra i olika diagram.

I detta avsnitt ger vi ytterligare exempel på hur jämförelsematerialet kan användas genom att lyfta fram ett sjukhus och ett medicinskt verksamhetsområde, ögonsjukvård, på Länssjukhuset i Kalmar.

Diagram 23 Övergripande jämförelse av sluten vård mellan Länssjukhuset i Kalmar och länssjukhusen i genomsnitt. Procentuell avvikelse från ovägt genomsnitt 2010



Källa:
TKB, KPP och PAR

Diagram 23 ger en översiktlig bild av sjukhuset i relation till länssjukhusen i genomsnitt. För samtliga MVO: n jämförs kostnad per DRG-poäng (vårdtyngd), kostnad per vårdtillfälle, kostnad per vård dag och medelvårdtid.

Diagrammet visar bland annat att ögonsjukvården på Länssjukhuset i Kalmar hade tyngre patienter (högre genomsnittlig DRG-poäng per vårdtillfälle) men trots detta var både kostnaderna och vårdtiden lägre än för övriga länssjukhus.

Diagrammet ger en översiktlig bild, men man bör också studera de tabeller som utgör underlaget till diagrammet, inte minst för att få information om verksamheternas omfattning.

Antalet vårdtillfällen kan vara väldigt få inom vissa MVO: n och därmed bli avvikelserna i procent stora och verksamheten mindre intressant att analysera.

Tabellerna, som finns publicerade på SKL:s hemsida, ger också information om varje enskilt sjukhus. Det kanske inte är genomsnittsvärdet man är intresserad av utan av ett eller ett par sjukhus. (Observera att uppgifterna för Sörmland, Dalarna och Gävleborg även avser länsdelssjukhus).

I tabell 2 har vi lyft fram tabellen för ögonsjukvård på länssjukhus för att visa vilken information tabellerna ger. Motsvarande tabeller finns för övriga sjukhustyper och MVO: n.

Tabell 2 Kostnader, vårdtyngd, medelvårdtid och antal vårdtillfällen i ögonsjukvård 2010, slutna vård. Länssjukhus

	Kostnad/ DRG-poäng	Kostnad/ v.tillfälle	Kostnad/ vård dag	Medel- vårdtid	DRG-poäng/ v.tillfälle	Antal v.tillfälle	Kostnad/ DRG-poäng	Kostnad/ v.tillfälle	Kostnad/ vård dag	Medel- vårdtid	DRG-poäng/ v.tillfälle
Sörmland	32 625	24 857	11 106	2,2	0,7619	21	69	70	99	65	117
Ryhov	148 257	100 738	32 604	3,1	0,6795	78	313	284	290	90	104
Kalmar	17 172	15 596	7 255	2,1	0,9082	207	36	44	65	63	139
Kristianstad	29 085	16 839	4 999	3,4	0,8789	19	61	47	44	98	134
Halmstad		35 030	7 485	4,7		50		99	67	136	
Nu-sjukvården	56 209	39 713	8 237	4,8	0,7065	95	119	112	73	140	108
Skaraborg	51 834	35 087	6 819	5,1	0,6769	62	109	99	61	150	104
Västerås	31 787	23 422	8 726	2,7	0,7368	19	67	66	78	78	113
Dalarna	70 383	40 847	19 641	2,1	0,5804	113	148	115	175	61	89
Sunderby ¹⁾	36 939	22 387	5 513	4,1	0,6061	33	78	63	49	118	93
Medelvärde (ovägt)	47 429	35 452	11 239	3,4	0,6535	70	100	100	100	100	100
Totalt²⁾	49 350	36 355	11 378	3,2	0,7367	712					

Källa: TKB, KPP och PAR

¹⁾ Inkl. urologi ²⁾ Sjukhus med färre än 10 vårdtillfällen är borttagna i tabellen, men ingår i Totalt

4.2 Skillnader i patientstruktur

Om vi fortsätter att använda Länssjukhuset i Kalmar som exempel kan vi i Tabell 2 konstatera att den genomsnittliga vårdtyngden på patienterna inom ögonsjukvård var 0,9082 DRG-poäng per vårdtillfälle, vilket var 39 procent över den genomsnittliga nivån för länssjukhus (index 139). Länssjukhuset i Kalmar hade följaktligen väldigt tunga patienter jämfört med övriga länssjukhus. Vikten för samtliga länssjukhus var 0,7368.

Tyngden på patienterna återspeglar sig i kostnaden per DRG-poäng, ju högre vikt desto mer justeras kostnaden positivt (lägre kostnad). Om man jämför Länssjukhuset i Kalmar och Kristianstads sjukhus ser man att Kalmar ligger ca 1 200 kronor lägre för kostnad per vårdtillfälle men nästan 12 000 kronor lägre för kostnad per DRG-poäng.

Tabell 3 De 20 vanligaste DRG på länsjukhusen inom ögonsjukvården 2010. Procentuell fördelning

Sjukhus	036A	036B	036D	037	038	039	040N	041	042	043	044	045	046	047	048	452B	453B	461	470	477	Övrigt	
Ryhov, länsjukhus			2,6	15,4	5,1	14,1	3,8		15,4	2,6	2,6	3,8	2,6	21,8			2,6			1,3	6,4	
Länsjukhuset Kalmar		70,0	13,0	2,4		1,4	0,5		1,0		1,9		1,0	7,2				1,0			0,5	
Kristianstads sjukhus	10,5	5,3		10,5		5,3			10,5		5,3			42,1	10,5							
Halmstads sjukhus	1,4			15,5	1,4	7,0	8,5	1,4	14,1		4,2		5,6	23,9	1,4	1,4	7,0	1,4			5,6	
NU-sjukvården				4,3	6,5	12,0	8,7		7,6	2,2	5,4		6,5	21,7		5,4	1,1				18,5	
Skaraborgs sjukhus	1,5			13,8	1,5	3,1	3,1		12,3	1,5	1,5	6,2	4,6	30,8	3,1				3,1	3,1	10,8	
Västerås lasarett				31,6	5,3		15,8	5,3		5,3		5,3		21,1							5,3	
Sundsvalls sjukhus				9,1		9,1					18,2			36,4						27,3		
Sunderbyns sjukhus				9,1	3,0				9,1	9,1	12,1		3,0	39,4						6,1	3,0	6,1
Dalarna				6,3	1,8	37,5	3,6	0,9	5,4	1,8	0,9	0,9		35,7	0,9						4,5	
Sörmland				9,5	33,3		4,8	4,8	9,5	4,8		9,5		14,3	4,8					4,8		
Totalt	0,5	19,8	4,2	9,5	2,2	10,4	3,8	0,7	7,0	1,5	3,4	1,4	2,7	22,3	0,9	0,8	1,1	0,5	1,1	0,5	5,7	

DRG	Vikt	DRG-namn	DRG	Vikt	DRG-namn	DRG	Vikt	DRG-namn
DRG 036A	0,6748	Andra op retina	DRG 044	0,6172	Allvarlig akut ögoninf	DRG 048	0,4860	Andra ögonsjd <18
DRG 036B	0,9644	Op retinaavlossning	DRG 045	0,6004	Neurologisk ögonsjd	DRG 452B	0,7952	Behandlingskomplikation u op K
DRG 036D	0,9172	Större op öga	DRG 046	0,6628	Andra ögonsjd >17 K	DRG 453B	0,4356	Behandlingskomplikation u op
DRG 037	0,9724	Op orbita	DRG 047	0,4288	Andra ögonsjd >17 U	DRG 461	1,2932	Op pga annan sjukvårdskontakt
DRG 038	0,7980	Primära op iris	DRG 041	0,6428	Extraokul op ej orbita <18	DRG 470	0,6712	Ej gruppbar pga saknad inform
DRG 039	0,6024	Linsop ej disciss sek katarakt	DRG 042	0,7564	Intraokul op ej ret iris lins	DRG 477	1,3308	Annan sällsynt ef fel komb
DRG 040N	0,8312	Extraokul op ej orbita >17	DRG 043	0,4072	HypHEMA			

Källa: PAR

Som man ser i tabell 3 återfinns 70 procent av patienterna på Länsjukhuset i Kalmar i DRG 036B, operation retinaavlossning, som har en vikt på 0,9644 att jämföras med drygt 20 procent för länsjukhusen totalt. Länsjukhuset i Kalmar hade även en stor andel i DRG 036D, större operation öga, med vikten 0,9724.

Om man jämför med Kristianstads sjukhus ser man att de flesta patienterna där finns i DRG 047, andra ögonsjukdomar >17 U, med vikten 0,4288. Detta är en förklaring till att det var en större skillnad på kostnad per DRG-poäng än på kostnad per vårdtillfälle mellan sjukhusen.

På Universitetssjukhuset MAS vårdas 57 procent av patienterna i ögonsjukvård för diagnosen 036B vilket kan tyda på att man koncentrerat behandlingen dit i Region Skåne.

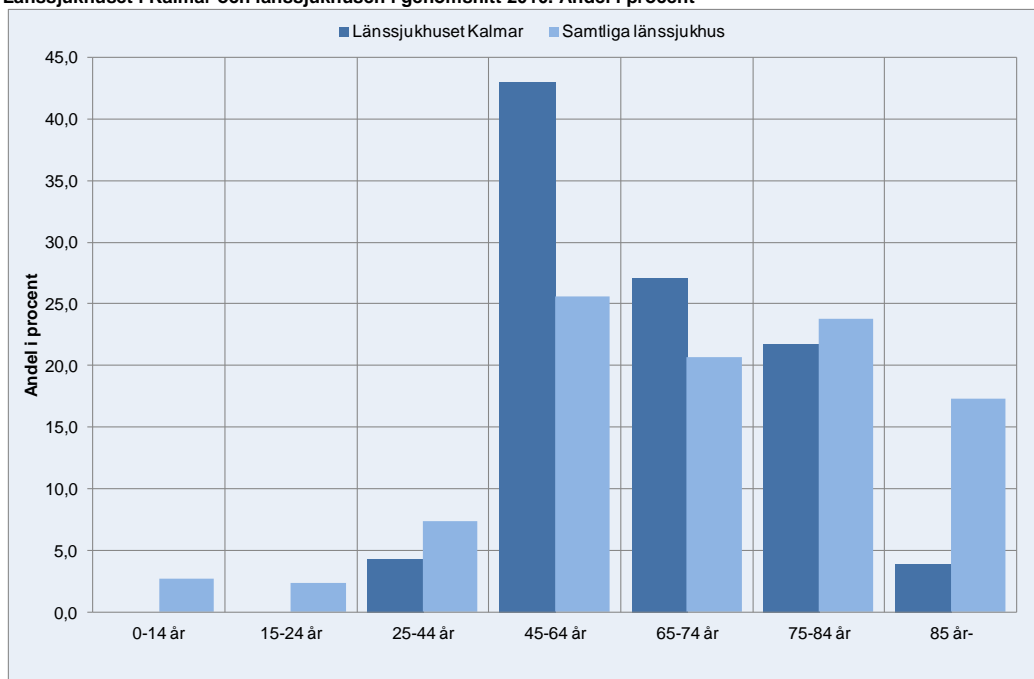
I tabellerna över patientstruktur framgår förutom de 20 vanligaste DRG även åldersstrukturen samt kön på patienterna.

Äldre patienter kan innebära att vårdtiden blir längre och därmed att kostnaderna per vårdtillfälle och kostnad per DRG-poäng blir högre om allt annat är lika.

Skillnader i åldersstrukturen på Länsjukhuset i Kalmar och länsjukhusen i genomsnitt visas i diagram 24.

Ofta finns det fler än 20 DRG på ett MVO, ibland hamnar mer än hälften av vårdtillfällena på "Övrigt". Ögonsjukvården är dock ett undantag, endast 6 procent av vårdtillfällena på länsjukhusen har ett DRG utanför topp 20.

Diagram 24 Åldersstruktur på patienterna inom sluten ögonsjukvård. Jämförelse mellan Länssjukhuset i Kalmar och länssjukhusen i genomsnitt 2010. Andel i procent



Källa:
PAR

Patienterna på Länssjukhuset i Kalmar hade en annan åldersprofil än genomsnittet för samtliga länssjukhus. De flesta, 43 procent, patienterna som söker ögonsjukvård var mellan 45 och 64 år, man hade få patienter över 84 år och inga barn och ungdomar.

Länssjukhusen totalt hade en jämnare fördelning mellan åldersgrupperna med patienter även i de lägre åldersgrupperna.

Patienterna på Länssjukhuset i Kalmar var följaktligen betydligt yngre än på övriga sjukhus i genomsnitt.

4.3 Avslutande kommentar

De jämförelser som har presenterats i denna rapport kan utvecklas vidare. Många jämförelser som har presenterats kan bland annat fördjupas genom att de bryts ner på DRG-nivå. Som tidigare nämnts bör jämförelserna kompletteras med patientrelaterad data för den öppna vården.

Jämförelserna behöver också diskuteras, inte minst med verksamhetsansvariga på sjukhus, så att användbarheten i statistiken säkerställs. Andra metoder att jämföra och andra jämförelsetal kan behövas. Genom diskussioner kan också analyserna utvecklas genom att ytterligare förklaringar och kommentarer till jämförelserna kan tillföras.

Fakta om undersökningen

5.1 Datakällor

Tre datakällor har använts för att få fram jämförelsetalen i denna undersökning; totalkostnadsbokslut, patientregistret och KPP-databasen.

I ett totalkostnadsbokslut har alla kostnader fördelats till olika medicinska verksamhetsområden (MVO: n) i slutenvård eller öppen vård. Kostnader som ursprungligen har redovisats centralt under operations-, laboratorie- och röntgenverksamhet, fastighetservice, administration etc. omfördelas till MVO: n i proportion till utnyttjandegrad. Den kostnad som åtgår för att vårda patienterna inom ett MVO i slutenvård kan därmed relateras till antalet patienter/vårdtillfällen där. På motsvarande sätt kan kostnaden för ett MVO i öppen vård relateras till antalet besök.

Av totalt cirka 80 sjukhus i Sverige tog motsvarande cirka 65 sjukhus fram TKB för 2010. Vissa sjukhus har utvecklat redovisningen ett steg ytterligare från TKB till KPP, Kostnad per patient. Dessa sjukhus redovisar inte bara kostnader per MVO utan även kostnader per patient/vårdtillfälle. Patienterna och kostnaderna kan grupperas till ett antal medicinskt och kostnadsmässigt homogena diagnosrelaterade grupper (DRG: n).

SKL samlar årligen in uppgifter från sjukhus med KPP-system till en databas. År 2010 lämnade 42 sjukhus in uppgifter om slutenvård och 30 sjukhus om öppen somatisk vård. Det innebär att ca 68 procent av den slutna somatiska vården och cirka 55 procent av den öppna somatiska specialistvården ingår i KPP-databasen. Uppgifter för psykiatri är under utveckling.

KPP-databasen används bland annat för att beräkna relativa vikter för respektive DRG. Den genomsnittliga kostnaden för samtliga vårdtillfällen sätts till 1 därefter beräknas vikter för respektive DRG utifrån deras genomsnittskostnad. Vårdtillfällen med extremt höga kostnader, de så kallade ytterfallen, exkluderas. Genom att summera vårdtillfällena och använda vikterna tar man hänsyn till att vårdtillfällena har olika resurstyngd. Summa viktade vårdtillfällen benämns DRG-poäng och nyckeltalet blir DRG-poäng per vårdtillfälle.

Patientregistret ger uppgifter om de unika patienterna på respektive sjukhus och medicinskt verksamhetsområde, dock inga kostnadsuppgifter. Till kostnaderna per MVO från totalkostnadsboksluten kan vi därmed koppla information inte bara om antalet vårdtillfällen utan om viktade vårdtillfällen (DRG-summan) genom att använda genomsnittvärden från KPP-data.

Alla Sveriges sjukhus redovisar uppgifter till patientregistret på Socialstyrelsen. Vi kan därmed ta hänsyn till skillnader i patientstruktur när vi jämför kostnader för ett MVO.

Kostnad per viktat vårdtillfälle, det vill säga kostnad per DRG-poäng används som ett rimligt rättvisande produktivitetmått.

Uppgifter från totalkostnadsboksluten har inhämtats från sjukhusen/landstingen via enkäter medan övriga uppgifter har inhämtats från befintliga data. För vissa sjukhus/landsting som har infört KPP, har uppgifter om kostnader per MVO tagits fram ur KPP-databasen. Detta gäller Sunderbyns sjukhus, Kiruna lasarett, Gällivare lasarett, Piteå älvåldals sjukhus och Kalix lasarett i Norrbottens läns landsting, Örebro regionsjukhus, Lindesberg lasarett och Karlskoga lasarett i Örebro läns landsting, Sundsvalls sjukhus, Sollefteå sjukhus och Örnsköldsviks sjukhus i Landstinget Västernorrland, Karolinska, Danderyds sjukhus, Södertälje sjukhus och Södersjukhuset i Stockholms läns landsting samt Sahlgrenska universitetssjukhuset, Alingsås lasarett, Frölunda specialistsjukhus, Kungälv sjukhus, NU-sjukvården, Skaraborgs sjukhus och Södra Älvsborgs sjukhus i Västra Götalandsregionen.

Antal DRG-poäng har beräknats på samma sätt som för andra sjukhus i undersökningen utifrån genomsnittsvikter i KPP-databasen. Dessa uppgifter är inte desamma som sjukhusens DRG-poäng beräknade med egna unika kostnader.

Uppgifterna från Patientregistret avser förhållandet 1 november.

5.2 Faktorer som bör beaktas vid kostnadsjämförelserna

Det finns ett antal faktorer som kan påverka jämförelsetalen mer eller mindre för olika sjukhus. Det är framför allt de faktorer som nämns nedan.

Patienter kan flyttas från den klinik man ursprungligen vårdades på till en klinik för eftervård. Två vårdtillfällen registreras eftersom begreppet *klinikkvårdtillfälle* används i registret. Kostnaden per DRG-poäng blir då lägre än om patienten hade vårdats färdigt på den ursprungliga kliniken. På samma sätt kan två sjukhus samarbeta och patienter flyttas mellan sjukhusen.

Kommunens resurser påverkar sjukhusens kostnader. Utskrivning av patienter som ska vårdas i kommunal vård och omsorg kan fördröjas till följd av platsbrist i kommunen. Det leder till längre vårdtider och högre kostnader.

5.3 Tillförlitlighet i statistiken

Totalkostnadsbokslut på enskilda sjukhus har sammanställts och använts för analys sedan många år tillbaka, men det finns ändå anledning att iaktta viss försiktighet vid tolkning av siffrorna. Omfördelning av kostnader från centrala så kallade serviceenheter till så kallade vårdande enheter kan göras med varierande noggrannhet. Fördelningen mellan slutet och öppen vård likaså. Det finns även brister i Patientregistret, i registreringen av vårdkontakter, diagnoser, bidiagnoser och åtgärder, som kan påverka antalet DRG-poäng.

Genom att statistiken lyfts fram och används till jämförelser kan bristerna uppmärksammas och rättas till. Om fler sjukhus/landsting tar fram TKB och deltar i jämförelser ökar värdet av undersökningen.

Samtliga tabeller har innan publiceringen skickats ut till uppgiftslämnarna för kontroll och kommentarer.

Bilaga 1

Sjukhusen i undersökningen

Nr	Sjukhus	Landsting	Nr	Sjukhus	Landsting	Nr	Sjukhus	Landsting
1	Södertälje	Stockholm	20	Lindesberg	Örebro	39	Kristianstad	Skåne
2	Enköping	Uppsala	21	Sollefteå	Västernorrland	40	Psykiatri Skåne	Skåne
3	Finspång	Östergötland	22	Örnköldsvik	Västernorrland	41	Halmstad	Halland
4	Motala	Östergötland	23	Lycksele	Västerbotten	42	Nu-sjukvården	Västra Götaland
5	Höglandet	Jönköping	24	Skellefteå	Västerbotten	43	Skaraborg	Västra Götaland
6	Värnamo	Jönköping	25	Gällivare	Norrbottn	44	Älvsborg	Västra Götaland
7	Oskarshamn	Kalmar	26	Kalix	Norrbottn	45	Västerås	Västmanland
8	Västervik	Kalmar	27	Kiruna	Norrbottn	46	Dalarna	Dalarna
9	Hässleholm	Skåne	28	Piteå	Norrbottn	47	Gävleborg	Gävleborg
10	Landskrona	Skåne	29	Danderyd	Stockholm	48	Sundsvall	Västernorrland
11	Trelleborg	Skåne	30	Södersjukhuset	Stockholm	49	Sunderby	Norrbottn
12	Ystad	Skåne	31	Sörmland	Sörmland	50	Karolinska	Stockholm
13	Ängelholm	Skåne	32	Vrinnevi	Östergötland	51	Akademiska	Uppsala
14	Kungsbacka	Halland	33	Ryhov	Jönköping	52	Linköping	Östergötland
15	Varberg	Halland	34	Kalmar	Kalmar	53	SUS	Skåne
16	Alingsås	Västra Götaland	35	Psyk Kalmar	Kalmar	54	Sahlgrenska	Västra Götaland
17	Frölunda	Västra Götaland	36	Visby	Gotland	55	Örebro	Örebro
18	Kungälv	Västra Götaland	37	Blekinge	Blekinge	56	NUS	Västerbotten
19	Karlskoga	Örebro	38	Helsingborg	Skåne			

Nr 1 – 28 = Länsdelssjukhus

Nr 29 - 49 = Länssjukhus

Nr 50 – 56 = Regionsjukhus

Bilaga 2

Indelningen i medicinska verksamhetsområden.

Nedan framgår vilka medicinska verksamhetsområden (MVO: n) som redovisas i undersökningen samt vilka verksamheter som inkluderas unders respektive MVO. Verksamheterna och koderna är hämtades från sammanställningen av 2010 års patientregister, publicerad av Socialstyrelsen. Förteckningen redovisas i sin helhet, trots att vissa verksamhetsområden avser annat än specialiserad vård eller kan sakna aktualitet.

Medicinskt verksamhetsområde (MVO)
Internmedicinsk vård (kod 101-181) Exkl. de MVO som särredovisas
Infektionssjukvård (kod 121)
Reumatologisk vård (kod 131)
Kardiologisk vård (kod 231)
Barn- och ungdomsmedicinsk vård (kod 201-207, 251) varav Neonatalvård (kod 207)
Hud- o könssjukvård (kod 211, 215)
Neurologisk vård (kod 221)
Geriatrisk vård (kod 241- 249)
Kirurgisk vård (kod 301-306, 351, 401)
Ortopedisk vård (kod 311-321)
Neurokirurgisk vård (kod 331, 335)
Thoraxkirurgisk vård (kod 341)
Urologisk vård (kod 361)
Gynekologisk vård (kod 431)
Obstetrisk vård (kod 441)
Gynekologisk och obstetrisk vård (kod 451)
Ögonsjukvård (kod 511, 515)
Öron-, näs- och halssjukvård (kod 521-541)
Onkologisk vård (kod 741, 751).
Rehabiliteringsmedicinsk vård (kod 551-553)
Allmän psykiatrisk vård vuxna (kod 901-993) Exkl. de MVO som särredovisas
Rättpsykiatri (kod 943)
Barn/ungdoms psykiatrisk vård (kod 931)
Övriga MVO

Koder och verksamhetsområden

Kod
003 Mödrahälsovård (MVC)
009 Barnhälsovård (BVC)
011 Distriktsläkarvård
014 Distriktsköterskeverksamhet
015 Jourläkarverksamhet
016 Allmän vård
019 Primärvårdsansluten hemsjukvård (PAH)
020 Hälso- och sjukvård i särskilt boende
021 Korttidsvård
022 Företagshälsovård
023 Skolhälsovård
024 Ungdomsmottagningsvård
041 Observationsplatsvård
045 Ambulansverksamhet
046 Intagnings-/Akutverksamhet
056 Lättvård
061 Palliativ vård
076 Eftervård
086 Konvalescensvård
100 Akutklinik
101 Internmedicinsk vård
105 Gastroenterologi
107 Kardiovaskulär medicin
108 Hematologisk vård
109 Strokevård
111 Lungsjukvård
121 Infektionssjukvård
131 Reumatologisk vård
141 Allergisjukvård
142 Allergisjukvård, barn- och ungdom
151 Medicinsk njursjukvård
156 Dialysvård
161 Endokrinologisk vård
171 Yrkesmedicinsk vård
181 Miljömedicinsk vård
201 Barn- och ungdomsmedicinsk vård
203 Barn- och ungdomskardiologisk vård
206 Prematurvård
207 Neonatal intensivvård
211 Hud- och könssjukvård
215 Yrkesdermatologisk vård
221 Neurologisk vård
231 Kardiologisk vård
241 Geriatrisk vård
243 Hemsjukv, lasarets-/sjukhusansluten
246 Långvårdsmedicin (sjukhem)
249 Geriatrisk rehabilitering
251 Barn- och ungdomsneurologisk vård
301 Kirurgisk vård
303 Mag-tarm-sjukvård
304 Kärlkirurgisk vård
306 Brännskadevård
311 Ortopedisk vård

Kod
312 Ryggsjukvård
316 Käkkirurgi
321 Handkirurgisk vård
331 Neurokirurgisk vård
335 Neurotraumatologisk vård
341 Toraxkirurgisk vård
351 Plastikkirurgisk vård
361 Urologisk vård
371 Transplantationskirurgisk vård
401 Barn- och ungdomskirurgisk vård
411 Anestesi- och intensivvård
412 Smärtbehandling
413 Barn- och ungdomsanestesiologisk vård
421 Anestesivård, special
431 Gynekologisk vård
441 Förlossningsvård (BB)
451 Obstetrisk och gynekologisk vård
511 Ögonsjukvård
515 Ortopedisk vård
521 Öron-, näs- och halssjukvård
531 Audiologisk vård
532 Barn- och ungdomsaudiologisk vård
541 Foniatrisk vård
551 Rehabiliteringsmedicinsk vård
552 Neurologisk rehabilitering
553 Habilitering
561 Sjukgymnastikverksamhet
564 Arbetsterapiverksamhet
565 Idrottsmedicinsk vård
566 Kiropraktorverksamhet
567 Naprapatverksamhet
570 Allmän tandvård
571 Oralkirurgisk vård
572 Specialisttandvård
573 Tandhygienistverksamhet
581 Socialmedicinsk vård
601 Giftinformationscentral
611 Apoteksverksamhet
711 Klinisk patologi
712 Rättsmedicin
713 Klinisk histopatologi
715 Klinisk cytologi
721 Radiopatologi
722 Isotop-lab/-avd
731 Medicinsk radiologisk vård
741 Onkologisk vård, allmän
751 Onkologisk vård, gynekologisk
761 Barn- och ungdomsradiologisk vård
762 Toraxradiologisk vård
763 Neuroradiologisk vård
811 Transfusionsmedicinsk vård
821 Klinisk bakteriologi
831 Klinisk fysiologi

Kod
832 Klinisk fysiologi - Thorax
841 Klinisk kemi
845 Koagulations- och blödningsrubbnings
851 Klinisk neurofysiologi
881 Klinisk farmakologi
882 Klinisk genetik
883 Klinisk näringslära
892 Klinisk allergologi
893 Radiofysik
894 Klinisk virologi
895 Hormonlaboratorium
896 Klinisk immunologi
901 Allmänpsykiatrisk vård, vuxna
906 Psykiatrisk sjukhemsvård
928 Geropsykiatrisk vård
931 Barn- och ungdomspsykiatrisk vård
943 Rättspsykiatrisk regionsjukvård
944 Specialvård, psykiatrisk
945 Alkoholsjukvård
948 Psykoterapeutisk verksamhet
950 Kuratorsverksamhet
951 Psykologverksamhet
952 Familjevård
953 Toxikomanivård
954 Narkomanvård
955 Somatisk vård vid psykiatriskt sjukhus
956 Rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet
957 Psykiatrisk rehabilitering
971 Omhändertagande enligt smittskyddslagen
991 Vård av psykiskt utvecklingsstörda, vuxna
993 Vård av psykiskt utvecklingsstörda, barn

Diagram och tabellförteckning

Diagram

Diagram 1 Kostnader i slutenvård och öppenvård per MVO 2010. Länsdelssjukhus.....	7
Diagram 2 Kostnader i slutenvård och öppenvård per MVO 2010. Länssjukhus.....	8
Diagram 3 Kostnader i slutenvård och öppenvård per MVO 2010. Regionsjukhus.....	9
Diagram 4 Patienter fördelade efter kön och ålder. Slutenvård totalt 2010.....	9
Diagram 5 Vårdtyngd (antal DRG-poäng per vårdtillfälle) per MVO och sjukhusgrupp 2010.....	11
Diagram 6 Vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i slutenvård efter ålder och sjukhusgrupp 2010.....	12
Diagram 7 Vårdtillfällen och genomsnittlig vårdtyngd per sjukhusgrupp. Slutenvård 2010.....	13
Diagram 8 Vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i kirurgisk slutenvård 2010.....	15
Diagram 9. Andel patienter (%) 85 år och äldre 2010. Kirurgisk slutenvård.....	16
Diagram 10 Medelvårdtider i kirurgisk slutenvård 2010. Dagar.....	18
Diagram 11 Andel vårdtillfällen med vårdtid på 0 dagar i kirurgisk slutenvård 2010.....	19
Diagram 12 Medelvårdtid och vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i kirurgisk slutenvård 2010.....	19
Diagram 13 Medelvårdtider och andel patienter 85 år och äldre i kirurgisk slutenvård 2009.....	20
Diagram 14 Kostnad per vårdtillfälle inom kirurgisk slutenvård 2010.....	21
Diagram 15 Kostnad per vårdtillfälle och medelvårdtid för kirurgisk slutenvård 2010.....	22
Diagram 16 Planerad kirurgisk slutenvård 2010.....	23
Diagram 17 Kostnad per vårdtillfälle och andel planerad kirurgisk vård 2010.....	24
Diagram 18 Jämförelse av kostnader per DRG-poäng. Kirurgisk slutenvård 2010.....	25
Diagram 19 Kostnad i slutenvård i relation till total kostnad 2010. Kirurgisk vård.....	26
Diagram 20 Kostnad per läkarbesök i öppen specialiserad kirurgisk vård 2010.....	27
Diagram 21 Kostnad per läkarbesök och andel kostnad i dagsjukvård i procent av öppenvårdskostnad totalt för specialiserad kirurgisk vård 2010.....	28
Diagram 22. Kostnad per vård dag och kostnad per läkarbesök i kirurgisk vård 2010.....	29
Diagram 23 Övergripande jämförelse av slutenvård mellan Länssjukhuset i Kalmar och länssjukhusen 2010 30	
Diagram 24 Åldersstruktur på patienterna inom slutenvård ögonsjukvård. Jämförelse mellan Länssjukhuset i Kalmar och länssjukhusen i genomsnitt 2010.....	33

Tabeller

Tabell 1 Åldersstruktur inom kirurgisk slutenvård 2010. Procent. Länsdelssjukhus	17
Tabell 2 Kostnader, vårdtyngd, medelvårdtid och antal vårdtillfällen i ögonsjukvård 2010. Länsjukhus	31
Tabell 3 De 20 vanligaste DRG på länsjukhusen inom ögonsjukvården 2010.....	32

Jämförelse av kostnader och verksamhet på sjukhuskliniker 2010

Jämförelse med hjälp av totalkostnadsbokslut och patientuppgifter

Syftet med rapporten är dels att presenteras några resultat i sammanfattning, dels att visa hur statistiken kan användas. Det senare illustreras med en fördjupad jämförelse av den kirurgiska slutenvården vid olika sjukhus. För att ytterligare exemplifiera hur statistiken kan användas finns även ett kort avsnitt med jämförelse mellan ett länssjukhus och länssjukhusen i genomsnitt. Rapporten har även tagits fram för att väcka intresse för statistiken och dess användning så att fler sjukhus inspireras till att ta fram totalkostnadsbokslut för i nästa steg utveckla KPP- system.

Upplysningar om innehållet
Siv-Marie Lindquist (totalkostnadsbokslut) 08-452 74 74
Camilla Eriksson (patientregistret) 08-452 77 40

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2011

Ladda ned på www.skl.se/publikationer

ISBN: 978-91-7164-745-0

Beställ eller ladda ned på www.skl.se/publikationer