

Jämförelse av kostnader och verksamhet på sjukhuskliniker 2011

JÄMFÖRELSE MED HJÄLP AV TOTALKOSTNADSBOKSLUT OCH PATIENTUPPGIFTER

Förord

I denna rapport jämförs de svenska sjukhusens kostnader och verksamhet under 2011 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 med flera, 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 presentera 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, 2009 samt 2010. Uppgifterna finns på SKL:s hemsida. Vid jämförelser mellan åren bör man vara medveten om att verksamheterna på sjukhusen kan ha förändrats.

Stockholm i januari 2013

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 Patienternas vårdtyngd	10
2.3.1 Vårdtyngd efter medicinskt verksamhetsområde	11
2.3.2 Vårdtyngd efter ålder	12
2.3.3. Vårdtyngd efter sjukhustyp	13
Jämförelser av kirurgisk vård mellan sjukhus	14
3.1 Inledning	14
3.2 Jämförelse av vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle)	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

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. 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 sluten vård och i öppen vård. Sjukhusens specialiseringsgrad påverkar patientstrukturen och därmed kostnaderna inom respektive område. Med uppgifter om patienternas sjukdomar från patientregistret kan vi dock ta hänsyn till skillnader i patientstruktur vid jämförelserna.

I rapporten använder vi begreppet *klirik* 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.

Regionsjukhus/undervisningssjukhus kan för vissa specialiteter ha flera län som upptagningsområde och har därmed verksamheter som inte finns på övriga sjukhus. Det totala antalet vårdtillfällen för regionssjukhusen uppgick till närmare 490 000 i denna undersökning. I genomsnitt hade regionssjukhusen i undersökningen cirka 63 000 vårdtillfällen under 2011, cirka 72 000 inklusive S:t Eriks Ögonsjukhus.

De mindre sjukhusen, benämnda *länsdelssjukhus*, har oftast slutenvårdskliniker för internmedicin, kirurgi, gynekologi/förlossning och kanske ytterligare någon klinik samt ytterligare kliniker för öppen vård. I genomsnitt hade länsdelssjukhusen i undersökningen cirka 7 700 vårdtillfällen 2011. Totala antalet vårdtillfällen för samtliga länsdelssjukhus var drygt 204 000.

Länssjukhus med länet som upptagningsområde ligger i specialiseringsgrad och storlek mellan region- och länsdelssjukhus. Sammantaget var antalet vårdtillfällen för alla länssjukhus cirka 610 000 i undersökningen. Länssjukhusen hade i genomsnitt närmare 31 000 vårdtillfällen 2011.

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 egen verksamhet, 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 tre, Finspångs lasarett, Oskarshamns sjukhus samt S:t Eriks Ögonsjukhus.

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 sluten vård, men vissa uppgifter om öppen vård, baserade på totalkostnadsboksluten (TKB) finns också med.

Några resultat för sjukhusen i genomsnitt

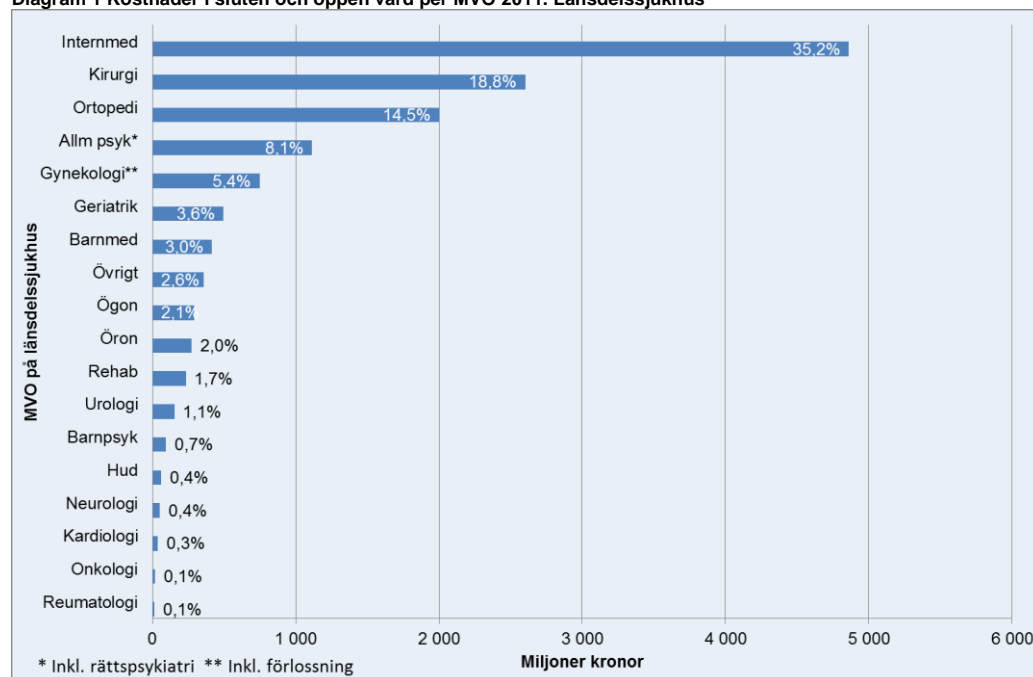
2.1 Kostnader per medicinskt verksamhetsområde

Kostnaden för specialiserad vård uppgick till 130 miljarder kronor 2011 enligt officiell bokslutsstatistik för landsting och regioner. Cirka 86 procent av dessa kostnader avsåg somatisk vård och cirka 14 procent psykiatrisk vård. Knappt 93 procent av den specialiserade vården producerades av landsting och drygt 7 procent köpte landstingen från privata vårdgivare¹.

Kostnaderna (produktionskostnaderna) för sjukhusen som jämförs i denna undersökning uppgick till knappt 102 miljarder kronor. Cirka 13,9 miljarder kronor avsåg verksamheten på 28 länsdelssjukhus, 44 miljarder kronor på 21 länsjukhus och 44 miljarder kronor på 8 regionsjukhus.

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

Diagram 1 Kostnader i slutenvård och öppenvård per MVO 2011. Länsdelssjukhus



Källa:
TKB och KPP

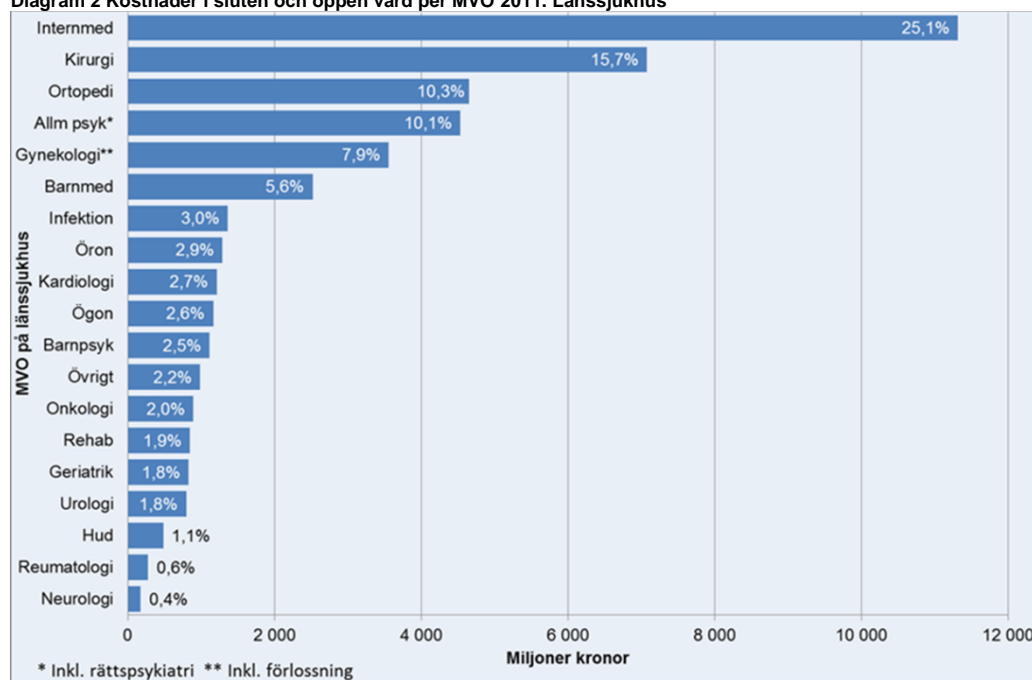
Anm. Exkl. Frölunda (redovisar endast öppenvård), Karlskoga och Lindesbergs lasarett (redovisar endast slutenvård)

¹ Se rapporten *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011* på SKL:s hemsida

Det kostnadsnästa medicinska verksamhetsområdet för alla sjukhustyper är internmedicin. I genomsnitt för länsdelssjukhusen hamnade 35 procent av slutenvård- och öppenvårdskostnaderna på patienterna där. Patienterna inom MVO kirurgisk vård utgjorde en kostnadsandel på närmare 19 procent medan patienterna inom ortopedisk vård svarade för drygt 14 procent av kostnaderna.

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

Diagram 2 Kostnader i slutenvård och öppenvård per MVO 2011. Läns sjukhus



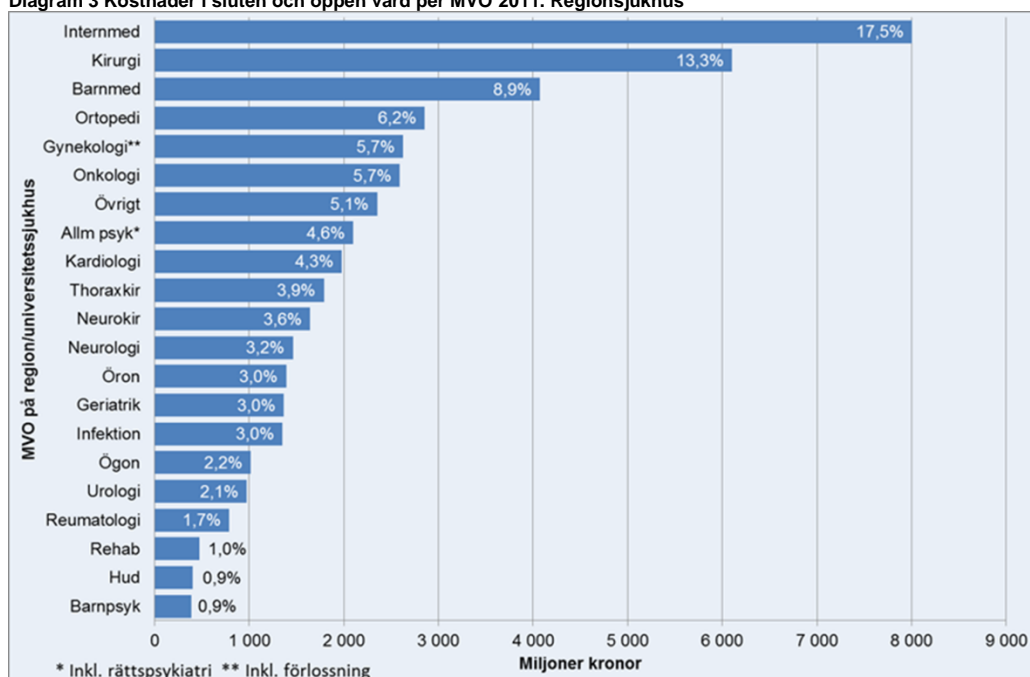
Källa:
TKB och KPP

Anm. Exkl. Västerås lasarett (redovisar endast slutenvård)

På läns sjukhusen svarade internmedicin och kirurgi för lägre kostnadsandelar än på länsdelssjukhusen. Andelarna var 25 respektive 16 procent.

Vården för patienterna inom ortopedi utgjorde det tredje största området kostnadsnästa. Kostnadsandelen motsvarade 10 procent. Även patienter med vård inom allmänpsykiatri svarade för drygt 10 procent av kostnaderna. Infektion, som saknades som särskilt område på länsdelssjukhusen, hade kostnader som utgjorde 3 procent.

Diagram 3 Kostnader i slutenvård och öppenvård per MVO 2011. Regionsjukhus



Källa:
TKB och KPP

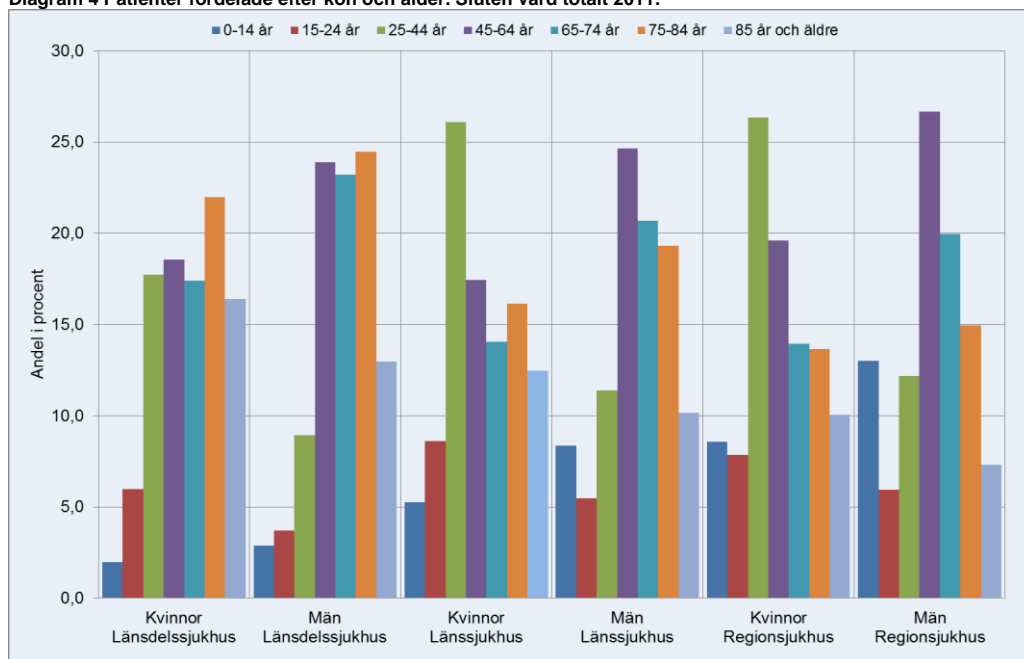
Anm. Exkl. Universitetssjukhuset Örebro (redovisar endast slutenvård)

På regionsjukhusen utgjorde internmedicin och kirurgisk vård ännu lägre kostnadsandelar i jämförelse med länsdels- och länssjukhusen. Närmare 18 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 cirka 4 procent. Även kostnaderna för neurokirurgi, också en regionspecialitet, hade en genomsnittlig kostnadsandel på närmare 4 procent.

2.2 Hur ser patienternas ålders- och könsfördelning ut?

Diagram 4 Patienter fördelade efter kön och ålder. Slutenvård totalt 2011.



Källa:
PAR

Anm. Observera att åldersintervallen är olika långa

Många patienter som vårdades 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 till exempel män mellan 75 och 84 år närmare 25 procent av patienterna och kvinnor i samma åldersgrupp 22 procent. Den allra äldsta gruppen, 85 år och äldre, utgjorde 13 respektive 16 procent av samtliga manliga och kvinnliga patienter.

Det finns stora skillnader generellt i åldersfördelning mellan kvinnor och män i den slutna vården. En stor del av förklaringen ligger i kvinnors barnafödande. Andelen kvinnliga patienter i gruppen 25-44 år var betydligt större än andelen manliga patienter på samtliga sjukhusgrupper. Samtidigt var andelen patienter 65-74 år större för män än för kvinnor.

2.3 Patienternas vårdtyngd

För varje klinik kan vårdtillfället delas in i diagnosrelaterade grupper (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.

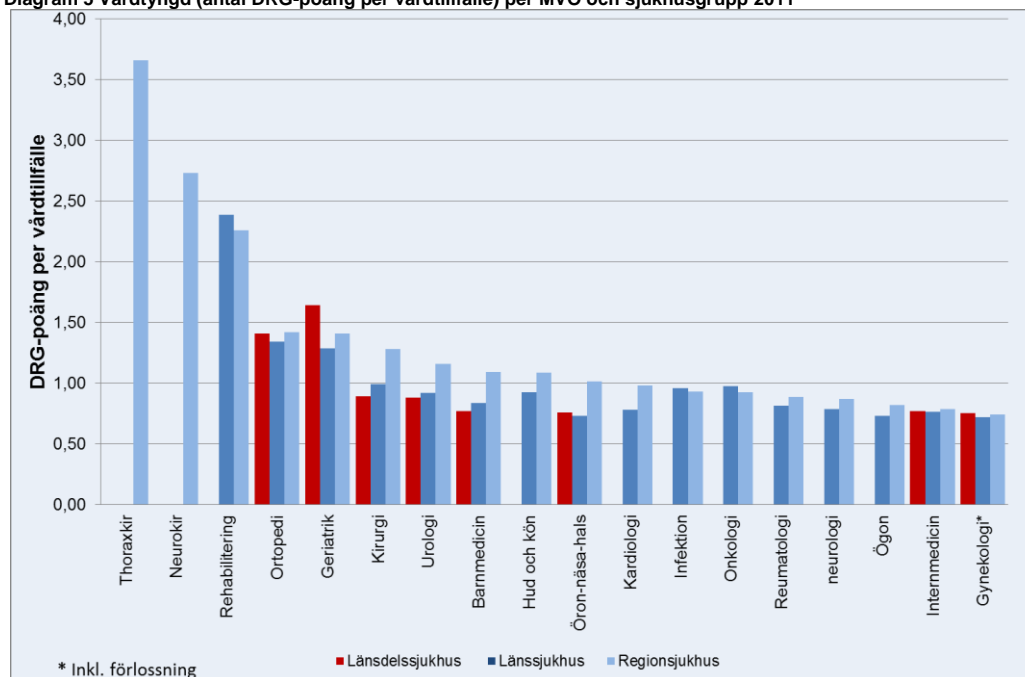
I de tabeller som finns publicerade på SKL:s hemsida redovisas enbart de 20 vanligaste DRG-grupperna, och de täcker endast 50-60 procent av patienterna inom dessa områden. Det gör det svårare att dra slutsatser om skillnader där.

Inom många andra MVO:n täcks beskrivningen av verksamheten bra med hjälp av 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. I detta avsnitt illustreras vårdtyngd efter medicinskt verksamhetsområde, ålder samt sjukhustyp.

2.3.1 Vårdtyngd efter medicinskt verksamhetsområde

Diagram 5 Vårdtyngd (antal DRG-poäng per vårdtillfälle) per MVO och sjukhusgrupp 2011



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 geriatrik (vikt 1,64 i genomsnitt) och de resursmässigt minsta inom gynekologisk och obstetrisk vård (vikt 0,75 i genomsnitt).

Även i gruppen läns sjukhus hade rehabilitering den högsta vikten men där var det, utöver gynekologi och obstetrisk vård, ögon- samt öron-näs-halssjukvården som hade de minst vårdtunga patienterna med genomsnittsvikterna 0,72 respektive 0,73.

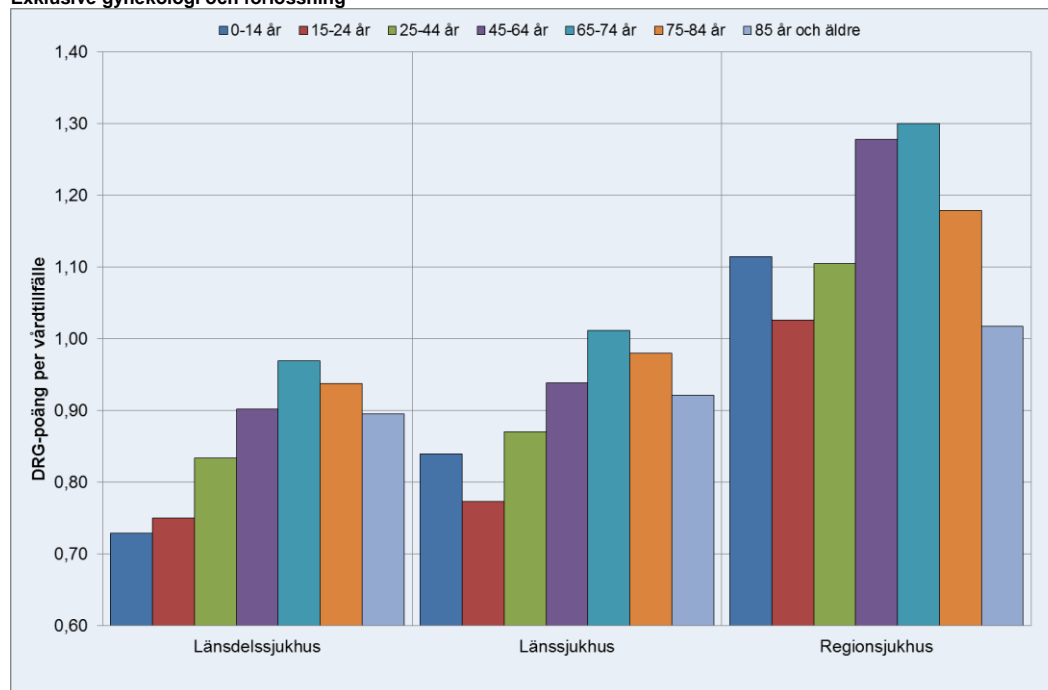
På regionsjukhusen hade patienterna inom thoraxkirurgi den genomsnittligt högsta vårdtyngden, 3,66 DRG-poäng per vårdtillfälle. Lägst hade kvinnosjukvården med 0,75 DRG-poäng per vårdtillfälle.

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

2.3.2 Vårdtyngd efter ålder

I Diagram 6 visas hur vårdtyngden varierade mellan olika åldersgrupper och sjukhustyper.

Diagram 6 Vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i sluten vård efter ålder och sjukhusgrupp 2011. Exklusive gynekologi och förlossning



Källa:
PAR

Anm. Exklusive gynekologi och förlossning

I alla åldersgrupper hade regionsjukhusen de mest vårdtunga patienterna och länsjukhusen hade generellt högre vårdtyngd än länsdelssjukhusen.

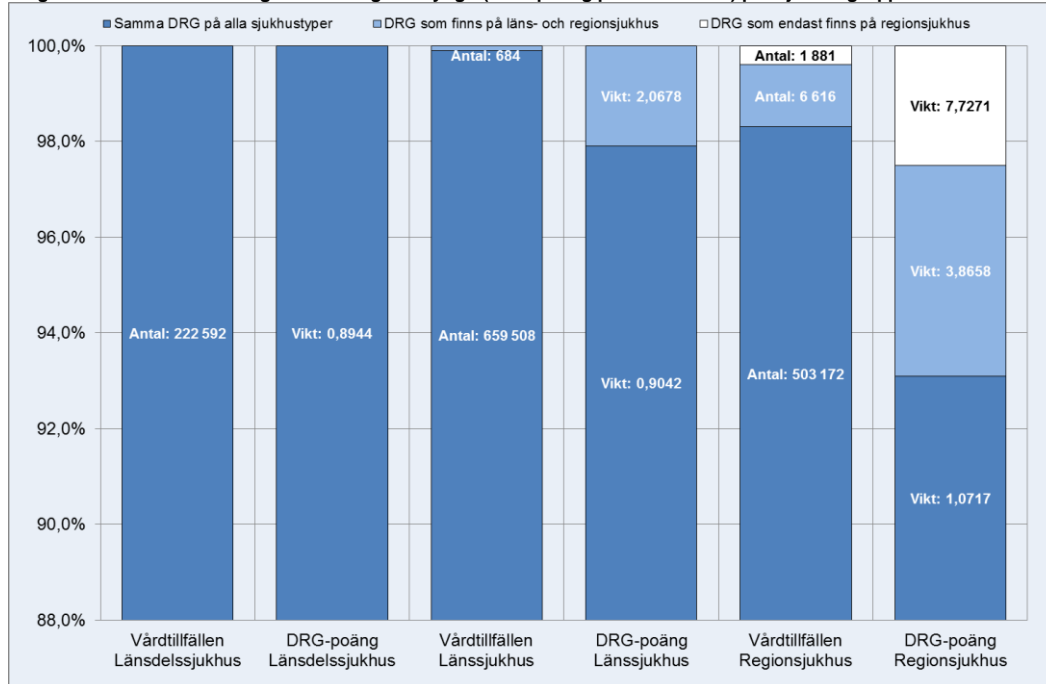
För alla sjukhustyper var vikten (DRG-poäng per vårdtillfälle) högst för patienter i åldrarna 65 till 74 år. Genomsnittsvikten för barn (0-14 år) var 1,12 på regionsjukhusen att jämföra med 0,84 på länsjukhusen och 0,73 på länsdelssjukhusen

På regionsjukhusen vårdas de svårast sjuka patienterna vilket återspeglas i en hög vikt. Åldersgrupperna 45-64 år respektive 75-84 år har de högsta DRG-poängen per vårdtillfälle, motsvarande 1,28 samt 1,30 för regionssjukhusen.

Skillnaden i genomsnittsvikt mellan de tre sjukhustyperna är minst för de allra äldsta patienterna, över 84 år. Vikten ligger från 0,89 på länsdelssjukhusen och till 1,02 på regionsjukhusen.

2.3.3. Vårdtyngd efter sjukhustyp

Diagram 7 Vårdtillfällen och genomsnittlig vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) per sjukhusgrupp. Sluten vård 2011.



Källa:
PAR

Av de lite mer än 570 DRG:n som ingår i undersökningen återfinns 2,5 procent enbart på regionsjukhus och drygt 4 procent finns på regionsjukhus och länsjukhus, 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 222 600 vårdtillfällen och en genomsnittlig vikt på 0,8944 DRG-poäng per vårdtillfälle. Vikt för motsvarande DRG:n för länsjukhus och regionsjukhus var 0,9042 respektive 1,0717. Även om patienter som är unika för läns- och regionsjukhus exkluderas är vårdtyngden lägst på länsdelssjukhus.

Länsjukhusen hade sammanlagt drygt 660 000 vårdtillfällen. En liten andel av vårdtillfallen, närmare 700 stycken, avsåg DRG:n som inte förekom på länsdelssjukhus. Dessa DRG:n hade en genomsnittlig vårdtyngd på 2,0678 DRG-poäng per vårdtillfälle. Motsvarande vikt på regionsjukhus (för drygt 6 600 vårdtillfällen) var 3,8658. Även om patienter som är unika för regionsjukhus exkluderas är vårdtyngden högre där än på länsjukhus (och länsdelssjukhus).

Regionsjukhusen hade totalt närmare 512 000 vårdtillfällen. De DRG:n som enbart finns på regionsjukhusen, sammanlagt drygt 1 900, vilka hade en genomsnittlig vikt på 7,7271. Flera av dessa vårdtillfällen innefattade transplantationer av exempelvis hjärta och bukspottkörtel vilket bidrog till den höga vikten.

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 tre, Finspångs lasarett, Oskarshamns sjukhus och S:t Eriks Ögonsjukhus.

På några sjukhus ingår även andra medicinska verksamheter (framförallt urologi) i kirurgisk vård. Detta är vanligt på länsdelssjukhusen men även på länssjukhusen.

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

Sjukhusen i Örebro län (Universitetssjukhuset Örebro, Karlskoga lasarett och Lindesbergs lasarett) samt 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 redovisar endast öppenvård i denna undersökning.

Först jämförs vårdtyngd, ålder, medelvårdtider, andel planerad vård, kostnad per vårdtillfälle och därefter jämförs kostnad per DRG-poäng.

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.

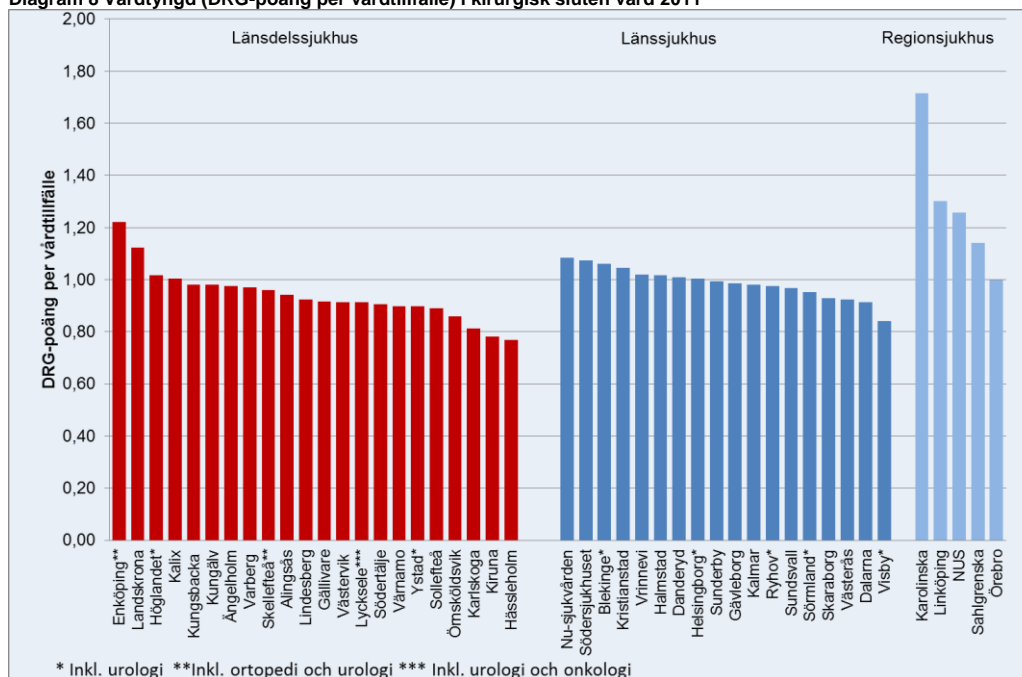
I så kallade fyrfältsdiagram jämförs sjukhusen med avseende på två variabler, varigenom placeringen av ett sjukhus i relation till alla andra kan utläsas i två dimensioner. Det framgår även om det finns ett samband mellan de två variablerna.

I fyrfältsdiagrammen används nummer i stället för namn på sjukhusen av utrymmesskäl. Röda ringar markerar länsdelssjukhus, mörkblå ringar länssjukhus och ljusblå 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 kapitlet.

3.2 Jämförelse av vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle)

Diagram 8 Vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i kirurgisk slutenvård 2011



Källa:
TKB, KPP och PAR

I diagram 8 har sjukhusen jämförts med avseende på vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle). Patienterna på klinikerna har olika sjukdomar och därmed lägre eller högre vårdtyngd i genomsnitt.

Regionsjukhusen tar emot de svårast sjuka patienterna vilket återspeglas i en högre vårdtyngd och patienterna på länssjukhusen har oftast högre vårdtyngd 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 diagnosrelaterade grupperna inom respektive klinik, och den nationella vikten för respektive grupp som finns tillgängliga på SKL:s hemsida.

Till exempel framgår där att närmare 20 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 cirka 2 procent av patienterna inom den gruppen.

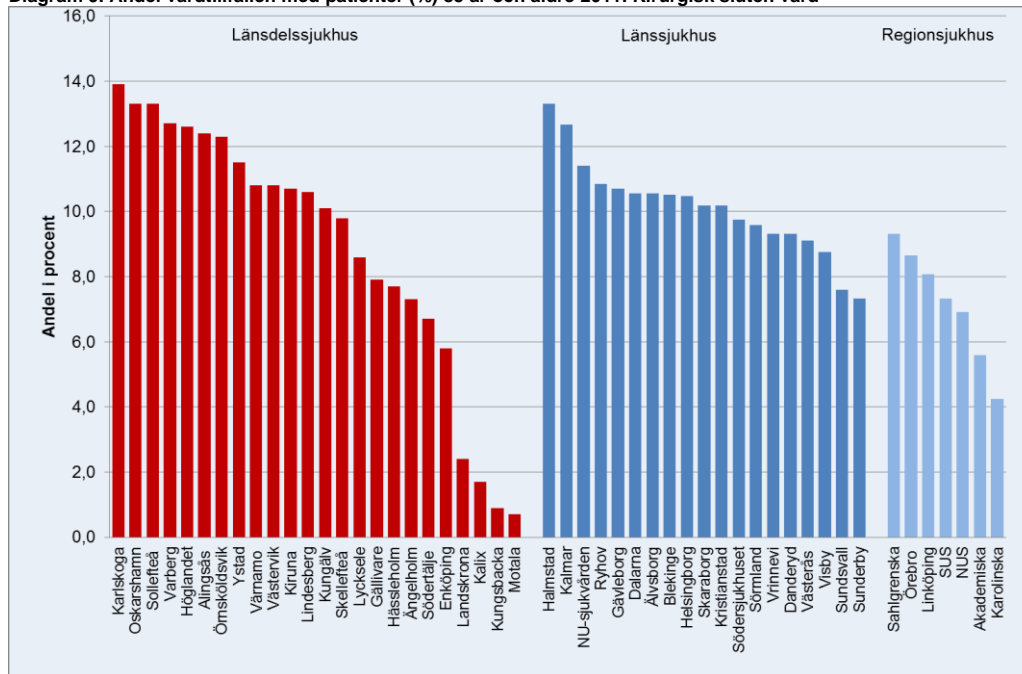
Cirka 34 procent av patienterna i Landskrona vårdades inom ett DRG 494 med vikten 1,01 (kolecystektomi/gallvägsop O) jämfört med närmare 5 procent i genomsnitt i sjukhusgruppen.

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

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 vårdtillfällen med patienter som var 85 år och äldre.

Diagram 9. Andel vårdtillfällen med patienter (%) 85 år och äldre 2011. Kirurgisk sluten vård



Källa:
PAR

Andel äldre patienter varierar väldigt mycket framförallt i gruppen länsdelssjukhus. Kalix lasarett, Kungsbacka sjukhus samt Motala lasarett har extremt låga andelar patienter 85 år och äldre. Samtidigt återfanns den största andelen äldre patienter på ett länsdelssjukhus, Karlskoga lasarett. Där var närmare 14 procent 85 år och äldre. Skälet till att patienterna är äldre kan vara att sjukhuset framför allt vårdar patienter med vissa sjukdomar som främst äldre personer drabbas av. Tabell 1 visar att patienterna på Kalix och Motala lasarett var koncentrerade till åldersgrupperna mellan 25 och 64 år.

I tabell 1 nedan, som visar åldersstrukturen mer i detalj för länsdelssjukhusen, framgår att sjukhuskliniker med låg andel patienter i den äldsta åldersgruppen även har en lägre andel patienter i gruppen mellan 75 och 84 år. Hässleholms sjukhus hade endast patienter över 44 år samtidigt som Motala lasarett hade en stor grupp patienter i åldrarna 25-44 år.

Tabell 1 Åldersstruktur inom kirurgisk slutenvård 2011. Procent. Länsdelssjukhus

Sjukhus	0-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75-84	85-
Södertälje sjukhus	0,0	9,3	25,1	28,7	15,9	14,2	6,7
Enköpings lasarett	0,9	8,7	20,7	32,9	17,5	13,4	5,8
Motala lasarett	0,3	5,0	43,4	35,8	10,6	4,3	0,7
Höglandssjukhuset	4,9	5,9	12,6	21,5	22,2	20,3	12,6
Värnamo sjukhus	3,3	7,3	15,4	29,2	17,9	16,3	10,8
Västerviks sjukhus	0,0	5,8	11,9	27,2	22,7	21,8	10,8
Oskarshamns sjukhus	0,0	3,5	16,8	24,9	23,3	18,2	13,3
Ängelholms sjukhus	0,0	3,0	9,5	28,0	31,0	21,1	7,3
Hässleholms sjukhus	0,0	0,0	0,0	15,4	53,8	23,1	7,7
Landskrona lasarett	0,0	3,9	33,8	37,7	14,2	8,0	2,4
Ystads lasarett	3,9	6,0	11,6	22,0	23,1	21,8	11,5
Varbergs sjukhus	4,3	7,3	12,6	24,6	19,2	19,3	12,7
Kungsbacka sjukhus	0,0	6,5	21,5	25,2	31,8	14,0	0,9
Kungälv sjukhus	0,2	6,9	13,6	25,9	23,0	20,3	10,1
Alingsås lasarett	1,1	5,0	12,4	23,6	22,9	22,6	12,4
Karlskoga lasarett	3,1	6,8	13,5	21,1	20,1	21,6	13,9
Lindesbergs lasarett	1,2	7,6	16,6	25,7	18,2	20,0	10,6
Örnsköldsviks sjukhus	6,2	6,4	9,3	22,9	20,2	22,7	12,3
Sollefteå sjukhus	4,0	6,5	9,1	22,1	20,3	24,7	13,3
Skellefteå lasarett	6,2	9,0	14,6	23,1	18,2	19,2	9,8
Lycksele lasarett	4,2	8,2	17,2	26,2	16,4	19,2	8,6
Gällivare lasarett	0,0	6,5	13,5	24,2	24,5	23,4	7,9
Kalix lasarett	0,0	4,3	34,4	37,5	14,0	8,0	1,7
Kiruna lasarett	1,3	7,7	9,8	21,2	19,2	30,1	10,7
Totalt²	2,6	6,8	14,6	25,2	20,5	19,7	10,6

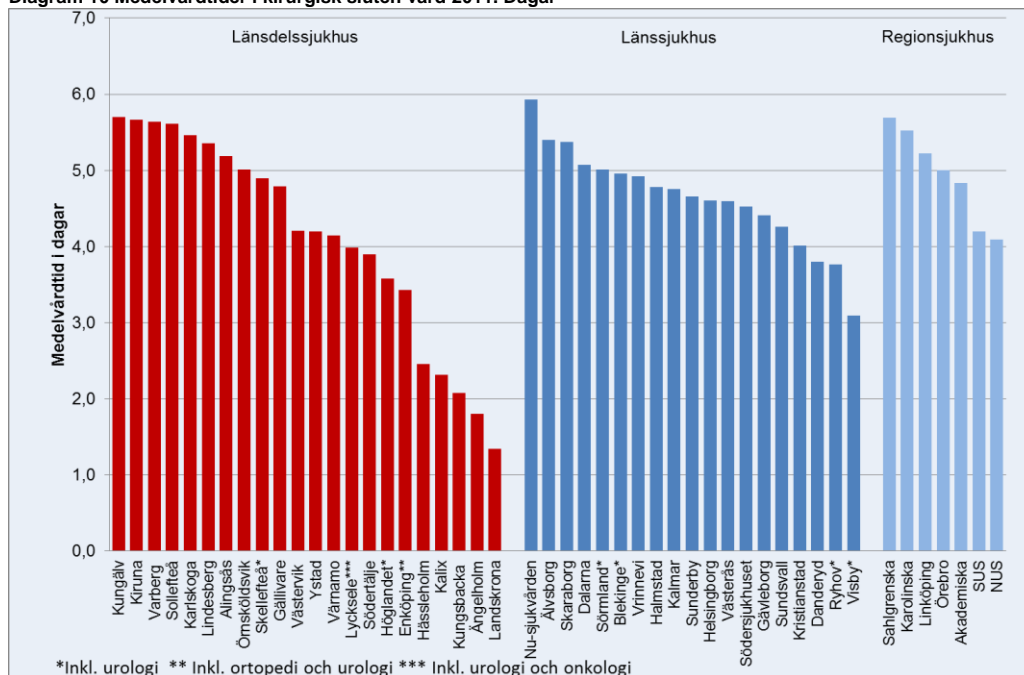
Källa: PAR

² Sjukhus med färre än 10 vårdtillfällen är borttagna i tabellen

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 2011. Dagar

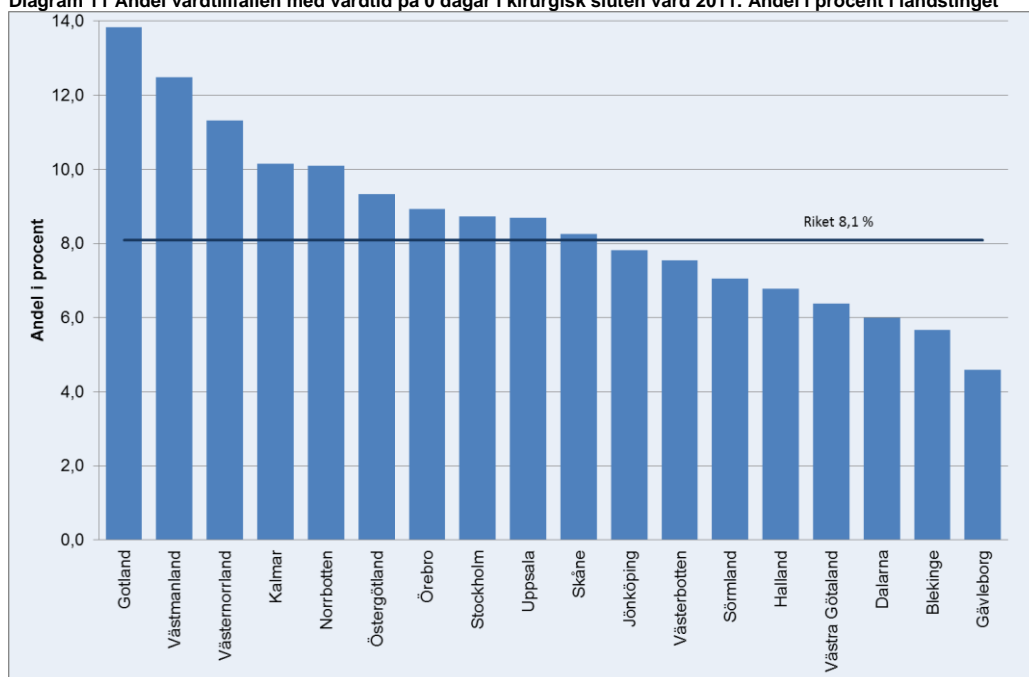


Källa:
TKB, KPP och PAR

Medelvårdtiderna varierar mycket beroende på sjukhusens uppdrag, arbetssätt och organisation. Variationen var särskilt stor mellan länsdelssjukhusen. Patienterna vårdades närmare 1,5 dag i genomsnitt på Landskrona sjukhus och knappt 6 dagar på Kungälv sjukhus. Bland länssjukhusen hade Visby lasarett den kortaste medelvårdtiden, drygt 3 dagar. NU-sjukvården hade den lägsta medelvårdtiden på närmare 6 dagar. Därefter kom Södra Älvsborgs sjukhus samt Skaraborg som hade 5,4 dagar i genomsnitt.

För regionsjukhusen som sannolikt bör ha ett mer likartat uppdrag var skillnaderna mindre. Här varierar medelvårdtiden mellan 4,1 dagar (Norrlands universitetssjukhus) till 5,7 dagar (Sahlgrenska universitetssjukhus).

Diagram 11 Andel vårdtillfällen med vårdtid på 0 dagar i kirurgisk slutenvård 2011. Andel i procent i landstinget



Källa:
PAR

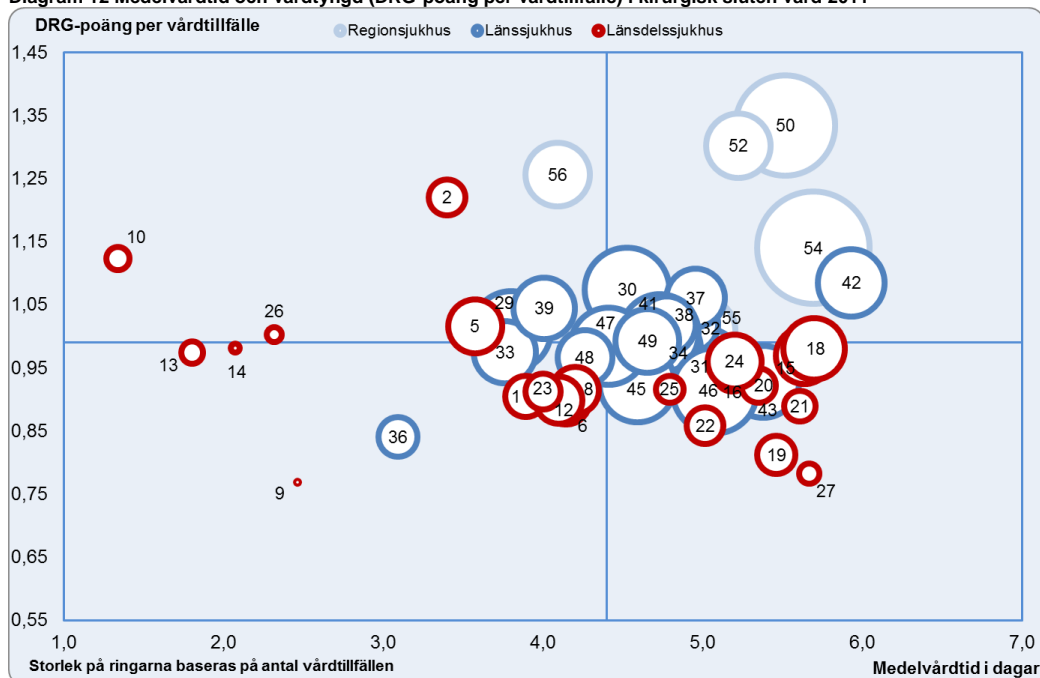
Anm. Endast landsting som ingår i undersökningen redovisas i diagrammet

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.

Gotland hade den största andelen patienter med samma in- och utskrivningsdag, 13,8 procent i genomsnitt under 2011, därefter kom Västmanland med 12,5 procent.

I Gävleborgs läns landsting hade endast 4,6 procent av vårdtillfällen vårdtider på 0 dagar. Även Dalarna hade en låg andel vårdtillfällen med vårdtid 0 dagar, 6 procent. Dalarna hade bland de längsta vårdtiderna i genomsnitt hos länssjukhusen (se diagram 10). I genomsnitt hade 8,1 procent av alla vårdtillfällen i kirurgisk slutenvård i riket vårdtid noll.

Diagram 12 Medelvårdtid och vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i kirurgisk slutenvård 2011



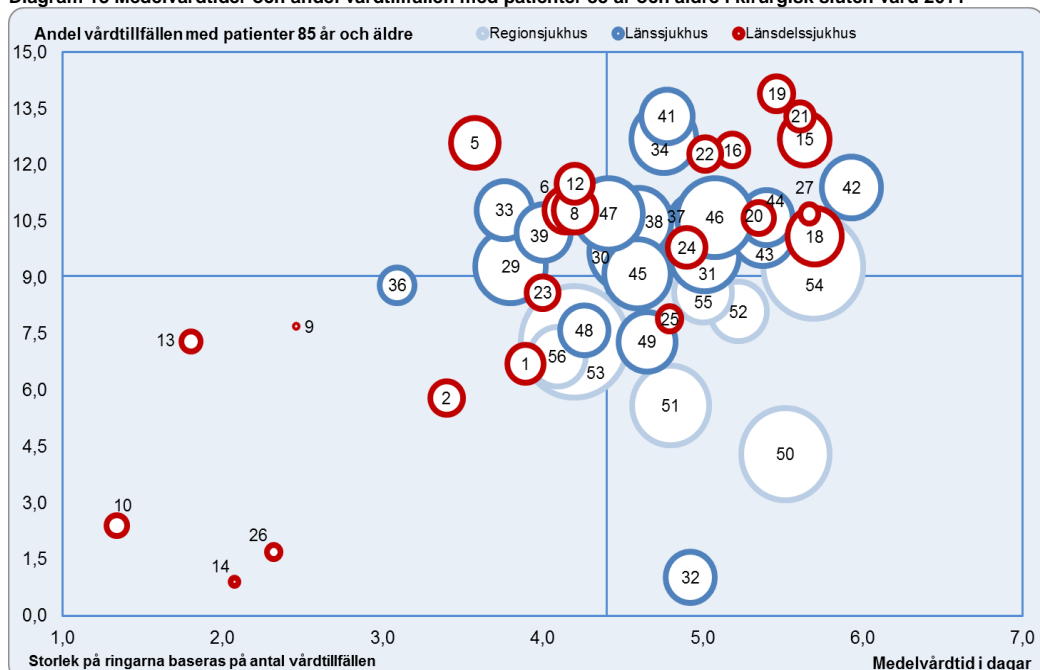
Källa:
TKB, KPP och PAR

Anm. Nr 2 och 24 Inkl. ortopedi och urologi. Nr 5,12, 31,33, 36, 37 och 38 Inkl. urologi. Nr 23 Inkl. urologi och onkologi

Vårdtidens längd sammanhänger med vårdtyngden hos patienterna, men även patientens ålder.

I diagram 12 visas hur sambandet mellan vårdtider och vårdtyngd ser ut. Som väntat hade sjukhus med mer vårdtunga 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 vårdtillfällen med patienter 85 år och äldre i kirurgisk slutenvård 2011



Källa:
TKB, KPP och PAR

Anm. Nr 2 Inkl. ortopedi och urologi. Nr 5, 24, 31, 33, 36 och 37 Inkl. urologi. Nr 23 Inkl. urologi och onkologi

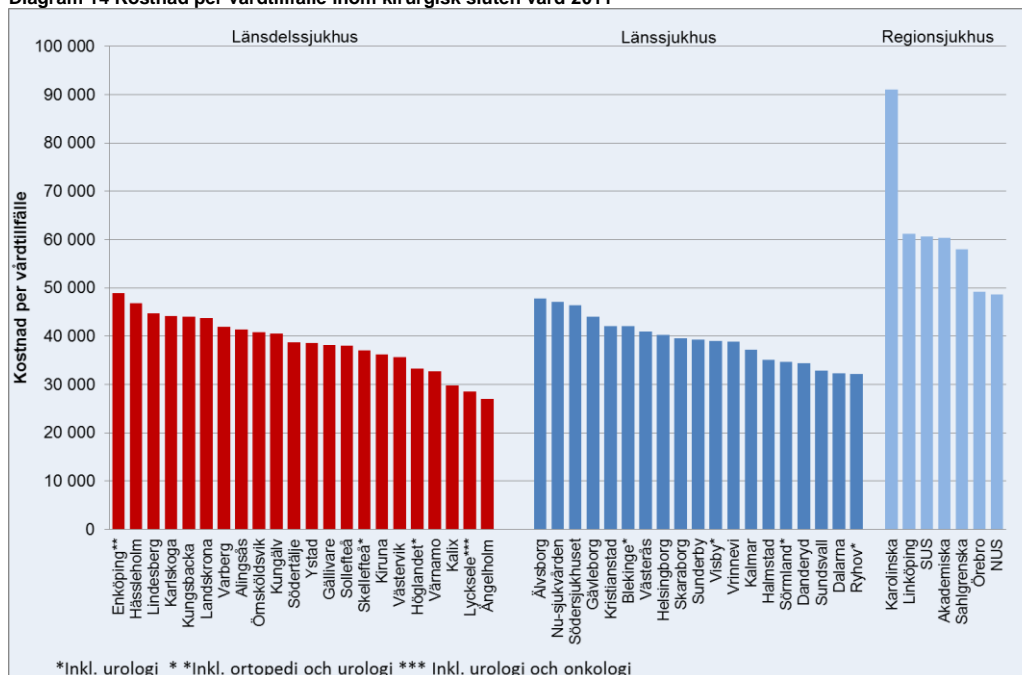
I diagram 13 visas sambandet mellan ålder, mätt i andel patienter 85 år och äldre, och medelvårdtid. Som framgår av diagrammet hade länsdelssjukhus (röda och

mörkblåa ringar) med stor andel patienter över 85 år ofta längre vårdtider. Regionsjukhusen (ljusblåa ringar) 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 vård dag, det vill säga låga kostnader per patient kan uppnås antingen via korta vårdtider eller låga kostnader per dag.

Diagram 14 Kostnad per vårdtillfälle inom kirurgisk slutenvård 2011



Källa:
TKB, KPP och PAR

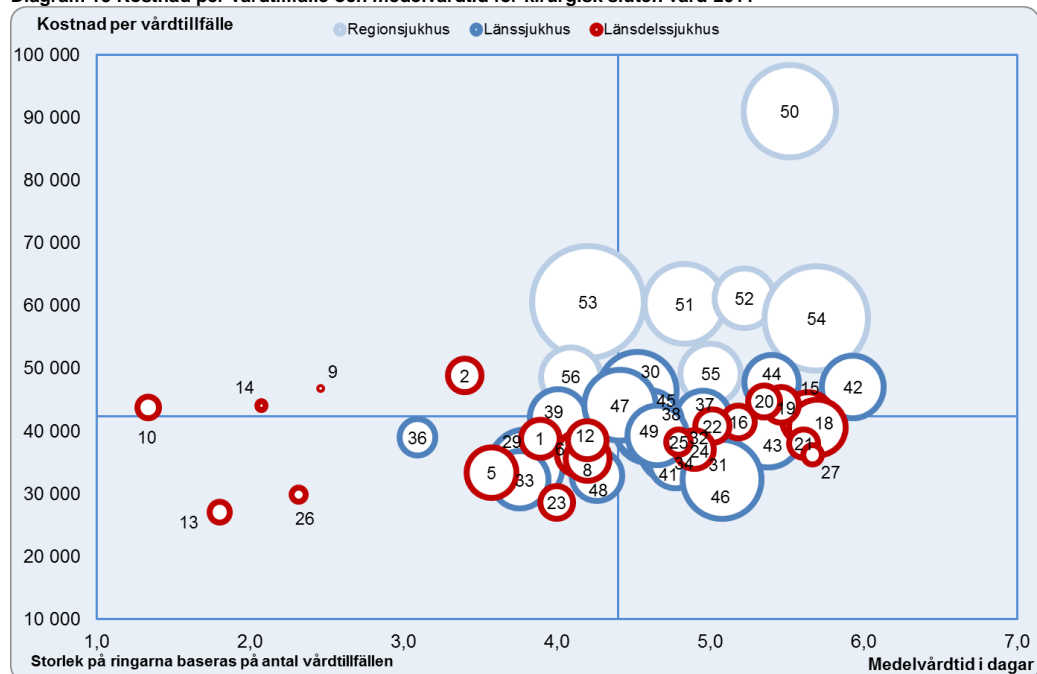
Samtliga regionsjukhus hade högre kostnader än länsdelssjukhus och länssjukhus, om man undantar Enköpings lasarett.

De lägsta kostnaderna hade ett antal länsdelssjukhus och den största kostnadsvariationen fanns bland regionsjukhusen. Karolinska har den högsta kostnaden per vårdtillfälle på över 90 000 kronor.

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 2011



Anm. Nr 2 ortopedi och urologi. Nr 5, 24, 31,33, 36 och 37 Inkl. urologi. Nr 23 Inkl. urologi och onkologi

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

Till exempel hade sjukhus nummer 2, Enköpings lasarett, en kostnad som var bland de högre för länsdelssjukhusen, 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.

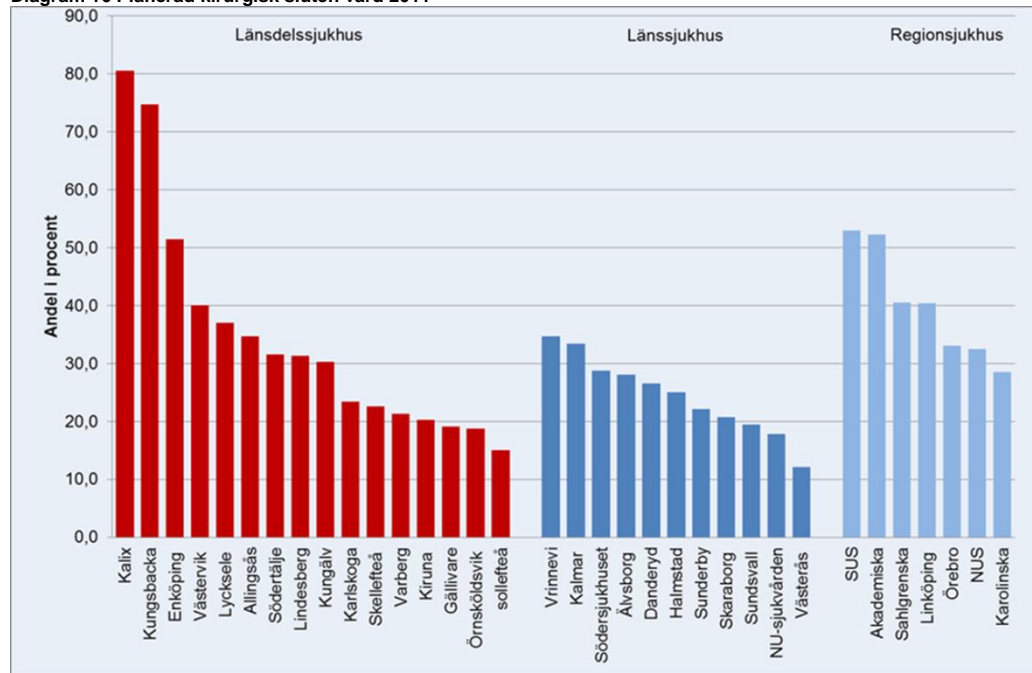
3.7 Kostnad per vårdtillfälle och planerad/oplanerad vård

Vissa kirurgkliniker har en stor andel planerad vård medan andra har en mindre andel. Det framgår i diagram 16.

Generellt hade länsjukhusen den lägsta andelen planerad vård och regionsjukhusen den högsta andelen. I genomsnitt var andelen på länsdelssjukhusen 35 procent, på länsjukhusen 24 procent och på regionsjukhusen 40 procent.

Variationen är störst mellan länsdelssjukhusen. Kalix lasarett och Kungsbacka sjukhus hade de högsta andelarna planerad vård på 81 respektive 75 procent. Sollefteå sjukhus hade den lägsta andelen planerad kirurgisk vård, cirka 15 procent.

Diagram 16 Planerad kirurgisk slutenvård 2011

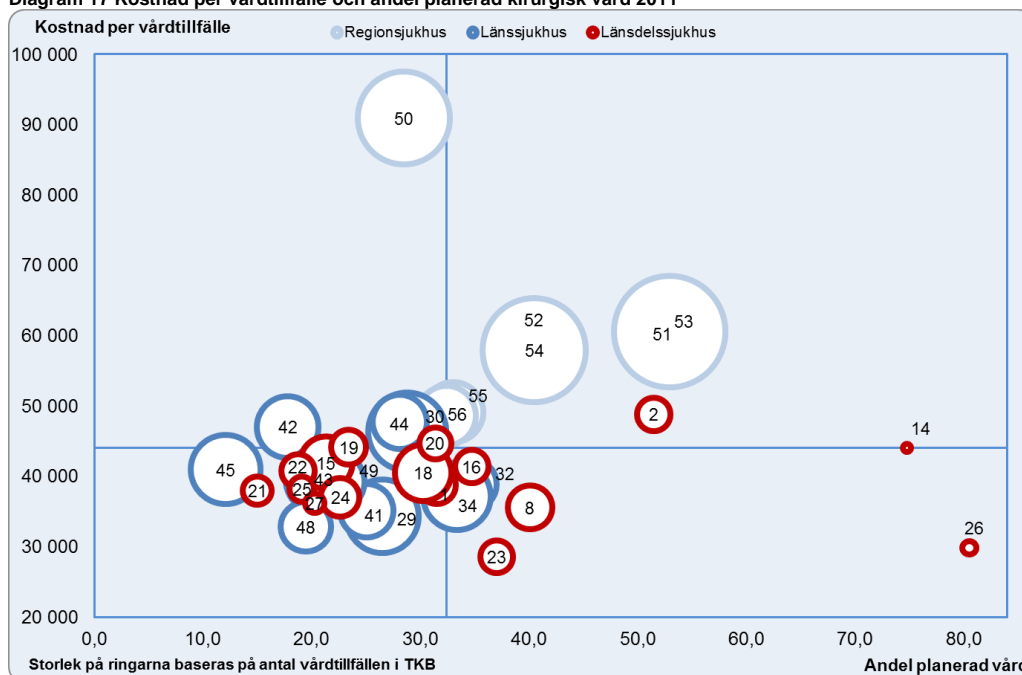


Källa:
KPP

Anm. Endast landsting som redovisas både i KPP-databasen och i denna undersökning redovisas i diagrammet

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 2011



Källa:
TKB och KPP

Regionsjukhusen har generellt en högre andel planerad vård vilket sammanfaller med högre kostnader. Utmärkande bland länsdelssjukhusen är nummer 26 Kalix lasarett och nummer 14 Kungsbacka lasarett. Båda sjukhusen har en hög andel planerad vård. Kalix lasarett har också en låg kostnad per vårdtillfälle, men Kungsbacka lasarett har en kostnad per vårdtillfälle som stämmer överens med genomsnittet.

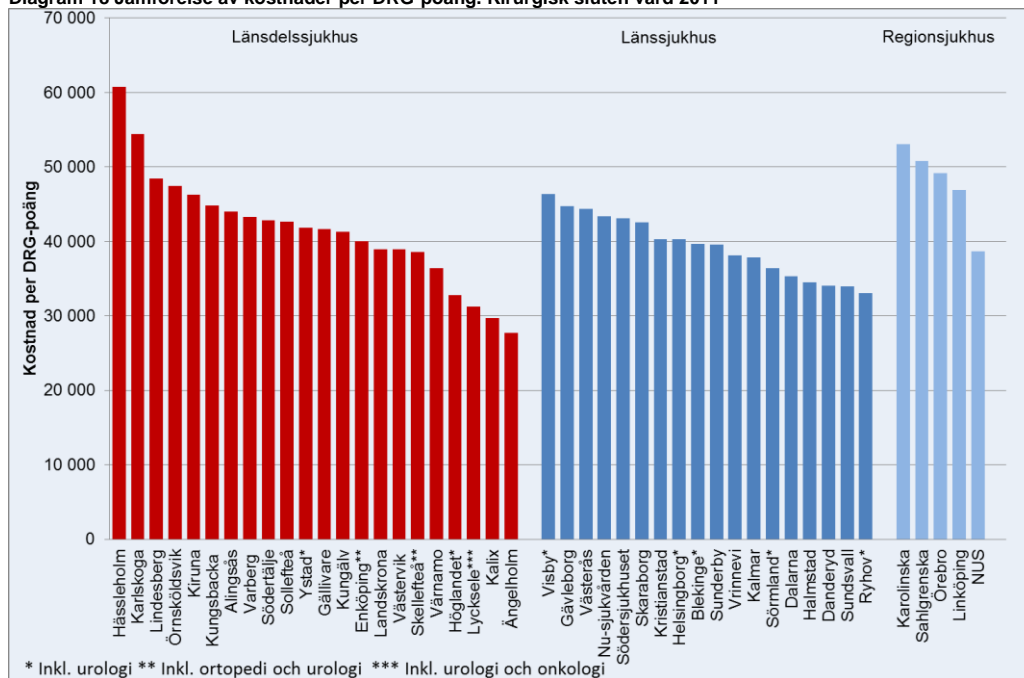
Att Kalix lasarett har en låg kostnad per vårdtillfälle beror på att man där utför lättare elektiv kirurgi. Den akuta kirurgin utförs främst på Sunderby sjukhus.

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 bland de kortaste vårdtiderna av alla sjukhus i undersökningen, cirka två dagar i genomsnitt, 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.

3.8 Jämförelse av kostnad per DRG-poäng

Diagram 18 Jämförelse av kostnader per DRG-poäng. Kirurgisk slutenvård 2011



Källa:
TKB, KPP och PAR

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 vårdtyngd. Även om kostnaden per vårdtillfälle är hög kan kostnaden per DRG-poäng bli låg om patienterna har ”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.

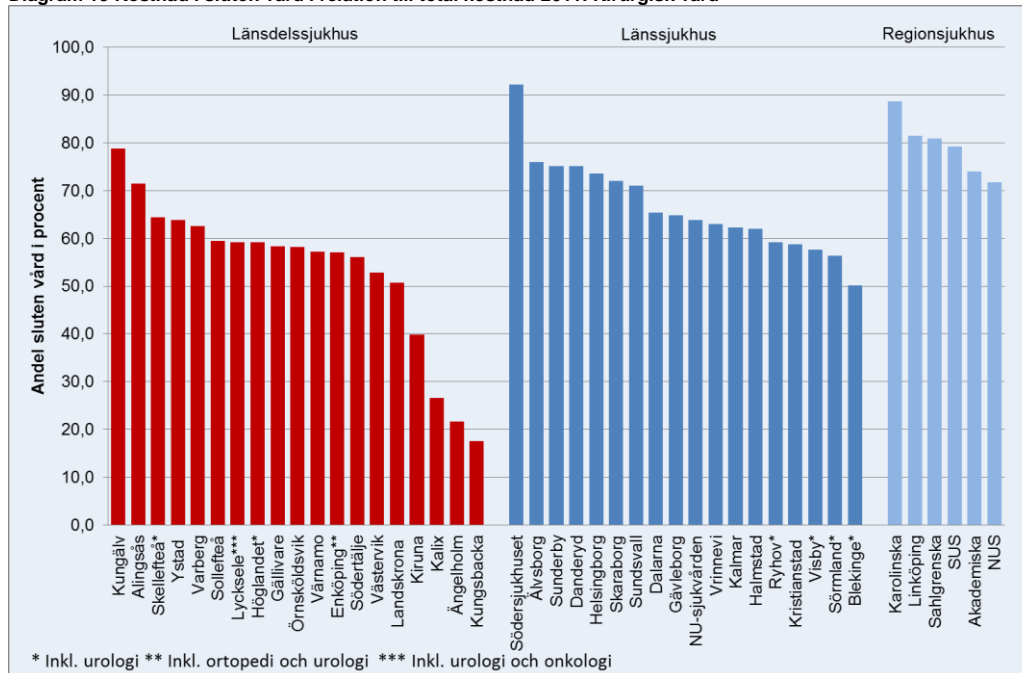
Kostnadsskillnaderna mellan sjukhusen var störst i gruppen länsdelssjukhus. Karlskoga hade, utöver Hässleholms sjukhus (endast 13 vårdtillfällen) den högsta kostnaden per DRG-poäng. Kostnaden var över 50 000 kronor. I jämförelserna tidigare i kapitlet har vi kunnat se att även kostnaden per vårdtillfälle var hög på Karlskoga lasarett jämfört med övriga länsdelssjukhus även om den inte var allra högst. Patienterna hade en vårdtyngd som låg 12 procent under den genomsnittliga nivån.

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 kapitlet 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 totalkostnadsboksluten. I diagram 19 jämförs sjukhusen med avseende på kostnadsfördelning mellan slutenvården och öppen vård.

Diagram 19 Kostnad i slutenvården i relation till total kostnad 2011. Kirurgisk vård



Källa:
TKB, KPP och PAR

Kostnaderna för slutenvården utgjorde, i genomsnitt på alla sjukhusen, närmare 63 procent av de totala kostnaderna 2011.

Andelen var lägst på länsdelssjukhus med 53 procent, och högst på regionsjukhus med 79 procent. På länssjukhusen var andelen 67 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 slutenvården är mycket stora inom gruppen länsdelssjukhus. På Kungsbacka sjukhus avsåg bara cirka 18 procent av kostnaderna slutenvården. På Kungälv sjukhus var motsvarande andel närmare 80 procent.

I gruppen länssjukhus varierade andelen kostnader i slutenvården från cirka 50 procent på Blekingesjukhuset till drygt 92 procent på Södersjukhuset.

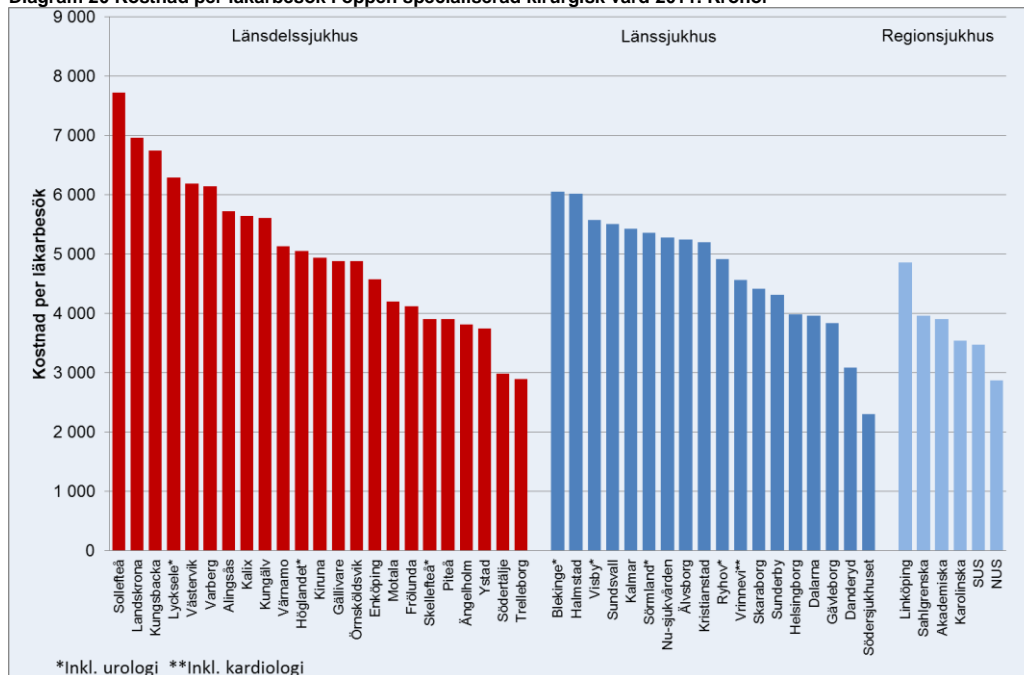
Andelen slutenvården på regionsjukhusen varierade måttligt, lägsta värdet var 72 procent (Norrlands universitetssjukhus) och högsta värdet var 89 procent (Karolinskas universitetssjukhus).

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 antagits motsvara 0,4 läkarbesök vid kostnadsberäkningar.

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

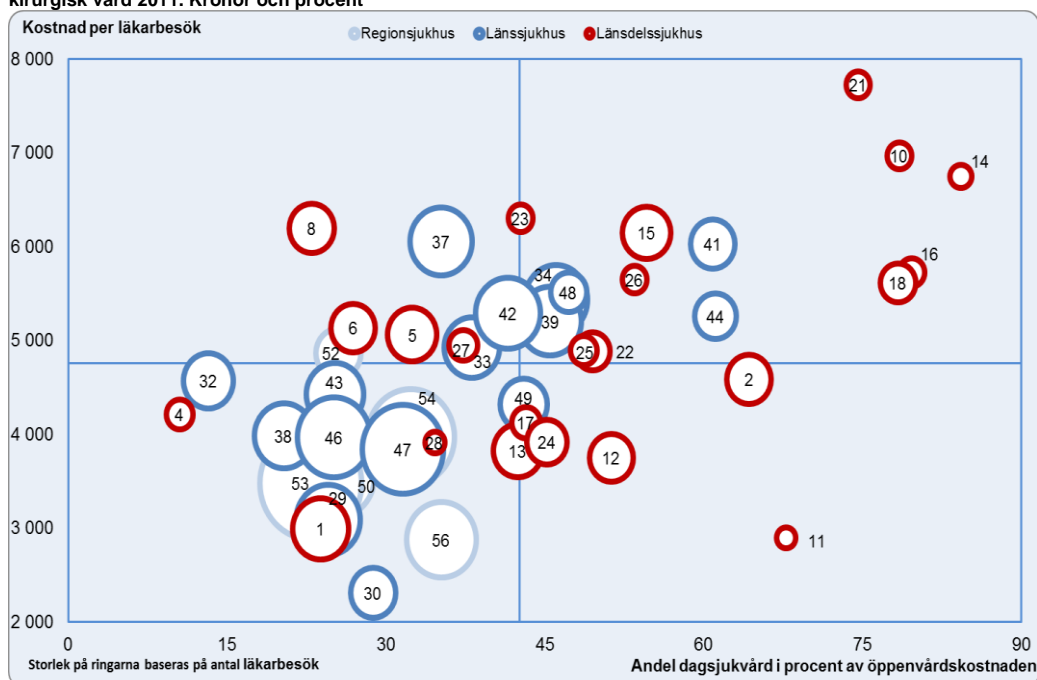
Diagram 20 Kostnad per läkarbesök i öppen specialiserad kirurgisk vård 2011. Kronor



Ett sätt att 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. Diagrammet ovan visar stora variationer i kostnader per läkarbesök för samtliga sjukhustyper. Allra högst kostnad per läkarbesök har Sollefteå sjukhus med närmare 8 000 kronor.

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 2011. Kronor och procent



Källa:
TKB och KPP

Nr 5, 23, 24, 31, 33, 36, 37 Inkl. urologi. Nr 32 Inkl. kardiologi.

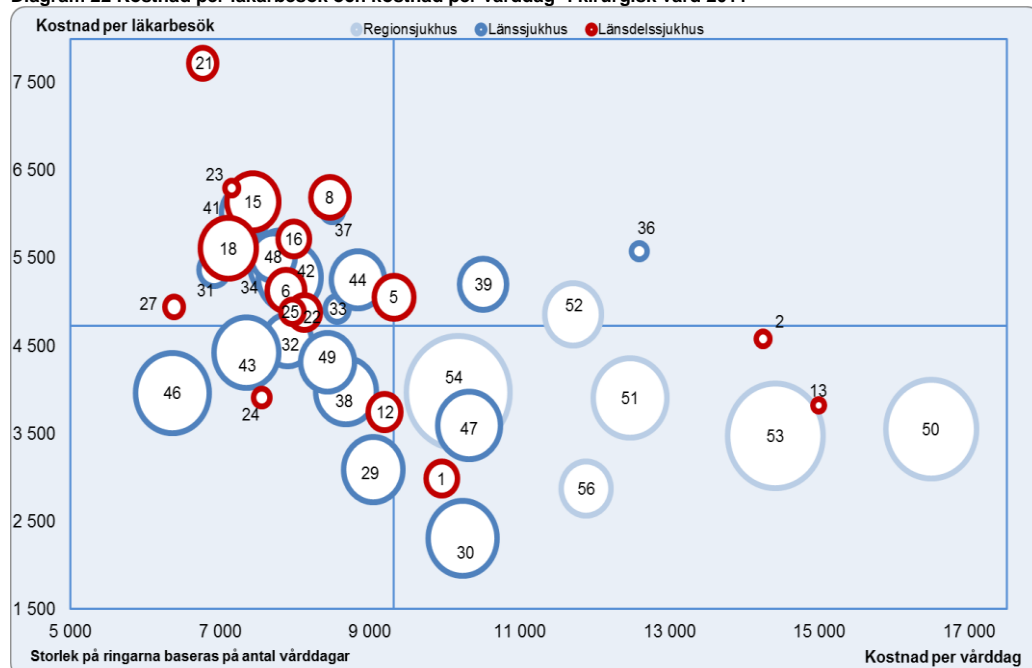
För länsdels- och läns sjukhus kan ett visst samband utläsas. Höga kostnader per läkarbesök hänger ofta samman med hög andel dagsjukvård och tvärtom.

Framför allt avviker sjukhus nummer 11 (Trelleborgs lasarett) från detta ”mönster”. De redovisar en relativt hög andel dagsjukvård samtidigt som de hade en av de lägsta kostnaderna per läkarbesök.

3.11 Kostnader per läkarbesök och kostnader per vård dag

I diagram 22 kan sjukhusen jämföras ur två perspektiv; kostnad per vård dag och kostnad per läkarbesök.

Diagram 22 Kostnad per läkarbesök och kostnad per vård dag³ i kirurgisk vård 2011



Anm. Nr 5, 24, 31, 33, 36 och 37 Inkl. urologi. Nr 2 Inkl. ortopedi och urologi. Nr 32 Inkl. kardiologi. Nr 23 Inkl. urologi och onkologi

För länsdelssjukhus och länsjukhus (röda och mörkblåa ringar) finns ofta ett negativt samband, att höga kostnader per vård dag sammanhänger med låga kostnader per läkarbesök.

Av de 32 länsdelssjukhusen i diagram 22 hade 17 eller 53 procent låga kostnader per vård dag och höga kostnader per läkarbesök.

³ Sjukhus med färre än 1 000 vård dagar redovisas inte

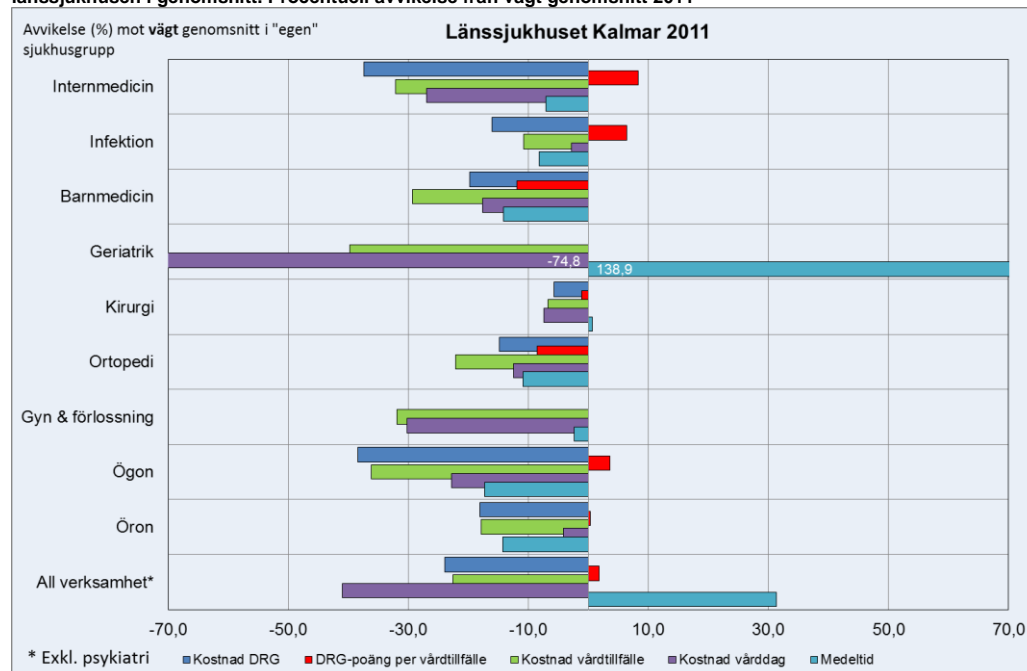
Exempel på jämförelser utifrån ett sjukhus

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 vägt genomsnitt 2011



Källa:
TKB, KPP och PAR

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

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

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 kan avvikelserna i procent bli 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 Dalarna 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 sjukhus typer och MVO:n.

Tabell 2 Kostnader, vårdtyngd, medelvårdtid och antal vårdtillfällen i ögonsjukvård 2011, slutna vård. Länssjukhus

	Index. Övägt medelvärde=100						Index. Övägt medelvärde=100				
	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
Kalmar	35 321	29 870	8 286	3,6	0,8457	162	73	85	100	85	117
Kristianstad	23 981	15 146	4 360	3,5	0,6316	19	50	43	52	82	87
Halmstad	66 234	56 772	9 634	5,9	0,8571	28	137	161	116	139	118
Nu-sjukvården	58 633	54 268	11 686	4,6	0,9256	379	121	154	141	110	128
Skaraborg	49 662	29 797	6 423	4,6	0,6000	72	103	84	77	110	83
Västerås	37 070	27 504	8 044	3,4	0,7419	31	77	78	97	81	103
Dalarna	70 450	44 772	12 738	3,5	0,6355	101	146	127	153	83	88
Sundsvall	45 695	27 417	7 410	3,7	0,6000	10	95	78	89	88	83
Sunderby	47 489	32 087	6 249	5,1	0,6757	37	98	91	75	122	93
Medelvärde (övägt)	48 282	35 293	8 314	4,2	0,7237	93	100	100	100	100	100
Totalt¹⁾	57 328	46 805	10 741	4,4	0,8164	856					

Källa: TKB, KPP och PAR

¹⁾ Sjukhus med färre än 10 vårdtillfällen är borttagna i tabellen, men ingår i totalen

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 0,8457 DRG-poäng per vårdtillfälle, vilket var 17 procent över den genomsnittliga nivån för länssjukhus (index 117). Länssjukhuset i Kalmar hade följaktligen vårdtunga patienter jämfört med övriga länssjukhus. Vikten för samtliga länssjukhus var 0,8164.

Vårdtyngden hos patienterna återspeglar sig i kostnaden per DRG-poäng, ju högre vikt desto mer justeras kostnaden nedåt. Om Länssjukhuset i Kalmar och Skaraborgs sjukhus jämförs ses att Kalmar har närmare 100 kronor högre kostnad per vårdtillfälle, men cirka 14 000 kronor lägre för kostnad per DRG-poäng än Skaraborg.

Tabell 3 De 20 vanligaste DRG på länsjukhusen inom ögonsjukvården 2011. Procentuell fördelning

	Index. Övägt medelvärde=100										
	Kostnad/ DRG-poäng	Kostnad/ v.tillfälle	Kostnad/ vårdtag	Medel- vårdtid	DRG-poäng/ v.tillfälle	Antal v.tillfälle	Kostnad/ DRG-poäng	Kostnad/ v.tillfälle	Kostnad/ vårdtag	Medel- vårdtid	DRG-poäng/ v.tillfälle
Kalmar	35 321	29 870	8 286	3,6	0,8457	162	73	85	100	85	117
Kristianstad	23 981	15 146	4 360	3,5	0,6316	19	50	43	52	82	87
Halmstad	66 234	56 772	9 634	5,9	0,8571	28	137	161	116	139	118
Nu-sjukvården	58 633	54 268	11 686	4,6	0,9256	379	121	154	141	110	128
Skaraborg	49 662	29 797	6 423	4,6	0,6000	72	103	84	77	110	83
Västerås	37 070	27 504	8 044	3,4	0,7419	31	77	78	97	81	103
Dalarna	70 450	44 772	12 738	3,5	0,6355	101	146	127	153	83	88
Sundsvall	45 695	27 417	7 410	3,7	0,6000	10	95	78	89	88	83
Sunderby	47 489	32 087	6 249	5,1	0,6757	37	98	91	75	122	93
Medelvärde (övägt)	48 282	35 293	8 314	4,2	0,7237	93	100	100	100	100	100
Totalt¹⁾	57 328	46 805	10 741	4,4	0,8164	856					

DRG	Vikt	DRG-namn	DRG	Vikt	DRG-namn
DRG 036A	0,6848	Andra op retina	DRG 046	0,6940	Andra ögonsjd >17 K
DRG 036B	0,9000	Op retinaavlossning	DRG 047	0,4800	Andra ögonsjd >17 U
DRG 036D	0,9020	Större op öga	DRG 048	0,5028	Andra ögonsjd <18
DRG 037	1,0296	Op orbita	DRG 219	1,4072	Op fotled underben öarm >17 U
DRG 038	0,9336	Primära op iris	DRG 224	1,0080	Andra armp U
DRG 039	0,6280	Linsop ej disciss sek katarakt	DRG 229	0,8900	Hand-handledsop ej stor led U
DRG 040N	0,6956	Extraokul op ej orbita >17	DRG 236	0,9736	Höft- och bäckenfrakturer
DRG 042	0,7492	Intraokul op ej ret iris lins	DRG 243	0,6796	Medicinska ryggsjukdomar
DRG 043	0,3716	HypHEMA	DRG 252	0,4728	Fr/stu/lux uarm/hand/fot <18
DRG 044	0,9012	Allvarlig akut ögoninf	DRG 254	0,6288	Frakt/stu/lux öarm/uben >17 U

Källa: PAR

Som man ser i tabell 3 återfinns närmare 60 procent av patienterna på Länsjukhuset i Kalmar i DRG 036B, operation retinaavlossning, som har en vikt på 0,9000 att jämföras med drygt 11 procent för länsjukhusen totalt. Länsjukhuset i Kalmar hade även en stor andel i DRG 036D, större operation öga, med vikten 0,9020.

Om man jämför med Skaraborgs sjukhus ser man att de flesta patienterna (fler än hälften) där finns i DRG 047, andra ögonsjukdomar >17 U, med vikten 0,4800. 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 (numera Skånes universitetssjukhus, men uppdelat i patientregistret) vårdas 47 procent av patienterna i ögonsjukvård för diagnosen retinaavlossning (036B) vilket kan tyda på att man koncentrerat behandlingen dit i Region Skåne.

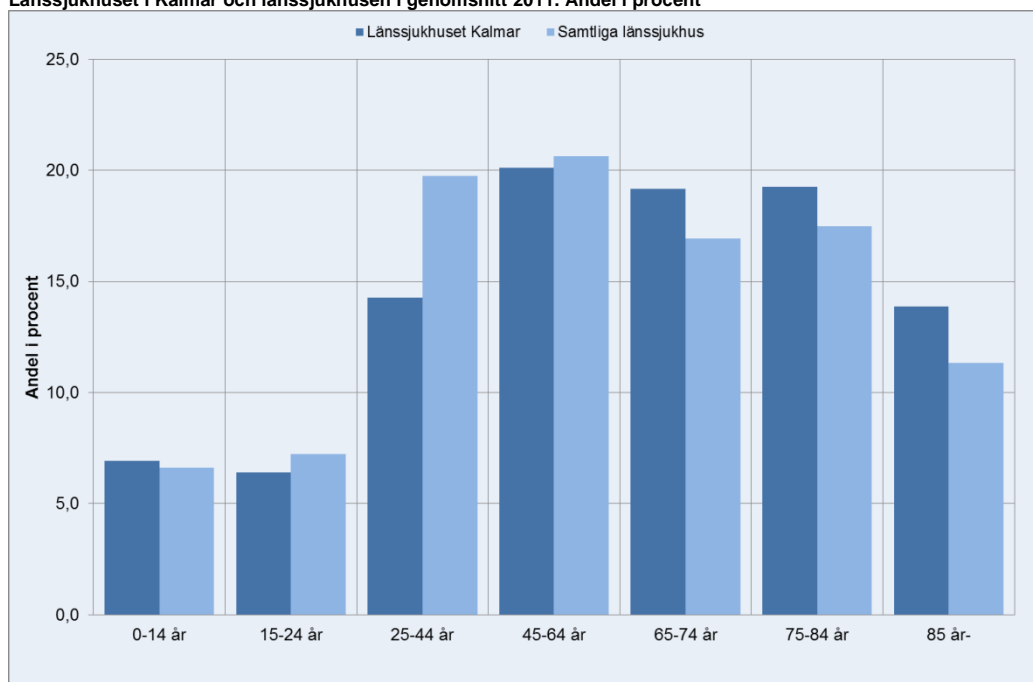
I tabellerna över patientstruktur som finns på SKL:s hemsida framgår förutom de 20 vanligaste DRG:na även åldersstrukturen samt kön på patienterna.

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 24 procent av vårdtillfällena på länsjukhusen har ett DRG utanför de 20 vanligaste DRG:n.

Diagram 24 Åldersstruktur på patienterna inom sluten ögonsjukvård. Jämförelse mellan Länssjukhuset i Kalmar och länssjukhusen i genomsnitt 2011. Andel i procent



Källa:
PAR

Patienterna på Länssjukhuset i Kalmar hade en annan åldersprofil än genomsnittet för samtliga länssjukhus. Länssjukhuset i Kalmar hade en lägre andel patienter i åldrarna 25-44 år än för länssjukhusen totalt. Sjukhuset hade också en större andel äldre patienter, mellan åldrarna 65-85 år och äldre.

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 ut på 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 ett 65-tal sjukhus fram TKB för 2011. Många 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 2011 lämnade 43 sjukhus in uppgifter om slutenvård och 37 sjukhus om öppen somatisk vård. Det innebär att cirka 70 procent av den slutna somatiska vården och cirka 55 procent av den öppna somatiska specialistvården ingår i KPP-databasen. Uppgifter för psykiatri motsvarar cirka 20 procent av den psykiatriska vården.

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

Patientregistret innehåller uppgifter om enskilda vårdtillfällen och läkarbesök på respektive sjukhus och medicinskt verksamhetsområde. Det innehåller dock inga kostnadsuppgifter. Till kostnaderna per MVO från totalkostnads-boksluten 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.

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 ett antal sjukhus från följande landsting: Dalarna, Halland, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Uppsala, Västernorrland, Västmanland, Västra Götaland, Örebro samt Östergötland. För mer information se bilaga 1.

När uppgifter hämtats från TKB beräknas antal DRG-poäng som för sjukhusen med KPP i undersökningen utifrån genomsnittsvikter i KPP-databasen. Dessa uppgifter är inte desamma som sjukhusens DRG-poäng beräknade med egna unika kostnader.

Uppgifterna från patientregistret samt KPP avser förhållandet 2011. Materialet från patientregistret är från september 2012.

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 *klinvårdtillfälle* 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.

Utskrivning av patienter som ska vårdas i kommunal vård och omsorg kan fördröjas bland annat 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	Örnsköldsvik	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	57	S:t Eriks Ögonsjukhus	Stockholm

Nr 1 – 28 = Länsdelssjukhus

Nr 29 - 49 = Länssjukhus

Nr 50 – 57 = Regionsjukhus

Bilaga 2

Indelningen i medicinska verksamhetsområden.

Nedan framgår vilka medicinska verksamhetsområden (MVO:n) som redovisas i undersökningen samt vilka verksamheter som inkluderas under respektive MVO. Verksamheterna och koderna är hämtades från sammanställningen av 2011 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/ungdomspsykiatrisk 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
096 Dagsjukvård
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 Kärkirurgisk vård
306 Brännskadevård

Kod
311 Ortopedisk vård
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 Ortoprisk 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

Kod
831 Klinisk fysiologi
832 Klinisk fysiologi - Thorax
841 Klinisk kemi
845 Koagulations- och blödningsrubbningar
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 2011. Länsdelssjukhus.....	7
Diagram 2 Kostnader i slutenvård och öppenvård per MVO 2011. Länsjukhus.....	8
Diagram 3 Kostnader i slutenvård och öppenvård per MVO 2011. Regionsjukhus.....	9
Diagram 4 Patienter fördelade efter kön och ålder. Slutenvård totalt 2011.....	9
Diagram 5 Vårdtyngd (antal DRG-poäng per vårdtillfälle) per MVO och sjukhusgrupp 2011.....	11
Diagram 6 Vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i slutenvård efter ålder och sjukhusgrupp 2011.....	12
Diagram 7 Vårdtillfällen och genomsnittlig vårdtyngd per sjukhusgrupp. Slutenvård 2011.....	13
Diagram 8 Vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i kirurgisk slutenvård 2011.....	15
Diagram 9. Andel vårdtillfällen med patienter (%) 85 år och äldre 2011. Kirurgisk slutenvård.....	16
Diagram 10 Medelvårdtider i kirurgisk slutenvård 2011. Dagar.....	18
Diagram 11 Andel vårdtillfällen med vårdtid på 0 dagar i kirurgisk slutenvård 2011.....	19
Diagram 12 Medelvårdtid och vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i kirurgisk slutenvård 2011.....	20
Diagram 13 Medelvårdtider och andel vårdtillfällen med patienter 85 år och äldre i kirurgisk slutenvård 2011.....	20
Diagram 14 Kostnad per vårdtillfälle inom kirurgisk slutenvård 2011.....	21
Diagram 15 Kostnad per vårdtillfälle och medelvårdtid för kirurgisk slutenvård 2011.....	22
Diagram 16 Planerad kirurgisk slutenvård 2011.....	23
Diagram 17 Kostnad per vårdtillfälle och andel planerad kirurgisk vård 2011.....	24
Diagram 18 Jämförelse av kostnader per DRG-poäng. Kirurgisk slutenvård 2011.....	25
Diagram 19 Kostnad i slutenvård i relation till total kostnad 2011. Kirurgisk vård.....	26
Diagram 20 Kostnad per läkarbesök i öppenvård specialiserad kirurgisk vård 2011.....	27
Diagram 21 Kostnad per läkarbesök och andel kostnad i dagsjukvård i procent av öppenvårdskostnad totalt för specialiserad kirurgisk vård 2011.....	28
Diagram 22 Kostnad per läkarbesök och kostnad per vård dag i kirurgisk vård 2011.....	29
Diagram 23 Övergripande jämförelse av slutenvård mellan Länsjukhuset i Kalmar och länsjukhusen i genomsnitt.....	30

Diagram 24 Åldersstruktur på patienterna inom sluten ögonsjukvård. Jämförelse mellan Länssjukhuset i Kalmar och länssjukhusen i genomsnitt 2011.....	33
--	----

Tabeller

Tabell 1 Åldersstruktur inom kirurgisk sluten vård 2011. Procent. Länsdelssjukhus	17
Tabell 2 Kostnader, vårdtyngd, medelvårdtid och antal vårdtillfällen i ögonsjukvård 2011. Länssjukhus	31
Tabell 3 De 20 vanligaste DRG på länssjukhusen inom ögonsjukvården 2011.....	32

Jämförelse av kostnader och verksamhet på sjukhuskliniker 2011

Jämförelse med hjälp av totalkostnadsbokslut och patientuppgifter

Syftet med rapporten är dels att presentera 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
Camilla Eriksson (patientregistret och totalkostnadsbokslut) 08-452 77 40
Siv-Marie Lindquist (totalkostnadsbokslut) 08-452 74 74

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013

Ladda ned på www.skl.se/publikationer

ISBN: 978-91-7164-902-7

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