

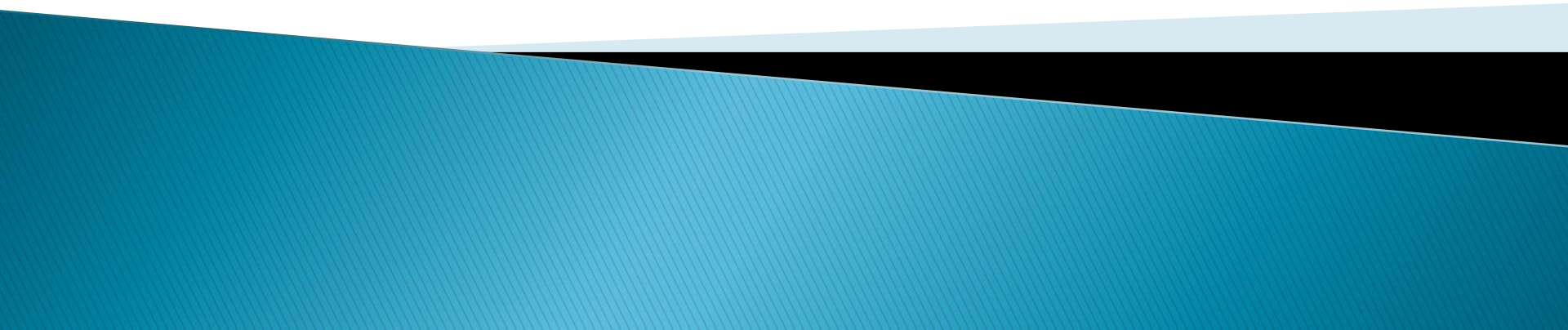
Bäst och sämst på vård

*Att bedöma produktivitet inom
somatisk specialist- och sjukhusvård*

Kommissionen för skattenytta

Clas Rehnberg
Karolinska Institutet

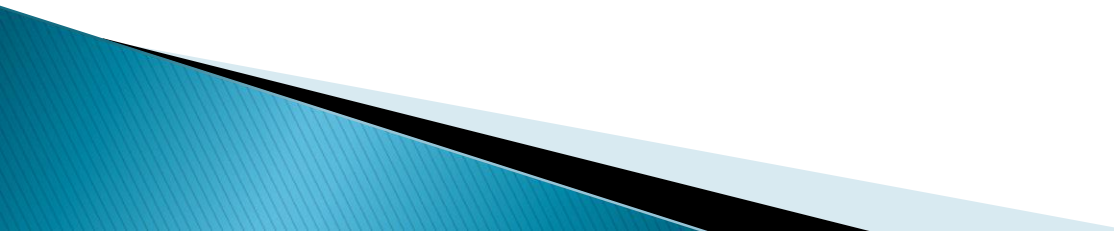
Maj 31, 2022



Introduktion och bakgrund

- ▶ Sjukhussektorn den dominerande vårdformen inom svensk hälso- och sjukvård
- ▶ Tidigare studier indikerar produktivhetsproblem
- ▶ Avsaknad av marknadsmekanismer –
bench-marking kan ge värdefull information

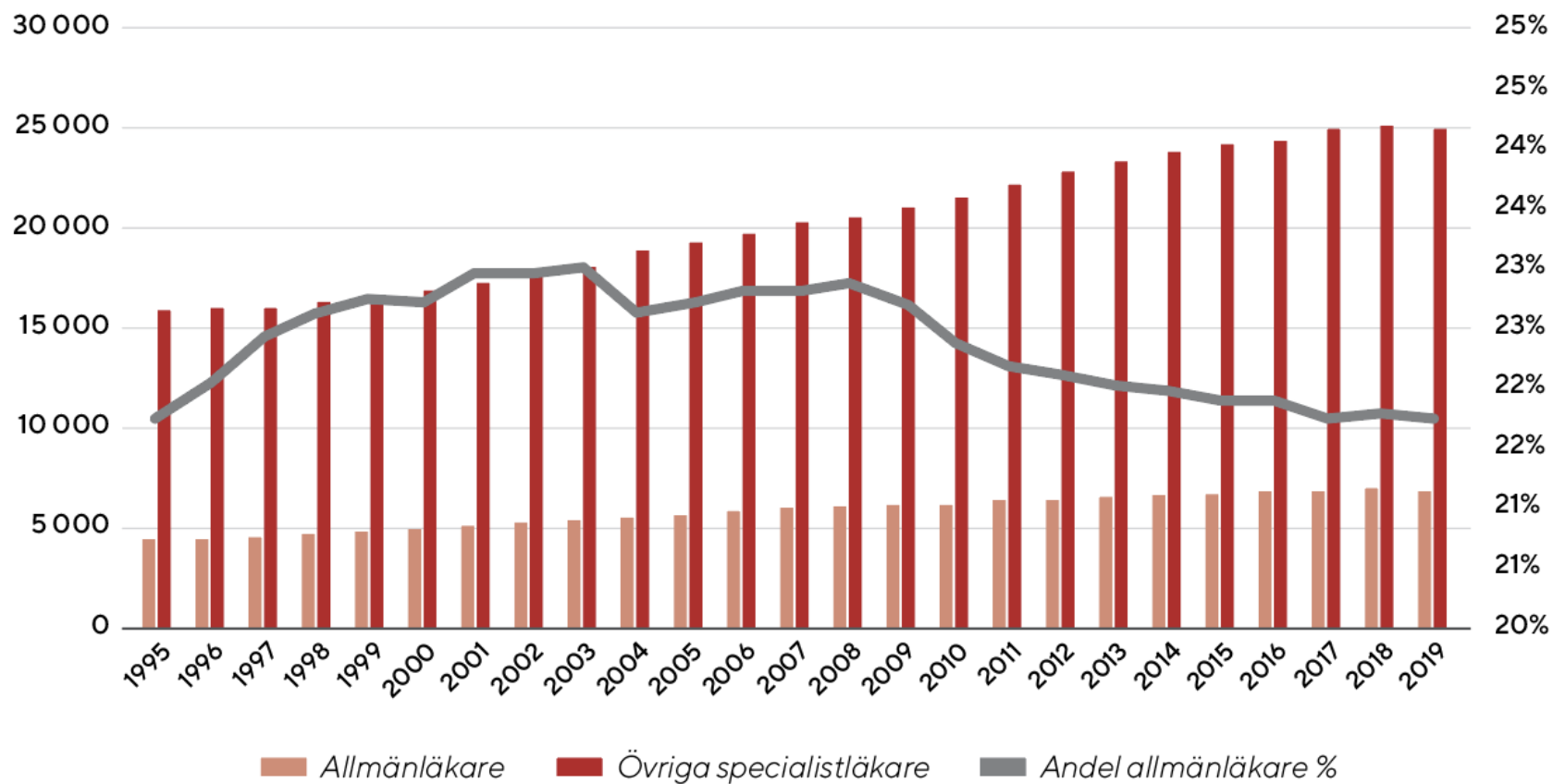
Syfte

- ▶ Kartlägga skillnader i produktivitet inom svensk specialist- och sjukhusvård.
 - ▶ Relatera produktivitet till kvalitet och strukturella aspekter
 - ▶ Utifrån dessa skillnader bedöma potential för produktivitets- och effektivitetsvinster
 - ▶ Visa behovet av benchmarking och uppföljning
- 

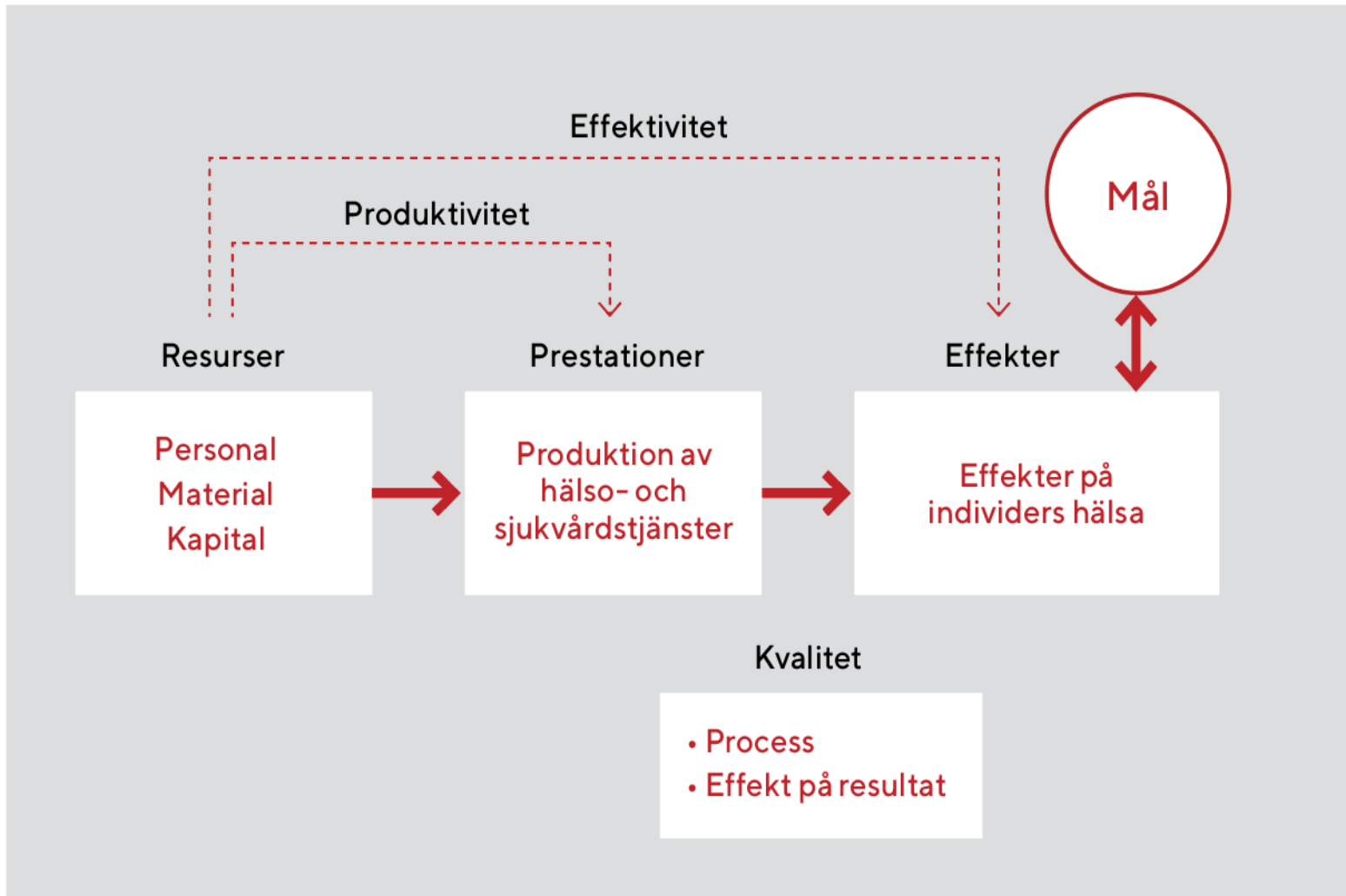
Svensk hälso- och sjukvård

- ▶ Relativt höga kostnader
 - (gemensamt med liknande länder inom EU)
- ▶ God läkartäthet (även tillgång till sjuksköterskor)
- ▶ Hög medicinsk kvalitet (Stroke, cancer, AMI m.m.)
- ▶ Sämre tillgänglighet och långa väntetider
- ▶ Bristfällig kontinuitet
- ▶ Låg andel primärvård (sjukhusdominans)

Fördelning allmänläkare och övriga specialister



Begreppen produktivitet och effektivitet



Data och metod (tidigare Nordisk studie)

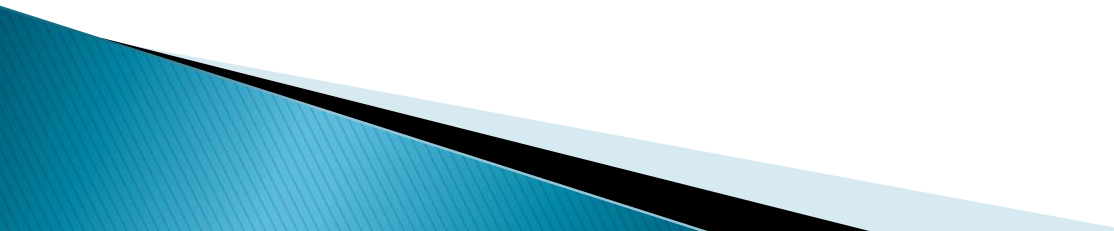
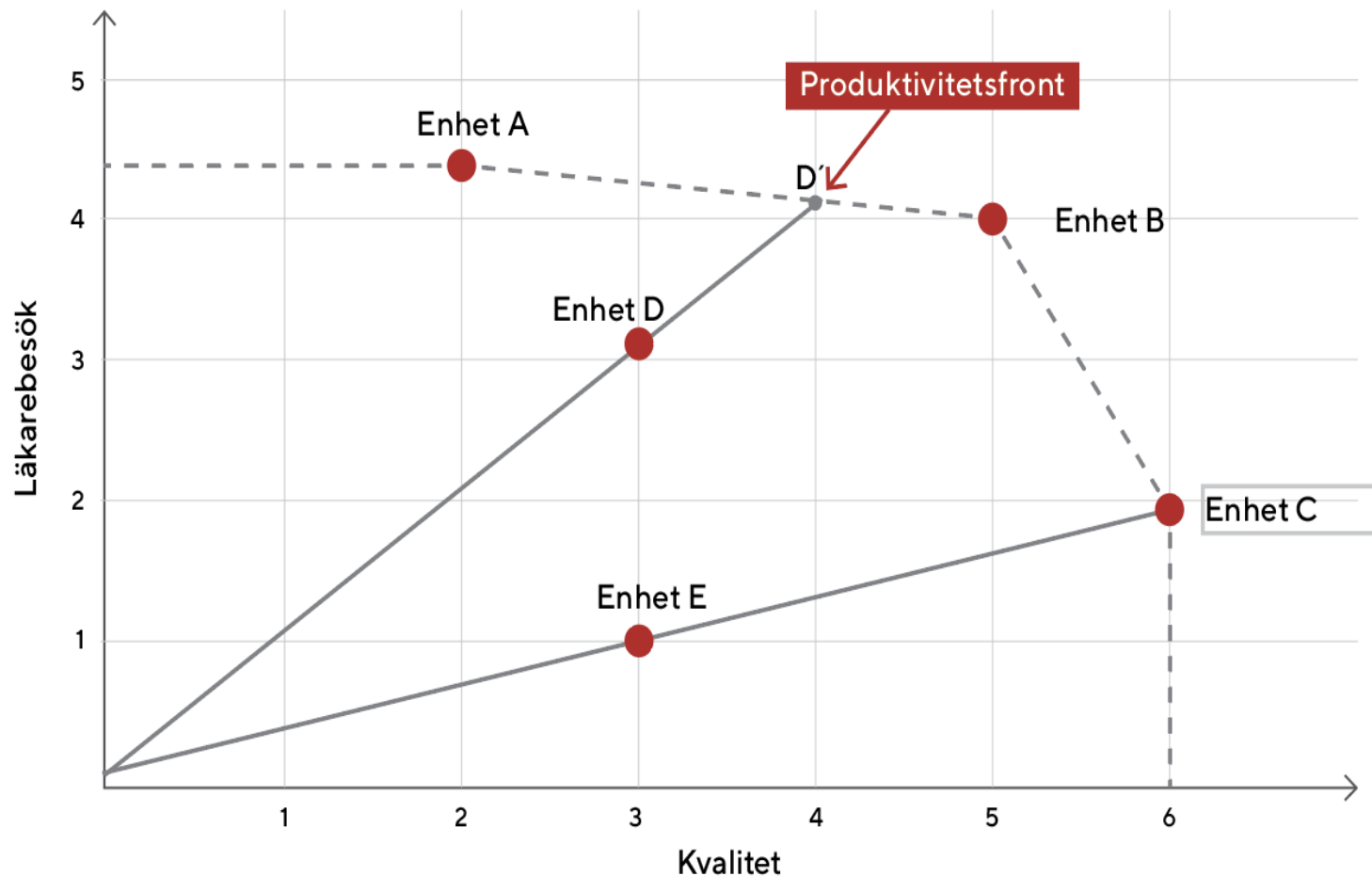
- ▶ Vårdtillfällen/DRG – enhetlig definition och klassificering
 - ▶ Liknande struktur och finansiering i Norden
 - ▶ Inflationsjustering
 - ▶ Frontanalys (Data Envelopment Analysis)
 - ▶ Relativ jämförelse
 - ▶ Produktivitet och kvalitet
 - ▶ Uppskatta potential för förbättring
- 

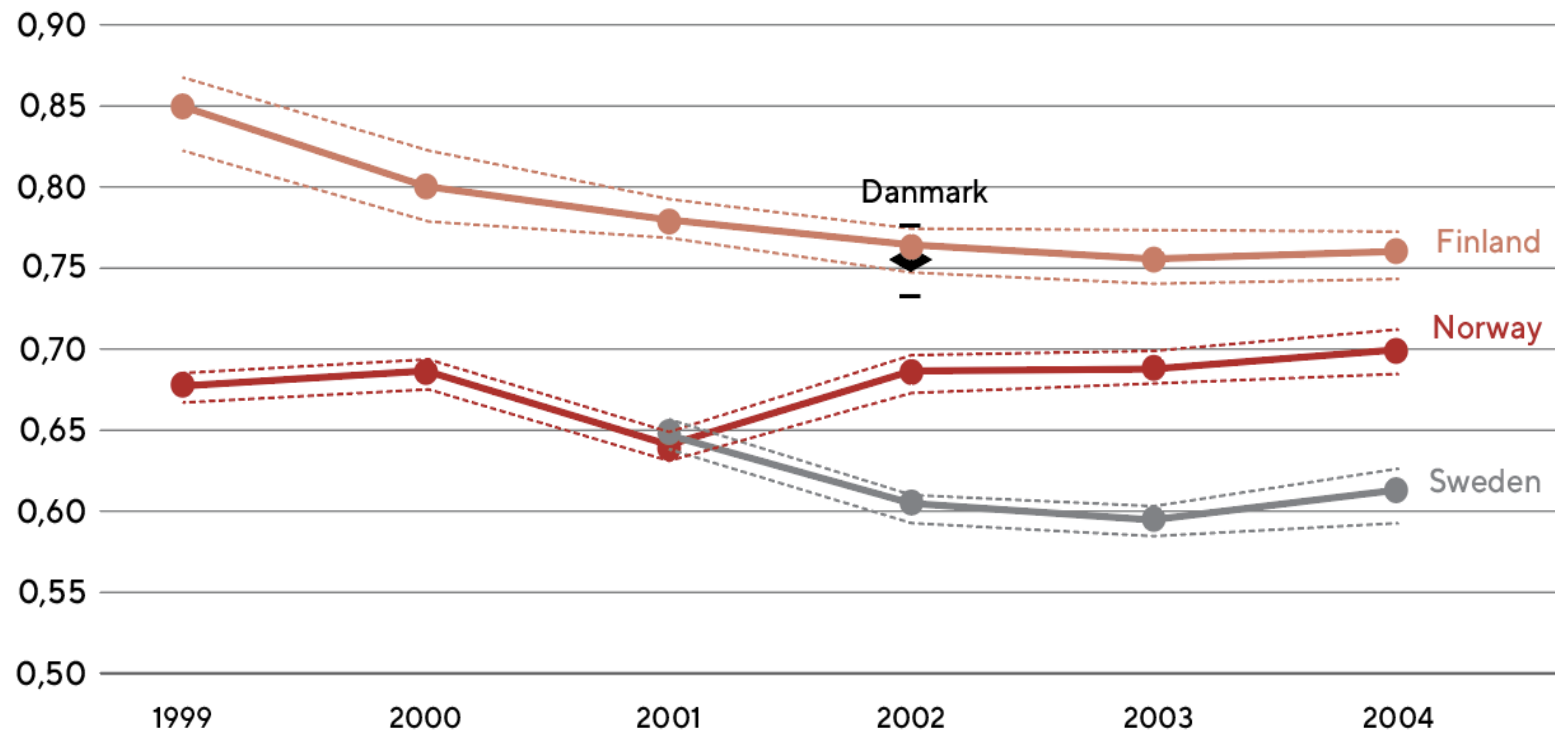
Illustration frontanalys: Data Envelopment Analysis (DEA)



Kostnader och prestationer

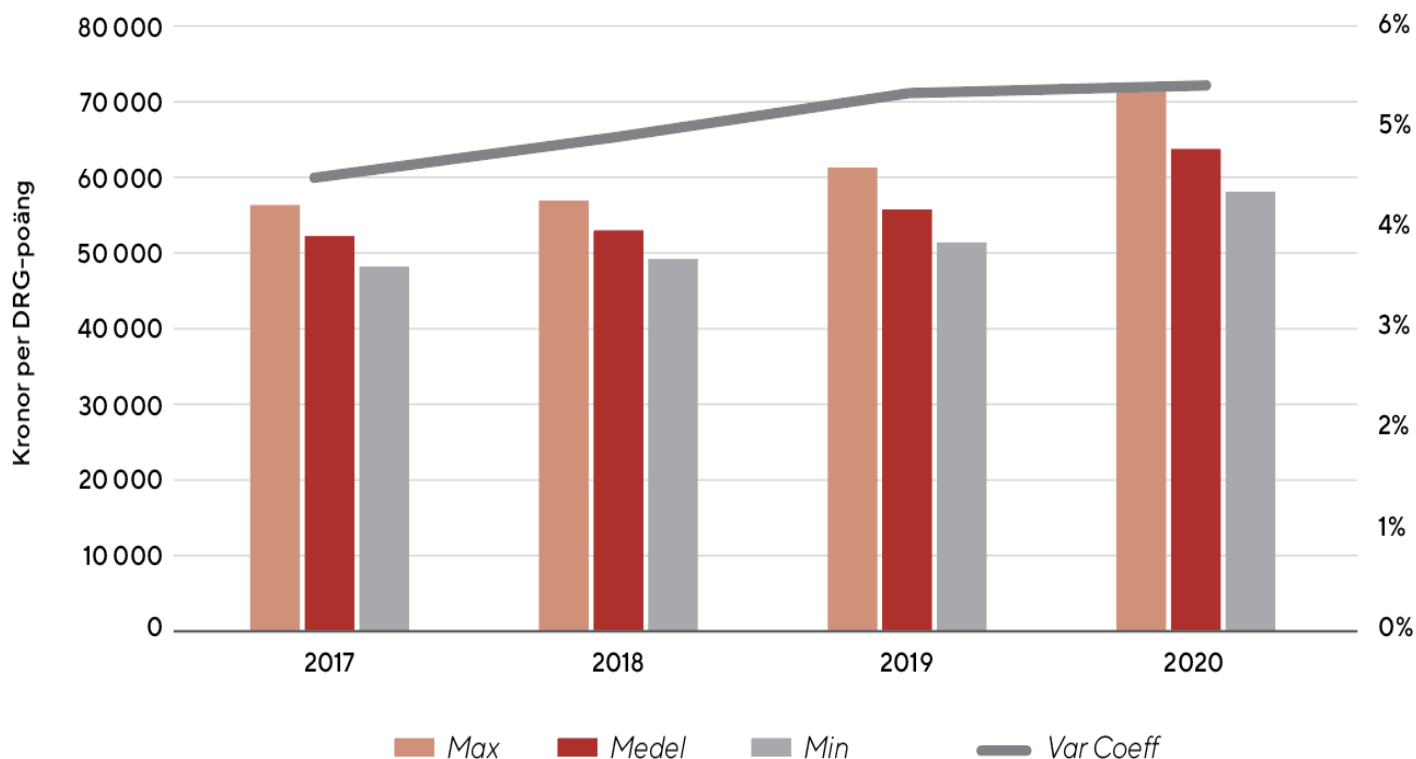
Inputs	Löpande kostnader i fasta priser
Outputs	DRG-justerade kirurgiska vårdtillfällen DRG-justerade medicinska vårdtillfällen DRG-justerade kirurgiska dagbehandling (dagkirurgi) DRG-justerade medicinsk dagbehandling Övrig DRG Öppenvårdsbesök
Antal sjukhus	Danmark, n = 54 (2002) Finland, n = 230 (2002-2004) Norge, n = 256 (2002-2004) Sverige, n = 188 (2002-2004)

Analys av norska sjukvårdsreformen – jämförelse med övriga Norden, 1999–2004 (95% konfidensintervall).

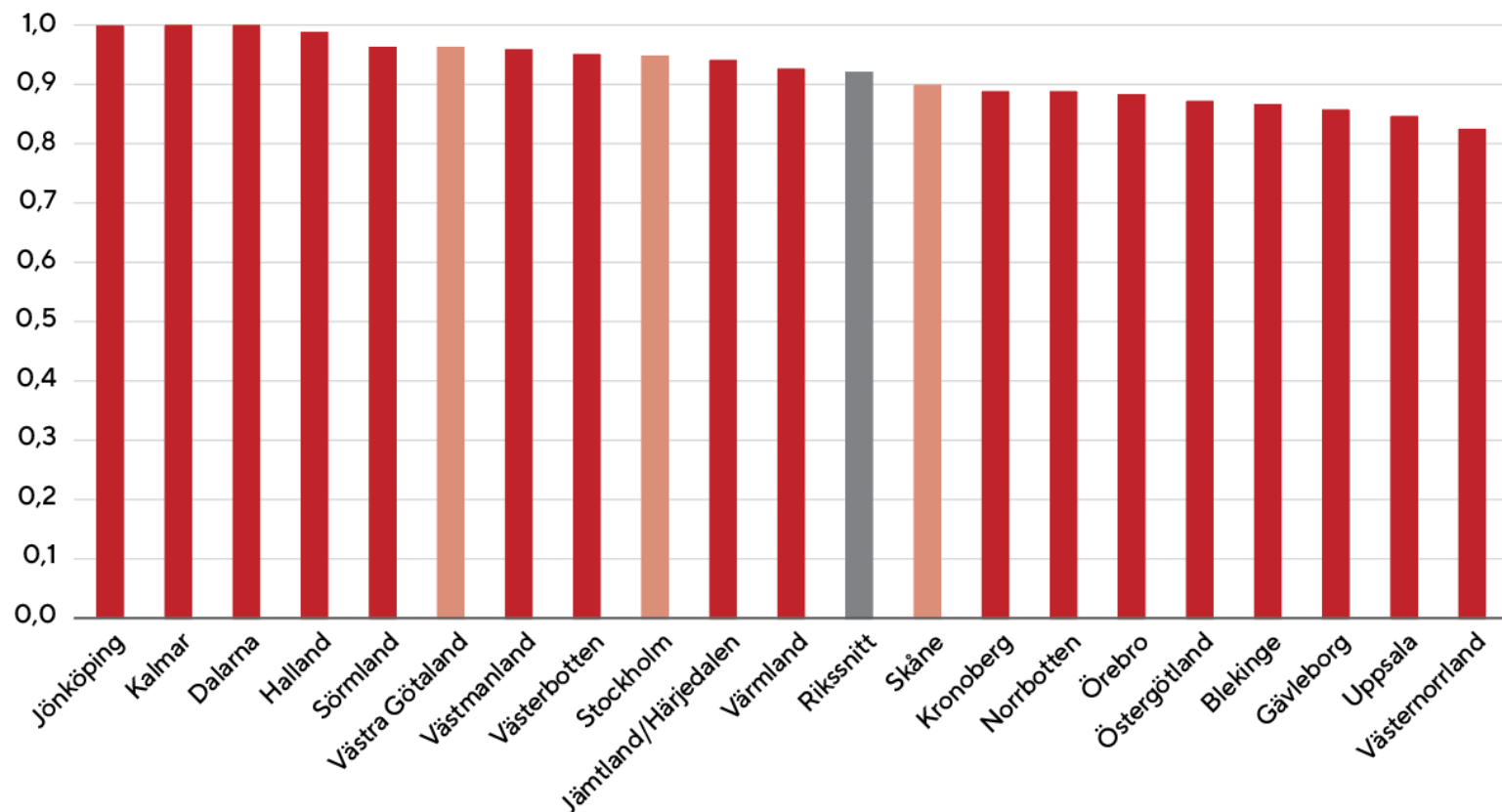


Källa: Kittelsen m fl 2008.

Utvecklingen av produktivitet inom somatisk specialist- och sjukhusvård (kostnad per DRG-poäng)



Produktivitet inom specialist- och sjukhusvård per region, år 2020 (Data Envelopment Analysis)



Källa: KPP-databasen, SKR (2022)

Samband produktivitetsmått (kostnad per DRG-poäng och DEA)

2018	2019	2020
-0,797	-0,937	-0,820

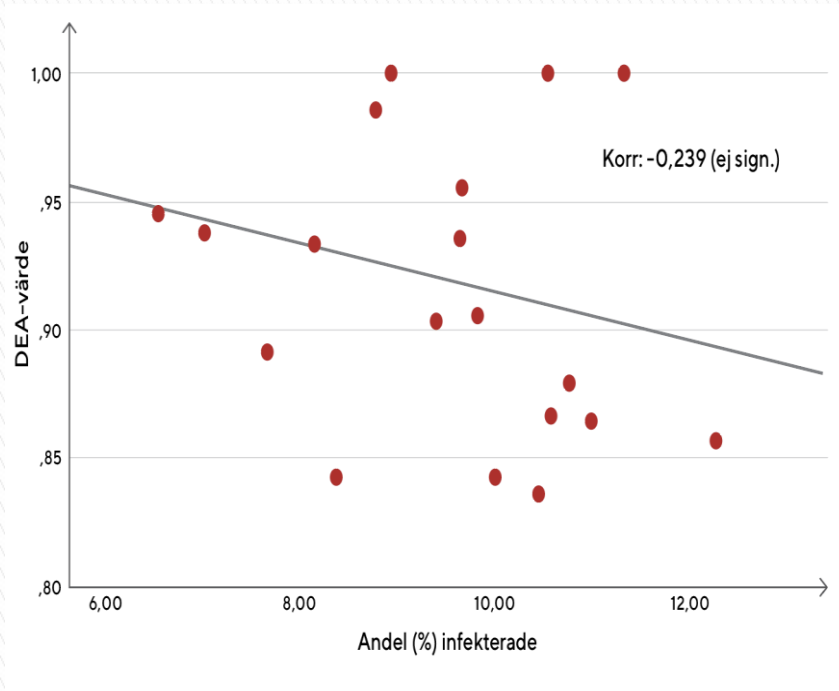
Produktivitet och kvalitet

- ▶ Vårdrelaterade infektioner
- ▶ Undvikbar sjukvårdsrelaterad dödlighet

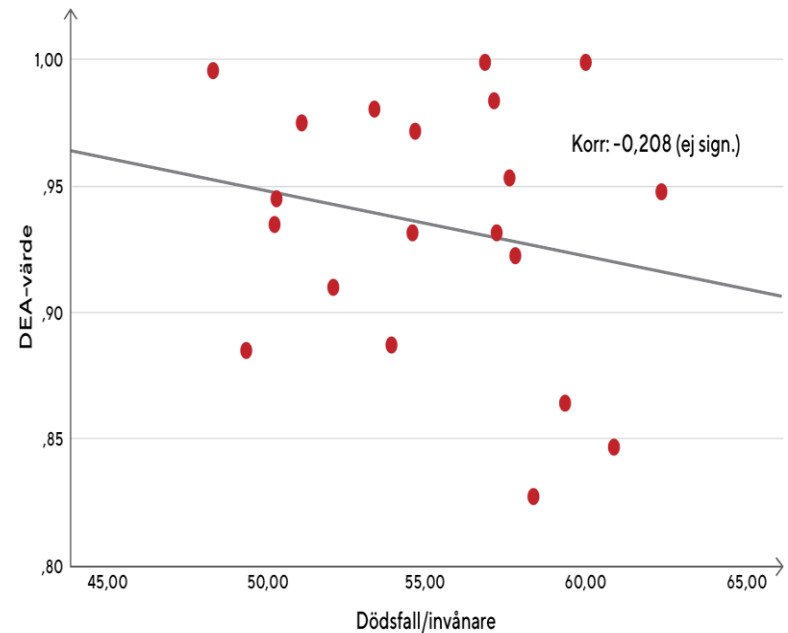
INTE FOLKHÄLSORELATERADE MÅTT:

- ▶ Spädbarnsdödlighet
 - ▶ Livslängd (inkl. överlevnad +70 år)
 - ▶ Blodtryck i befolkningen m.m.
-
- Samband kvalitet/produktivitet

Samband produktivitet och kvalitet

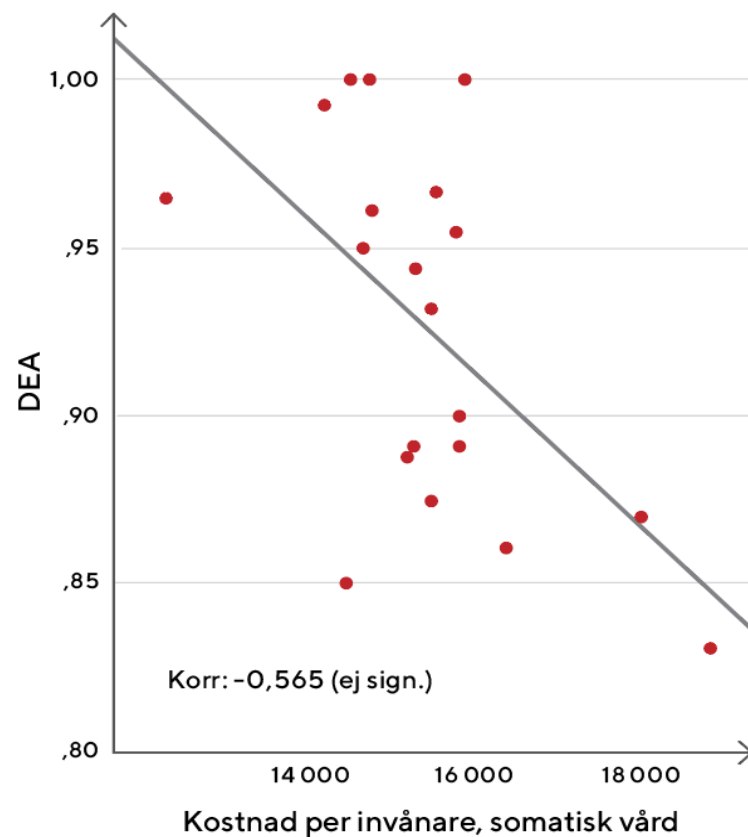
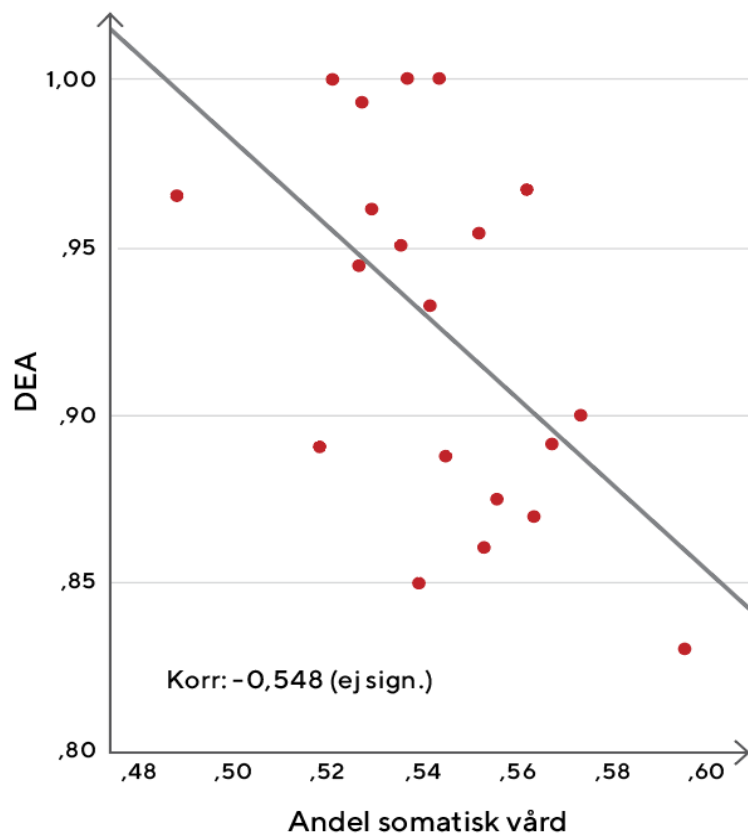


Vårdrelaterade infektioner



Undvikbar sjukvårds-
relaterad dödlighet

Resursinsats och produktivitet



Förbättringspotential

	Produktivitetmätning	Best practice	Q3
Scenario A	DEA	11 miljarder	6 miljarder
Scenario B	Kostnad per DRG poäng	19 miljarder	10 miljarder

Slutsatser

- ▶ Resultaten indikerar ett centralt problem inom svensk hälso- och sjukvård
 - Utveckling mot mer vård utanför sjukhus går långsamt
 - Svensk sjukvård fast i sjukhusstruktur
- ▶ Kontinuerlig uppföljning där resurser kopplas till prestationer och utfall saknas
- ▶ Ödmjukhet/försiktighet – bibehålla goda medicinska resultat vid förändring
- ▶ Behov av uppföljning och analys – svenska sjukhus – men även benchmarking mot övriga Norden