

# Jämförelse av kostnader och verksamhet på sjukhuskliniker 2012

JÄMFÖRELSE MED HJÄLP AV TOTALKOSTNADSBOKSLUT OCH PATIENTUPPGIFTER

## Förord

---

I denna rapport jämförs de svenska sjukhusens kostnader och verksamhet under 2012 inom olika medicinska verksamhetsområden. Tabeller och diagram med uppgifter för 66 sjukhus och 20 medicinska verksamhetsområden finns tillgängliga på SKL:s hemsida på följande länk [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/statistik/publikationer\\_-\\_statistik](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/publikationer_-_statistik)

Statistiken är baserad på uppgifter från totalkostnadsbokslut (TKB), patientregistret (PAR) samt 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 länsjukhus och länsjukhusen 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 slutenvård, men vissa uppgifter om öppen vård, baserade på totalkostnadsboksluten, finns också med.

Resultat från undersökningarna 2009-2012 finns på SKL:s hemsida. Vid jämförelser mellan åren bör man vara medveten om att verksamheterna på sjukhusen kan ha förändrats.

Stockholm i december 2013

Peter Fitger  
*Statistiksektionen*  
*Sveriges Kommuner och Landsting*

## Innehåll

---

<b>Inledning</b> .....	<b>4</b>
<b>Några resultat för sjukhusen i genomsnitt</b> .....	<b>6</b>
2.1 Kostnader per medicinskt verksamhetsområde .....	6
2.2 Hur ser patienternas ålders- och könsfördelning ut? .....	8
2.3 Vilka sjukdomar vårdades patienterna för? .....	9
2.4 Patienternas genomsnittliga vårdtyngd .....	10
2.4.1 Vårdtyngd efter medicinskt verksamhetsområde .....	10
2.4.2 Vårdtyngd efter ålder .....	11
<b>Jämförelser av kirurgisk vård</b> .....	<b>13</b>
3.1 Inledning .....	13
3.2 Jämförelse av patientsammansättning .....	14
3.3 Var fanns flest äldre patienter? .....	15
3.4 Hur långa var vårdtiderna och vad påverkas de av? .....	17
3.5 Jämförelse av kostnad per vårdtillfälle .....	19
3.6 Kostnad per vårdtillfälle och vårdtid .....	20
3.7 Kostnad per vårdtillfälle och planerad/oplanerad vård .....	21
3.8 Jämförelse av kostnad per DRG-poäng .....	23
3.9 Hur stor del av kostnaderna avsåg slutna vård? .....	24
3.10 Jämförelse av kostnader per läkarbesök .....	25
3.11 Kostnader i öppen och slutna vård .....	27
<b>Exempel på jämförelser av ett sjukhus</b> .....	<b>28</b>
4.1 Sjukhuset i översikt .....	28
4.2 Skillnader i patientstruktur .....	29
4.3 Avslutande kommentar .....	31
<b>Fakta om undersökningen</b> .....	<b>32</b>
5.1 Datakällor .....	32
5.2 Faktorer som bör beaktas vid kostnadsjämförelserna .....	33
5.3 Tillförlitlighet i statistiken .....	33
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>34</b>
Sjukhusen i undersökningen .....	34
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>35</b>
Indelningen i medicinska verksamhetsområden. ....	35
<b>Diagram och tabellförteckning</b> .....	<b>38</b>

## 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 66 sjukhus.

Tre landsting; Sörmland, Gävleborg och Dalarna använder inte sjukhus som redovisningsobjekt i totalkostnadsboksluten utan redovisar all specialiserad vård under en enhet. I siffran 66 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/undervisningsjukhus* har för vissa specialiteter flera län som upptagningsområde och har därmed kliniker som inte finns på övriga sjukhus. Det totala antalet vårdtillfällen för regionsjukhusen uppgick till närmare 480 000. I genomsnitt hade regionsjukhusen i undersökningen cirka 68 000 vårdtillfällen under 2012.

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 7 800 vårdtillfällen 2012. Totala antalet vårdtillfällen för samtliga länsdelssjukhus var drygt 209 000.

*Länssjukhus* med länet som upptagningsområde ligger i specialiseringsgrad och storlek mellan region- och länsdelssjukhus. Sammantaget var antalet vårdtillfällen för alla länssjukhus drygt 634 000. Länssjukhusen i undersökningen hade i genomsnitt närmare 32 000 vårdtillfällen 2012.

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 produktions-perspektivet 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 Piteå och Hässleholms 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

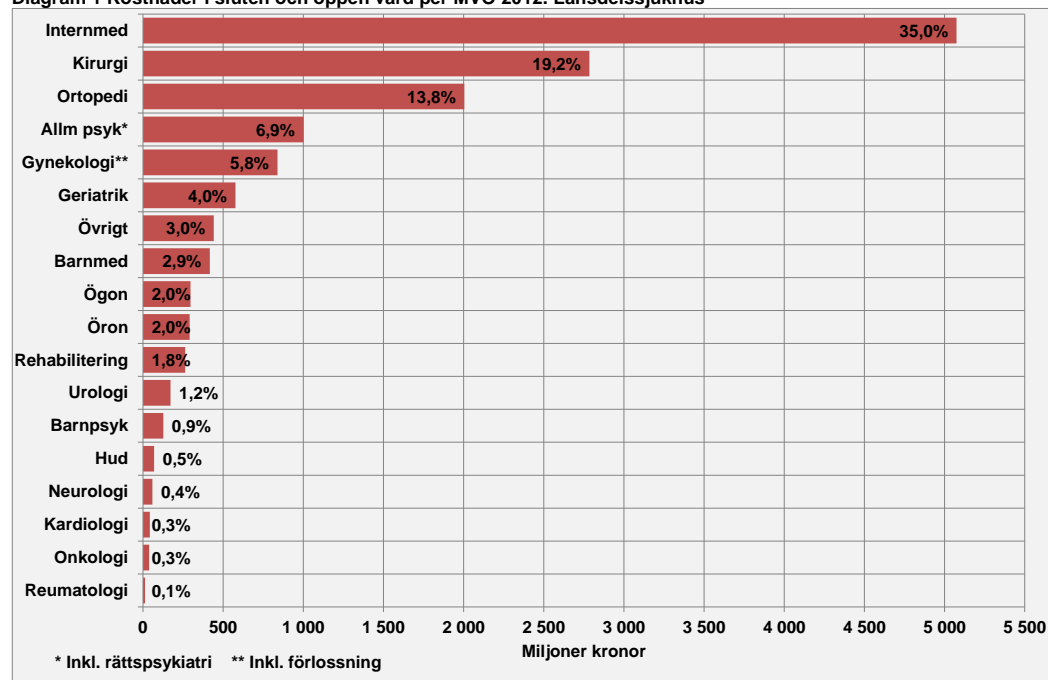
### 2.1 Kostnader per medicinskt verksamhetsområde

Kostnaden för specialiserad vård uppgick till 134 miljarder kronor 2012 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 regioner och drygt 7 procent köptes från privata vårdgivare<sup>1</sup>.

De produktionskostnader för sjukhusen som jämförs i denna undersökning uppgick till knappt 107 miljarder kronor. Några sjukhus har inte redovisat kostnader i öppen vård och ett sjukhus inte kostnader för slutna vård, se under kapitel 5.

Cirka 14,5 miljarder kronor avsåg verksamheten på 28 länsdelssjukhus, 45,1 miljarder kronor på 22 länsjukhus och 47,3 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 slutna och öppen vård per MVO 2012. Länsdelssjukhus



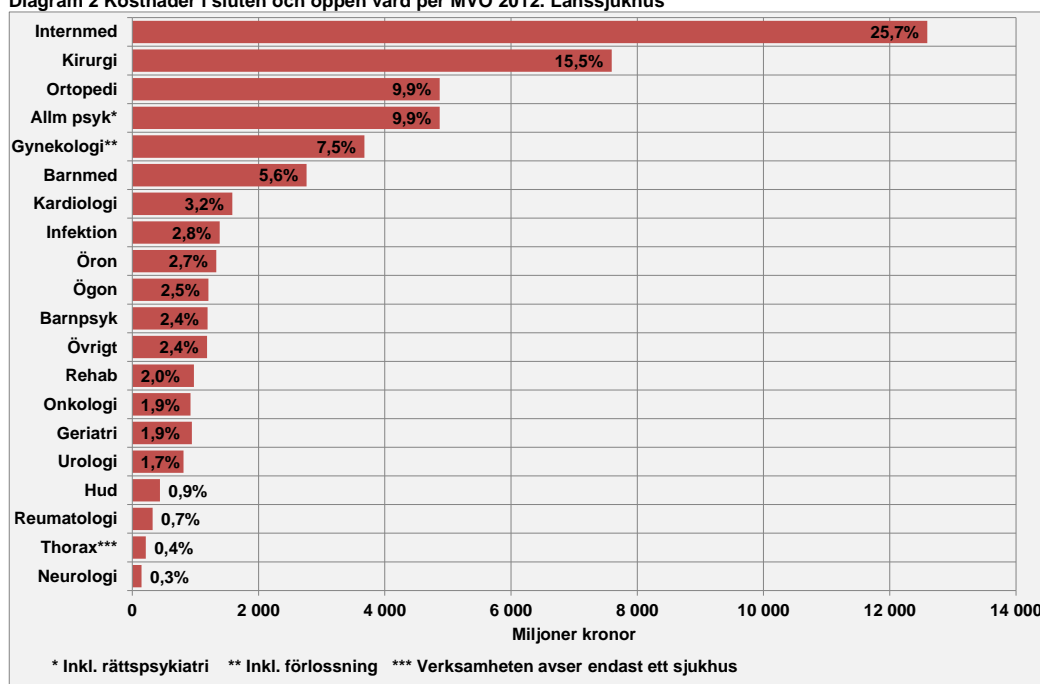
Källa:  
TKB och KPP

<sup>1</sup> Se rapporten *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2012* på SKL:s hemsida

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

Några områden är kostnadsmässigt väldigt små och/eller förekommer endast på 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 2012. Länssjukhus

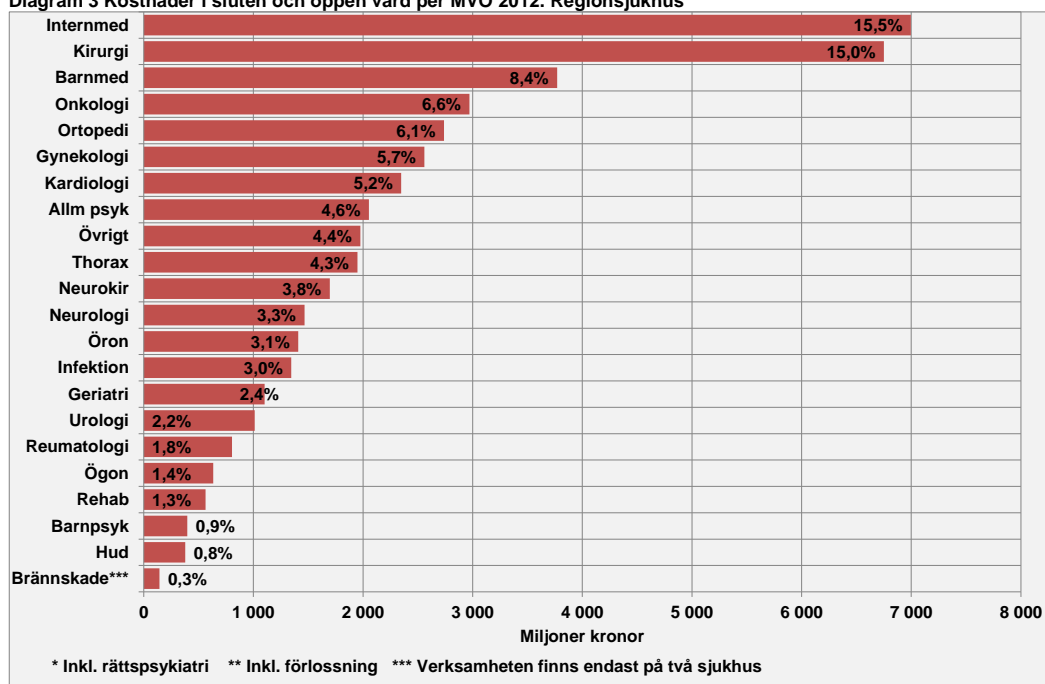


Källa:  
TKB och KPP

På länssjukhusen svarade internmedicin och kirurgi för lägre kostnadsandelar än på länsdelssjukhusen. Andelen var 26 respektive cirka 16 procent.

Vården för patienterna inom ortopedi utgjorde det tredje största området kostnadsmässigt. Kostnadsandelen motsvarade cirka 10 procent. Även patienter med vård inom den vuxna allmänna psykiatri svarade för nästan 10 procent av kostnaderna. Infektion och onkologi, som saknades som särskilda områden på länsdelssjukhusen, hade kostnader som utgjorde cirka 3 respektive 2 procent.

Diagram 3 Kostnader i sluten och öppen vård per MVO 2012. Regionsjukhus



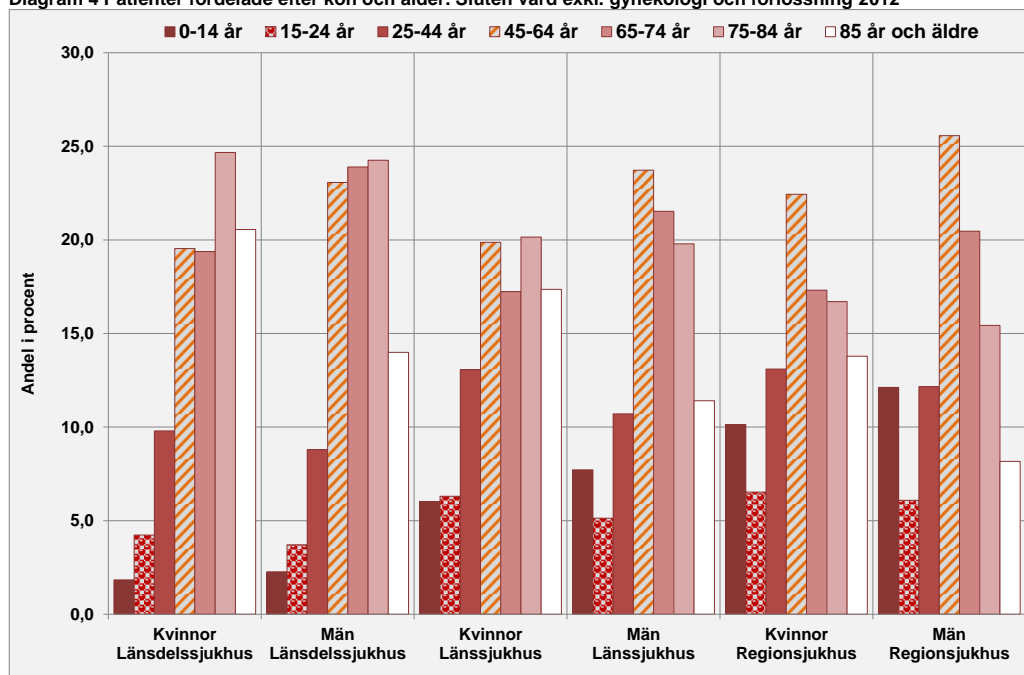
Källa:  
TKB och KPP

På regionsjukhusen utgjorde internmedicin och kirurgisk vård ännu lägre kostnadsandelar i jämförelse med länsdels- och länsjukhusen. Endast 16 procent av kostnaderna avsåg internmedicin och 15 procent kirurgisk vård.

Kostnaderna för thorax- och neurokirurgi, som främst finns på regionsjukhus hade kostnader motsvarande drygt 4 procent. Brännskadevård finns endast på Akademiska sjukhuset och Linköping universitetssjukhus, tidigare år har brännskadevården redovisats under övriga MVO.

## 2.2 Hur ser patienternas ålders- och könsfördelning ut?

Diagram 4 Patienter fördelade efter kön och ålder. Slutna vård exkl. gynekologi och förlossning 2012



Källa:  
PAR

Observera att det är olika längd på åldersgrupperna



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 lägst på regionsjukhus.

På länsdelssjukhusen utgjorde till exempel kvinnorna mellan 75 och 84 år cirka 25 procent av de kvinnliga patienterna och männen i samma åldersgrupp drygt 24 procent av de manliga patienterna.

Den allra äldsta gruppen, 85 år och äldre, utgjorde 11 respektive 17 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. Om man även tar med patienter inom gynekologi och förlossning ökar andelen kvinnor i åldersgruppen 25-44 år, bland kvinnliga patienter, från 20,7 procent till 22,3 procent.

Andelen kvinnliga patienter i gruppen 25-44 år var betydligt större än andelen manliga patienter på samtliga sjukhusgrupper

## 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 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.

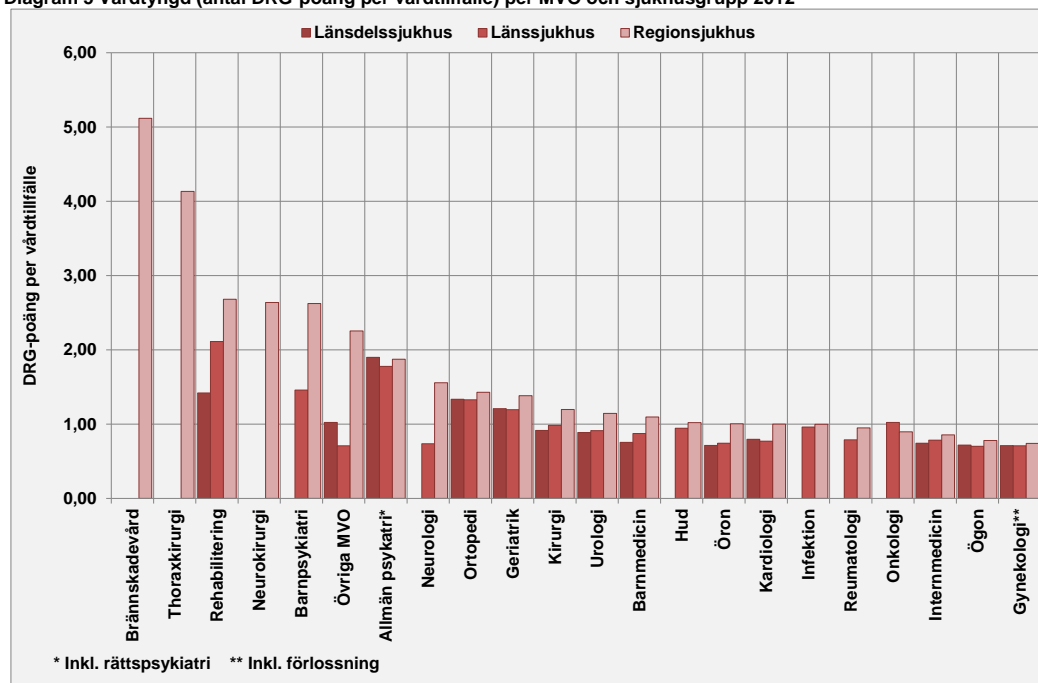
Inom många andra MVO: n beskrivs verksamheten bra med 20 DRG. För vissa MVO: n framgår till exempel att vissa sjukhus och kliniker i huvudsak inriktar sig mot några få patientgrupper. Det gäller i synnerhet på länsdelssjukhusen.

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 2012



Källa:  
TKB, KPP och PAR

Anmärkning: 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, förutom allmän psykiatri, inom rehabilitering (vikt 1,42 i genomsnitt) och de minst tunga inom gynekologisk och obstetrisk vård (vikt 0,7 i genomsnitt).

Även i gruppen länssjukhus hade rehabilitering den högsta vikten men där var det ögonsjukvården som hade de minst tunga patienterna med vikterna 2,12 respektive 0,70.

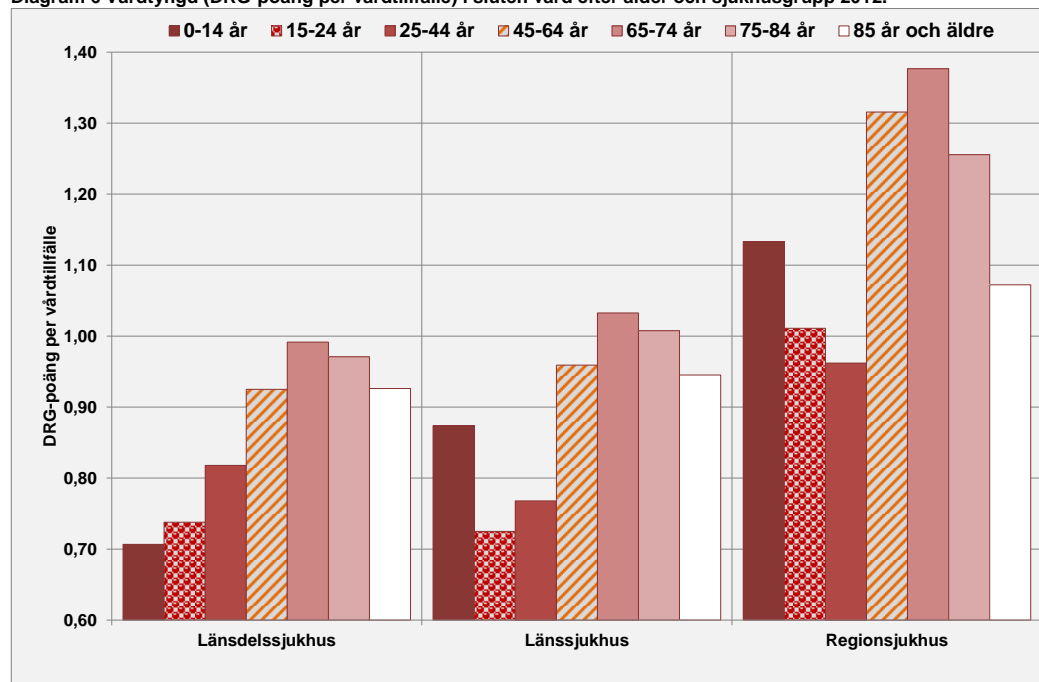
På regionsjukhusen hade patienterna, förutom inom brännskadevård, inom thoraxkirurgi den genomsnittligt högsta vårdtyngden, 4,13 poäng per vårdtillfälle. Lägst hade kvinnosjukvården med 0,75 poäng per vårdtillfälle.

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 2012.



Källa:  
PAR

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

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

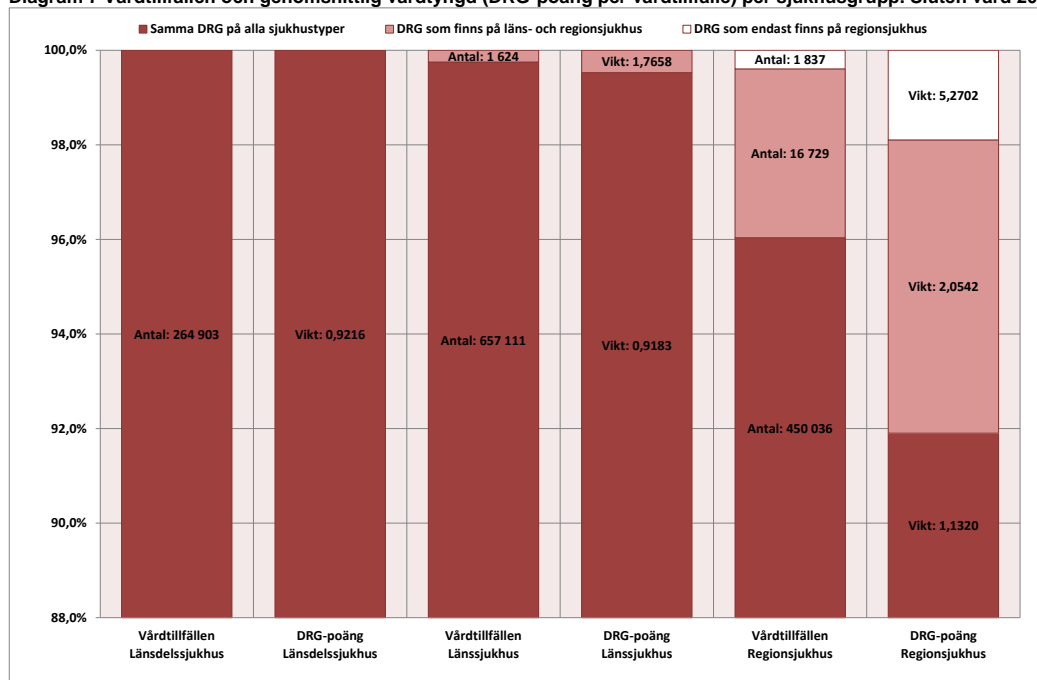
Genomsnittsvikten för barn (0-14 år) var 1,13 på regionsjukhusen att jämföra med 0,87 på länssjukhusen och 0,71 på länsdelssjukhusen

På regionsjukhusen vårdas de svårast sjuka patienterna vilket återspeglas i en hög vikt.

Åldersgrupperna 45-64 år respektive 65-74 år har de högsta DRG-poängen per vårdtillfälle, motsvarande 1,32 samt 1,38.

Skillnaden i genomsnittsvikt mellan de tre sjukhus typerna är minst för de allra äldsta patienterna, över 84 år. Vikten ligger mellan 0,93 på länsdelssjukhusen och 1,10 på regionsjukhusen.

Diagram 7 Vårdtillfällen och genomsnittlig vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) per sjukhusgrupp. Sluten vård 2012.



Källa:  
PAR

På regionsjukhus vårdas de svåraste patienterna och på länssjukhus vårdas vissa tyngre patienter som inte finns på länsdelssjukhus. Av de 765 DRG: n som ingår i undersökningen återfinns 3 procent enbart på regionsjukhus och 5 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 drygt 264 900 vårdtillfällen och en genomsnittlig vikt på 0,9216 DRG-poäng per vårdtillfälle. Motsvarande vikt för länssjukhus och regionsjukhus var 0,9183 respektive 1,1320. Även om patienter som är unika för läns- och regionsjukhus exkluderas är alltså vårdtyngden lägst på länsdelssjukhus.

Länssjukhusen hade sammanlagt närmare 660 000 vårdtillfällen. En liten andel av vårdtillfällena, drygt 1 600 stycken, avsåg DRG: n som inte förekom på länsdelssjukhus. Dessa DRG: n hade en genomsnittlig vårdtyngd på 1,7658 DRG-poäng per vårdtillfälle. Motsvarande vikt på regionsjukhus (för drygt 16 800 vårdtillfällen) var 2,0542. Även om patienter som är unika för regionsjukhus exkluderas är alltså vårdtyngden högre där än på länssjukhus.

Regionsjukhusen hade totalt cirka 470 000 vårdtillfällen. De DRG: n som enbart finns på regionsjukhusen (främst inom brännskadevård, thorax- och neurokirurgi), sammanlagt drygt 1 800 vårdtillfällen, hade en vikt på 5,2702.

# Jämförelser av kirurgisk vård

## 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 Hässleholms sjukhus.

På några sjukhus ingår även andra medicinska verksamheter (framförallt urologi) i kirurgisk vård, detta är vanligt på länsdelssjukhusen men även på länssjukhusen. Tre sjukhus, Motala lasarett, Trelleborgs lasarett och Piteå älvdals sjukhus har endast kirurgi i öppen vård.

Sjukhusen i Örebro län (Universitetssjukhuset Örebro, 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.

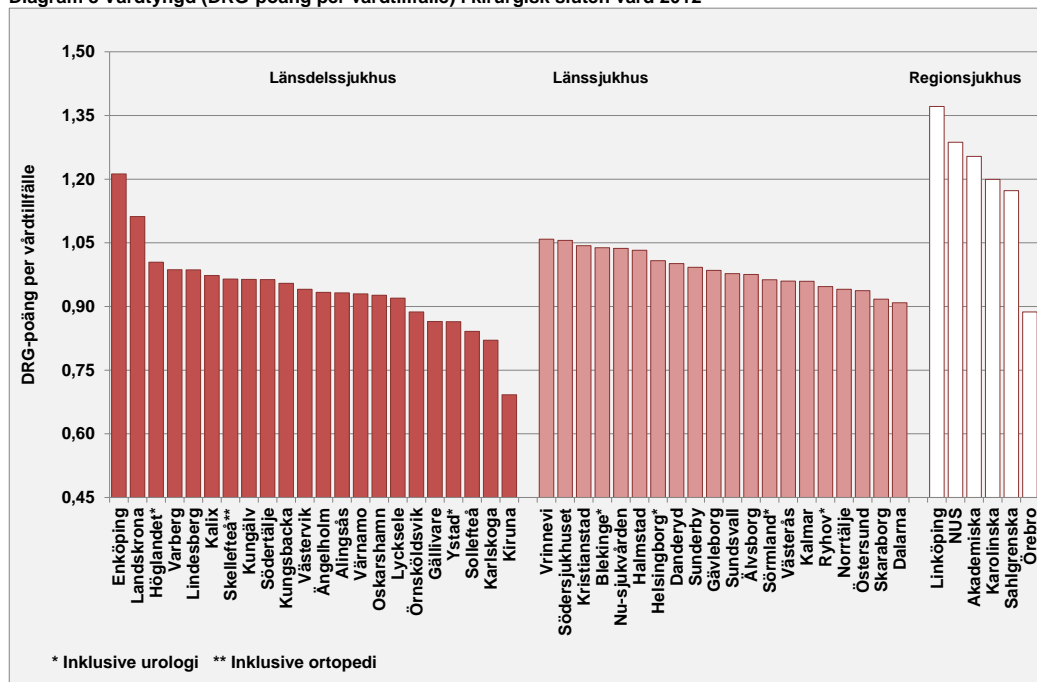
I så kallade fyrfältsdiagram jämförs sjukhusen med avseende på två variabler, varigenom placeringen av ett sjukhus i relation till alla andra kan utläsas i två dimensioner. Det framgår även om det finns ett samband mellan de två variablerna.

I fyrfältsdiagrammen används nummer i stället för namn på sjukhusen av utrymmesskäl. Rosa ringar markerar länsdelssjukhus, brandgula ringar länssjukhus och röda 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 2012



I diagram 8 har sjukhusen jämförts med avseende på vårdtyngd. 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 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 drygt 17 procent av patienterna på kirurgkliniken i Landskrona lasarett, med den näst högsta vårdtyngden i genomsnitt i Diagram 8, fanns inom DRG L08E Magoperation mot fetma med vikten 1,24 medan länsdelssjukhusen endast i genomsnitt vårdade 2,2 procent av patienterna inom den gruppen.

Cirka 34 procent av patienterna i Landskrona vårdades inom ett DRG med vikten 1,02 (494) mot närmare 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.

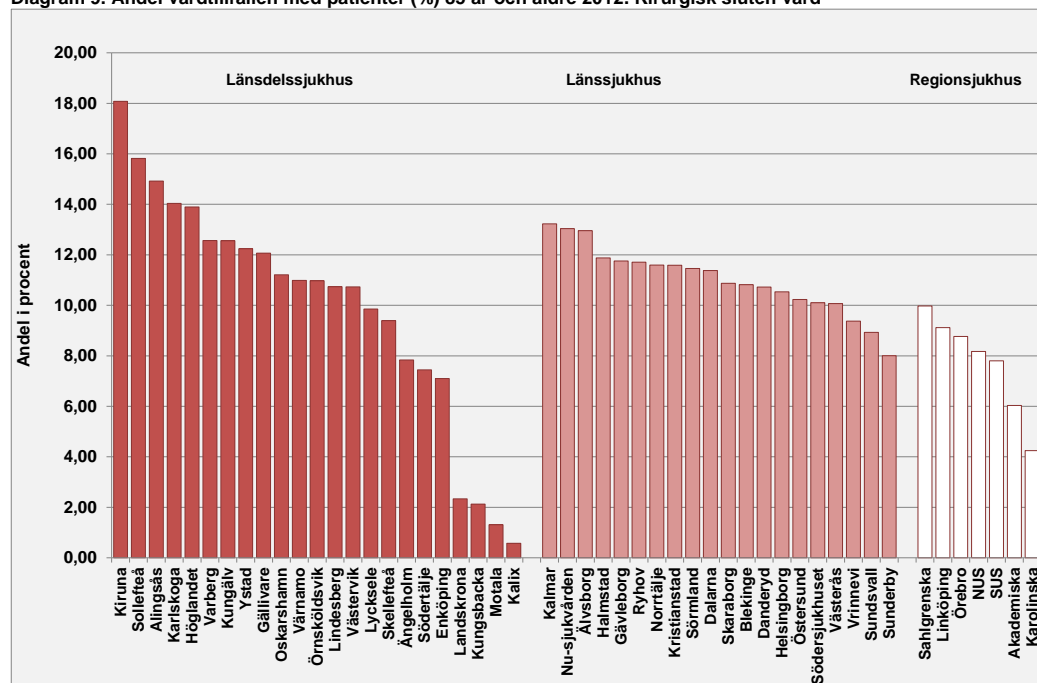
Patienterna i de vanligaste 20 grupperna täcker ofta inte mer än 50-60 procent, vilket gör att informationen i tabellerna här inte ger lika stora möjligheter att hitta förklaringar till skillnader som för andra MVO: n.

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 vårdtillfällen med patienter som var 85 år eller äldre.

Diagram 9. Andel vårdtillfällen med patienter (%) 85 år och äldre 2012. Kirurgisk slutenvård



Källa:  
PAR

Andel äldre patienter varierar väldigt mycket framförallt i gruppen länsdelssjukhus. Kalix lasarett, Motala lasarett samt Kungsbacka sjukhus hade extremt små andelar patienter 85 år och äldre. Samtidigt återfanns den största andelen äldre patienter på ett länsdelssjukhus, Kiruna sjukhus. Där var drygt 18 procent 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.

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

**Tabell 1 Åldersstruktur inom kirurgisk slutenvård 2012. Procent. Länsdelssjukhus**

Sjukhus	0-14 år	15-24 år	25-44 år	45-64 år	65-74 år	75-84 år	85 år-
Södertälje sjukhus	-	9,2	24,1	29,2	14,9	15,3	7,4
Enköpings lasarett	-	5,9	22,4	30,7	19,6	14,4	7,1
Motala lasarett	-	7,0	50,7	31,0	6,6	3,5	1,3
Höglandssjukhuset	5,1	6,7	13,4	21,8	20,1	18,9	13,9
Värnamo sjukhus	2,6	8,0	16,2	27,0	16,6	18,6	11,0
Västerviks sjukhus	-	5,2	13,7	26,3	23,4	20,7	10,7
Oskarshamns sjukhus	-	3,2	9,9	22,9	25,2	27,6	11,2
Ängelholms sjukhus	-	3,8	6,8	28,5	30,5	22,5	7,8
Landskrona lasarett	-	3,0	31,7	37,5	14,9	10,6	2,3
Ystads lasarett	3,9	6,1	11,2	22,1	22,5	21,9	12,2
Varbergs sjukhus	4,5	9,0	14,1	23,0	18,9	18,0	12,6
Kungsbacka sjukhus	-	4,3	20,2	26,6	29,8	17,0	2,1
Kungälv sjukhus	-	5,7	13,3	25,0	22,7	20,8	12,6
Alingsås lasarett	1,4	4,8	11,5	23,3	21,6	22,5	14,9
Karlskoga lasarett	1,5	5,3	13,8	22,7	21,6	21,0	14,0
Lindesbergs lasarett	0,3	6,6	16,9	24,5	20,8	20,2	10,7
Örnsköldsviks sjukhus	6,1	7,2	12,8	20,5	21,5	20,9	11,0
Sollefteå sjukhus	4,0	6,6	9,0	23,5	18,6	22,5	15,8
Skellefteå lasarett	7,0	9,4	12,6	21,9	19,6	20,1	9,4
Lycksele lasarett	3,1	9,5	18,2	25,8	15,7	17,9	9,9
Gällivare lasarett	-	4,9	12,8	24,2	22,6	23,4	12,1
Kalix lasarett	-	1,1	25,3	46,6	19,0	7,5	0,6
Kiruna lasarett	0,7	6,1	11,5	19,0	17,8	26,8	18,1
<b>Totalt</b>	<b>2,5</b>	<b>6,8</b>	<b>14,6</b>	<b>24,5</b>	<b>20,3</b>	<b>19,8</b>	<b>11,5</b>

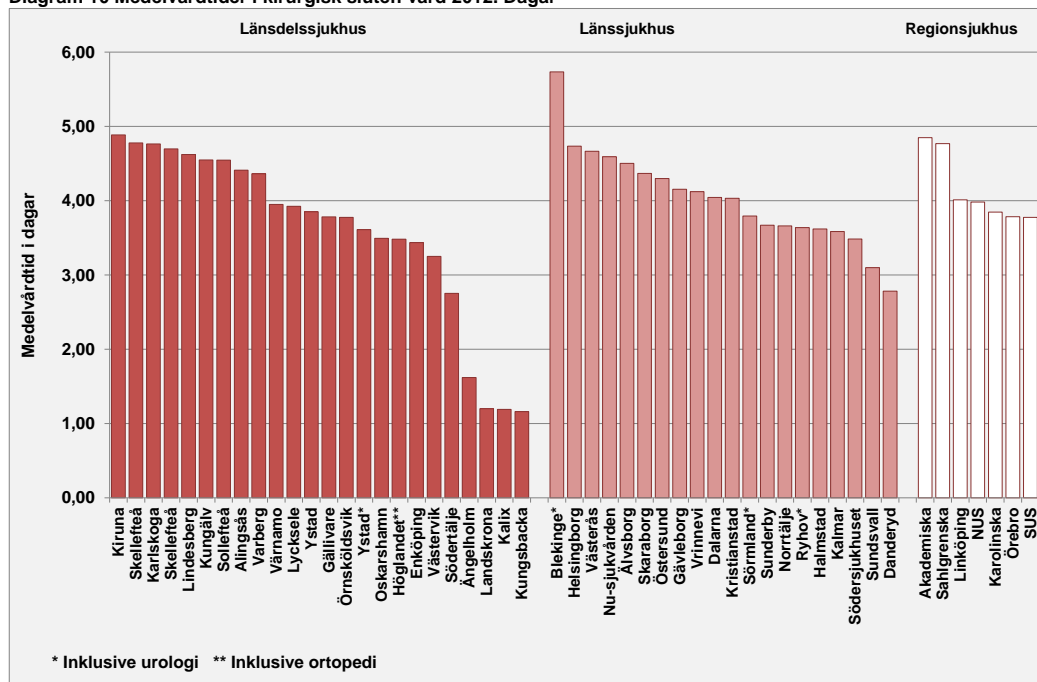
Observera att åldersgrupperna har olika längd  
Källa: PAR



### 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 2012. Dagar



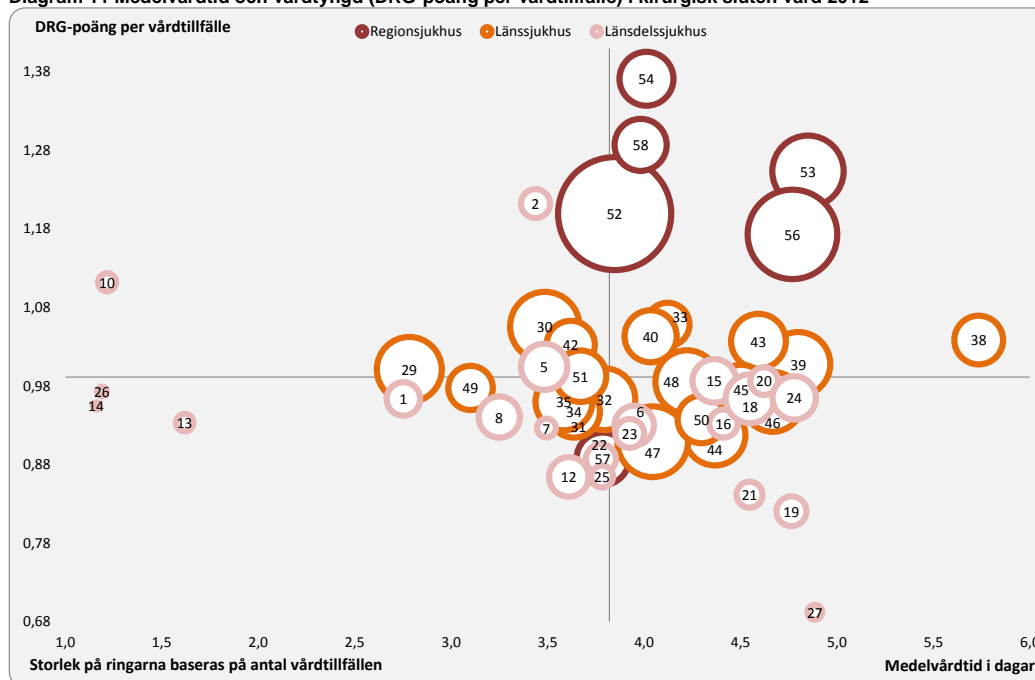
Källa:  
TKB, KPP och PAR

Medelvårdtiderna varierar mycket beroende på sjukhusens uppdrag, arbetssätt och organisation. Variationen var särskilt stor mellan länsdelssjukhusen. Patienterna vårdades drygt 1 dag i genomsnitt på Kungsbacka sjukhus och knappt 5 dagar på Kiruna sjukhus.

Bland länssjukhusen hade Danderyds sjukhus den kortaste vårdtiden, knappt 3 dagar och Blekingesjukhuset hade de längsta vårdtiderna med närmare 6 dagar. Då ingår även urologi på kliniken. Näst längst vårdtid hade Helsingborg med cirka 4,5 dagar,

För regionsjukhusen som sannolikt bör ha ett mer likartat uppdrag var skillnaden mindre. Här varierar medelvårdtiden mellan 3,8 dagar (Skånes universitetssjukhus) till 4,8 dagar (Sahlgrenska universitetssjukhus och Akademiska sjukhuset).

Diagram 11 Medelvårdtid och vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i kirurgisk slutenvård 2012



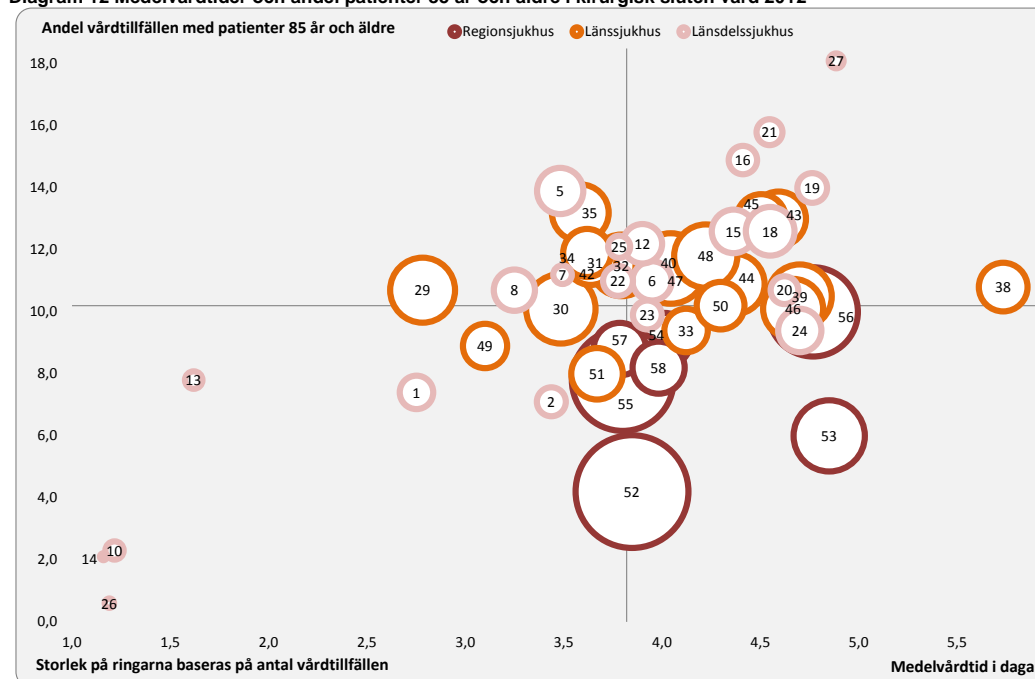
Källa:  
TKB, KPP och PAR

Anmärkning: 24 inklusive ortopedi. Nr 5,12, 32, 34, 38 och 39 inklusive urologi.

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 yngre patienter ofta längre vårdtider. De sjukhus som framför allt avvek från detta ”mönster” hade en mycket liten verksamhet mätt i antal vårdtillfällen.

Diagram 12 Medelvårdtider och andel patienter 85 år och äldre i kirurgisk slutenvård 2012



Källa:  
TKB, KPP och PAR

Anmärkning: Nr 5, 32, 34 och 38 inklusive urologi.

I diagram 13 visas sambandet mellan ålder, mätt i andel patienter 85 år och äldre, och medelålder. Som framgår av diagrammet hade länsdels- och länsjukhus (rosa och brandgula

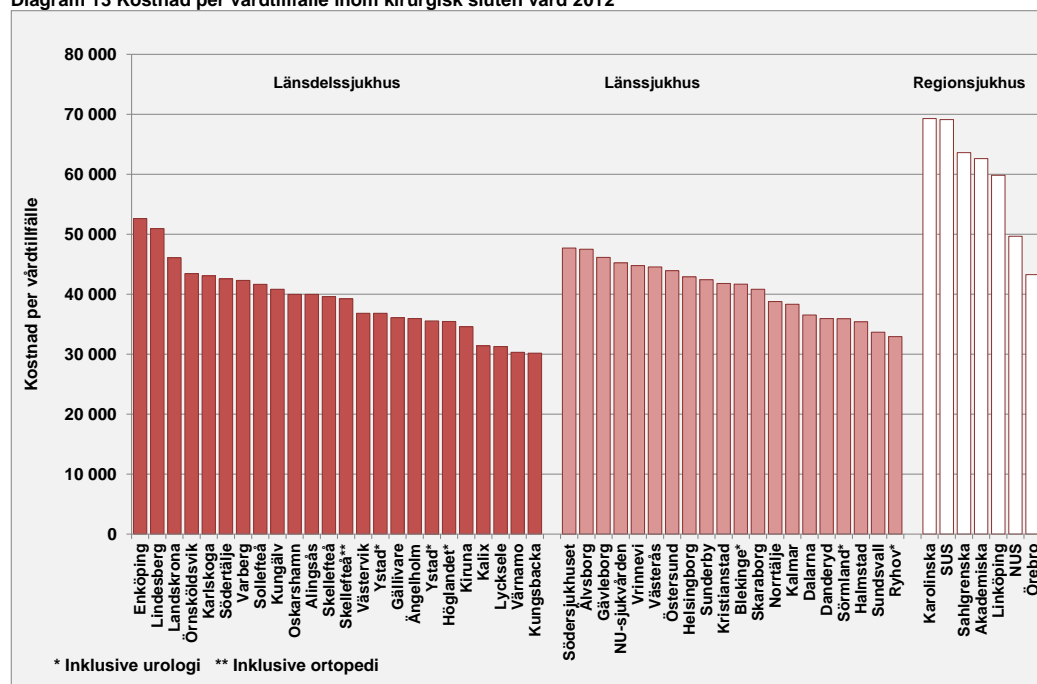
ringar) med stor andel patienter över 85 år ofta längre vårdtider. Regionsjukhusen (röda ringar) följer inte detta mönster.

### 3.5 Jämförelse av kostnad per vårdtillfälle

I diagram 13 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 13 Kostnad per vårdtillfälle inom kirurgisk slutenvård 2012



Källa:  
TKB, KPP och PAR

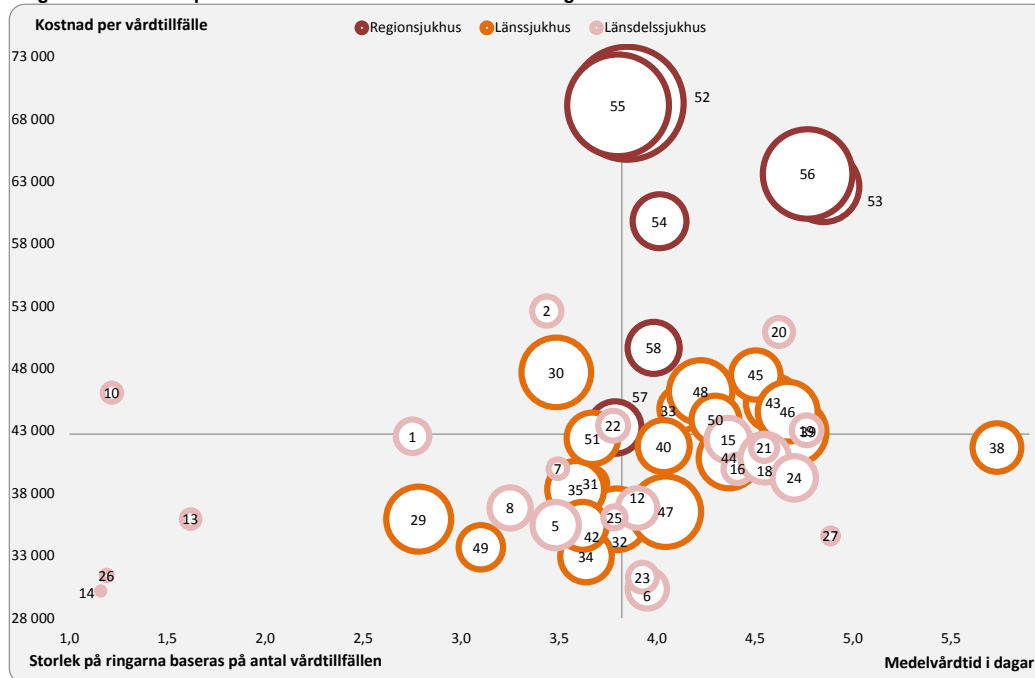
Samtliga regionsjukhus hade högre kostnader än länsdels- och länssjukhus, om man undantar Enköpings lasarett och Lindesbergs lasarett.

De lägsta kostnaderna hade ett antal länsdelsjukhus och den största kostnadsvariationen fanns bland regionsjukhusen. Universitetssjukhuset Örebro hade den lägsta kostnaden per vårdtillfälle med drygt 43 000 kronor och Karolinska den högsta med knappt 70 000 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 14 Kostnad per vårdtillfälle och medelvårdtid för kirurgisk slutenvård 2012



Anmärkning: Nr 5, 32,34 och 38 inklusive urologi.

I diagram 14 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 högre, men en medelvårdtid som låg under den genomsnittliga nivån. Man kan då dra slutsatsen att kostnaden per vård dag är förhållandevis hög.

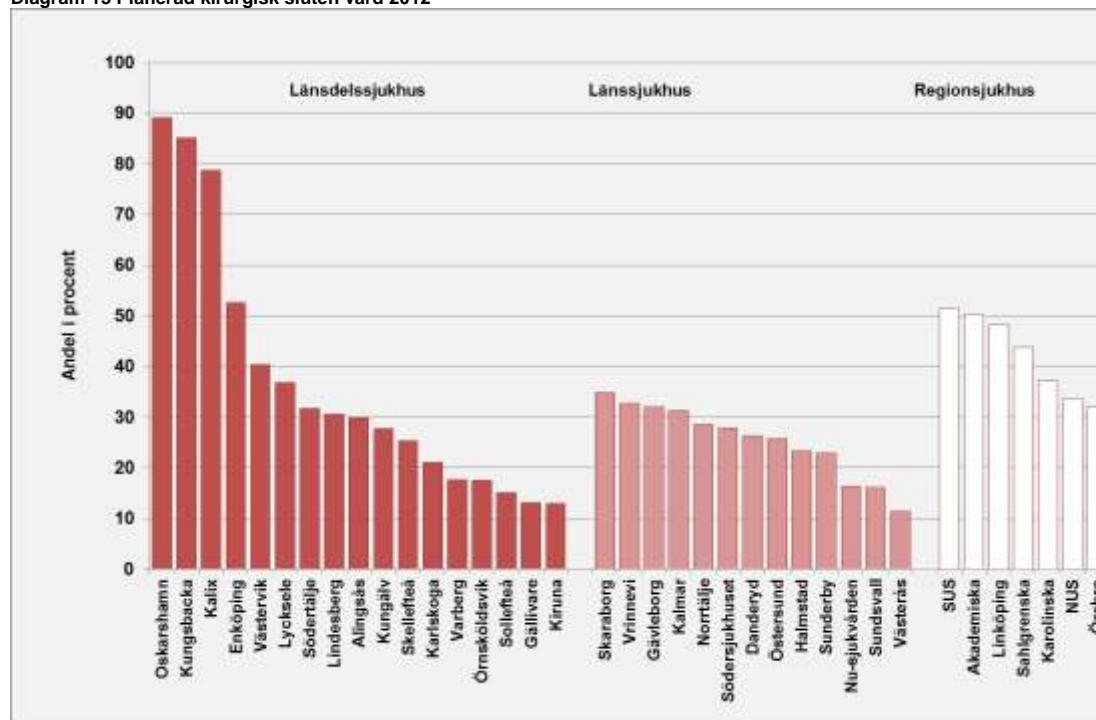
### 3.7 Kostnad per vårdtillfälle och planerad/oplanerad vård

Vissa kirurgkliniker har en stor andel planerad vård medan andra har en mindre andel. Det framgår i diagram 15. (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 37 procent, på länsjukhusen 25 procent och på regionsjukhusen 42 procent.

Variationen är störst mellan länsdelssjukhusen. Oskarshamns sjukhus och Kungsbacka sjukhus hade de högsta andelarna planerad vård på 89 respektive 85 procent.

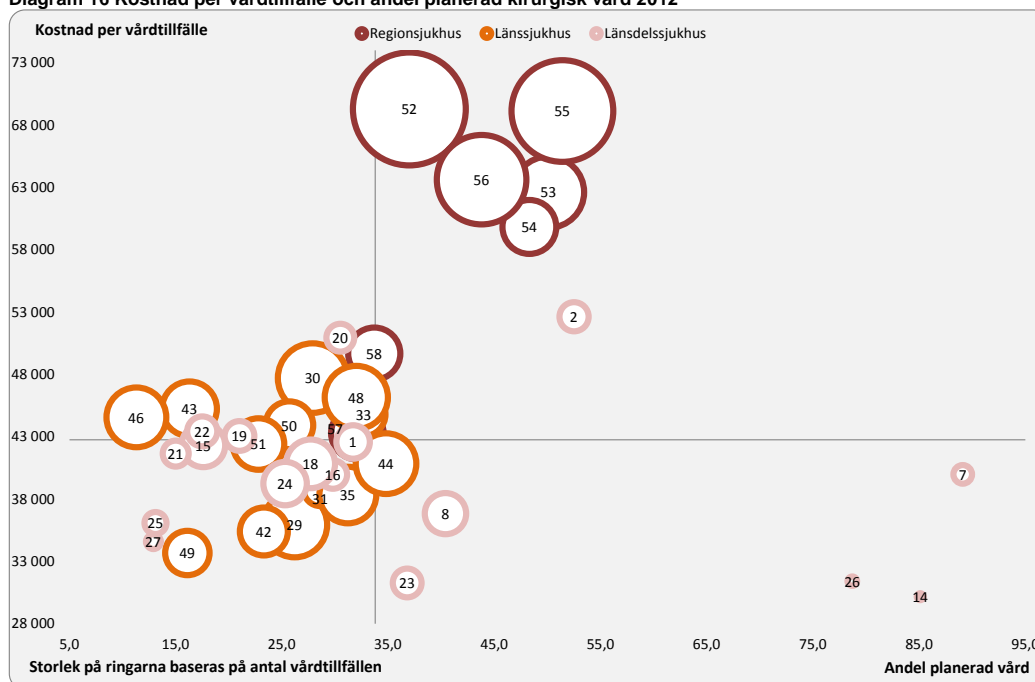
Diagram 15 Planerad kirurgisk slutenvård 2012



Källa:  
KPP

Finns det ett samband mellan kostnad per vårdtillfälle och andel planerad vård? I diagram 16 jämförs sjukhusen med avseende på både kostnader och andel planerad vård.

Diagram 16 Kostnad per vårdtillfälle och andel planerad kirurgisk vård 2012



Källa:  
TKB och KPP

Ett visst mönster kan urskiljas för länsdelssjukhusen och regionsjukhusen generellt har sjukhus med hög andel planerad vård högre kostnader. Tre 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.

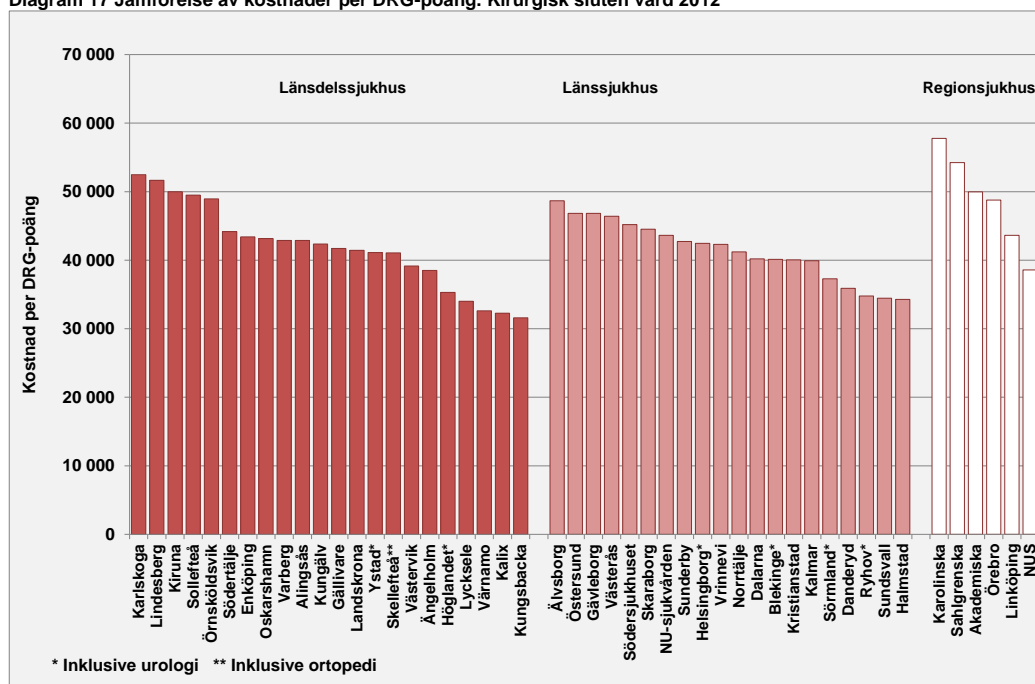
Att Kalix lasarett har en låg kostnad per vårdtillfälle beror på att man där utför lättare elektiv kirurgi. Den akuta kirurgin utförs främst på Sunderby sjukhus.

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 bland den lägsta vårdtiden, drygt 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 17 Jämförelse av kostnader per DRG-poäng. Kirurgisk slutenvård 2012



Källa:  
TKB, KPP och PAR

I diagram 17 jämförs kostnad per DRG-poäng, det jämförelsetal som är viktigast i denna undersökning.

Till skillnad från kostnad per vårdtillfälle, enligt Diagram 13, 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.

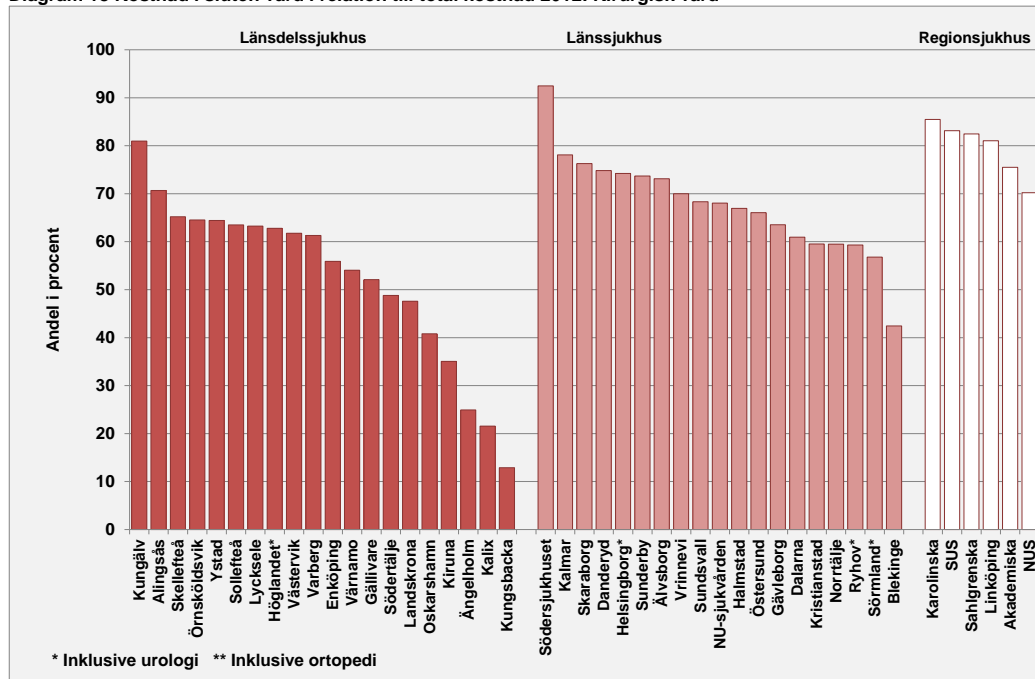
Kostnadsskillnaderna mellan sjukhusen var störst i gruppen länsdelssjukhus. Karlskoga lasarett hade den högsta kostnaden per DRG-poäng. Kostnaden var över 50 000 kronor. I jämförelserna tidigare i kapitlet har vi kunnat se att även kostnaden per vårdtillfälle var hög på Karlskoga lasarett jämfört med övriga länsdelssjukhus även om den inte var allra högst. Patienterna hade en vårdtyngd som låg tretton 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 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 totalkostnadsboksluten. I diagram 18 jämförs sjukhusen med avseende på kostnadsfördelning mellan slutenvården och öppen vård.

Diagram 18 Kostnad i slutenvården i relation till total kostnad 2012. Kirurgisk vård



Kostnaderna för slutenvården utgjorde, i genomsnitt på alla sjukhusen, 63 procent av de totala kostnaderna 2012.

Andelen var lägst på länsdelssjukhus med 48 procent, och högst på regionsjukhus med 80 procent. På länsjukhusen var andelen närmare 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 slutenvården är mycket stora inom gruppen länsdelssjukhus. På Kungsbacka sjukhus avsåg bara närmare 13 procent av kostnaderna slutenvården. På Kungälv sjukhus var motsvarande andel 81 procent.

I gruppen länsjukhus varierade andelen kostnader i slutenvården mellan cirka 42 procent på Blekingesjukhuset och drygt 93 procent på Södersjukhuset.

Andelen slutenvården på regionsjukhusen varierade måttligt, lägsta värde var 72 procent (Norrlands universitetssjukhus) och högsta värde drygt 86 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 slutenvården mot dagsjukvård.

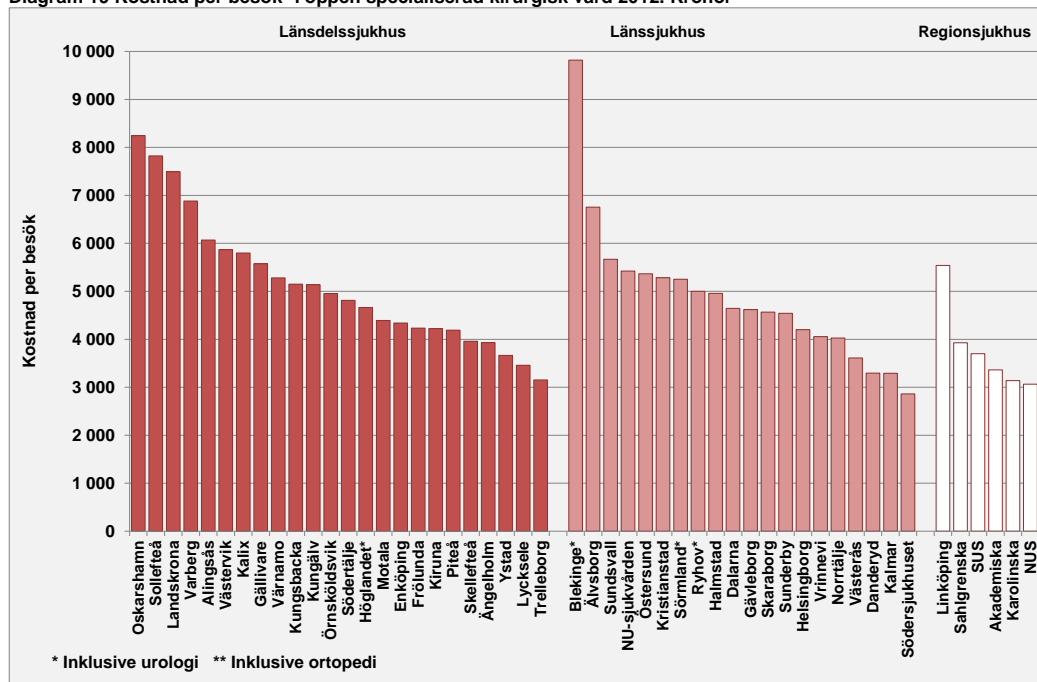


### 3.10 Jämförelse av kostnader per läkarbesök

I diagram 19 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 19 Kostnad per besök<sup>2</sup> i öppen specialiserad kirurgisk vård 2012. Kronor

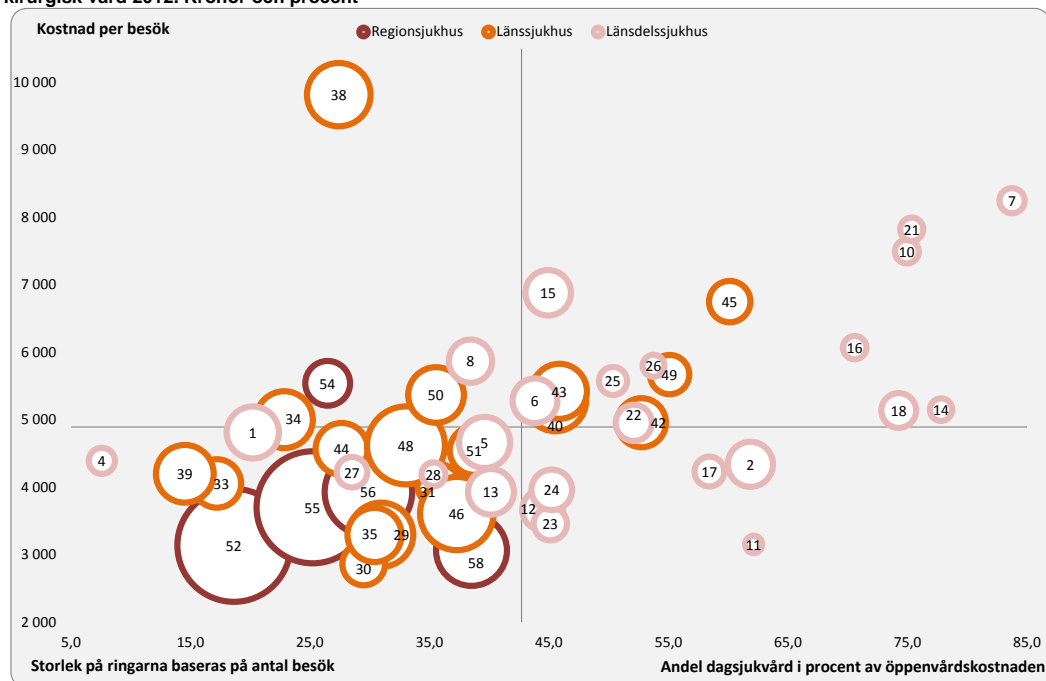


Ett sätt att, i avsaknad av patientuppgifter, få jämförelserna av öppen vård mer rättvisande är att dela upp verksamheten i dagsjukvård respektive mottagningsverksamhet. Besök i dagsjukvård är generellt mer resurskrävande. I totalkostnadsboksluten ombads därför sjukhusen/landstingen och regionerna att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

I diagram 20 jämförs sjukhusen med avseende på kostnad per läkarbesök och kostnadsandel dagsjukvård av öppen vård totalt.

<sup>2</sup> Besök hos andra personalkategorier än läkare har viktats med 0,4

Diagram 20 Kostnad per besök<sup>3</sup> och andel kostnad i dagsjukvård i procent av öppenvårdskostnad i specialiserad kirurgisk vård 2012. Kronor och procent



Anmärkning: Nr 5,34 och 38 inklusive urologi.

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

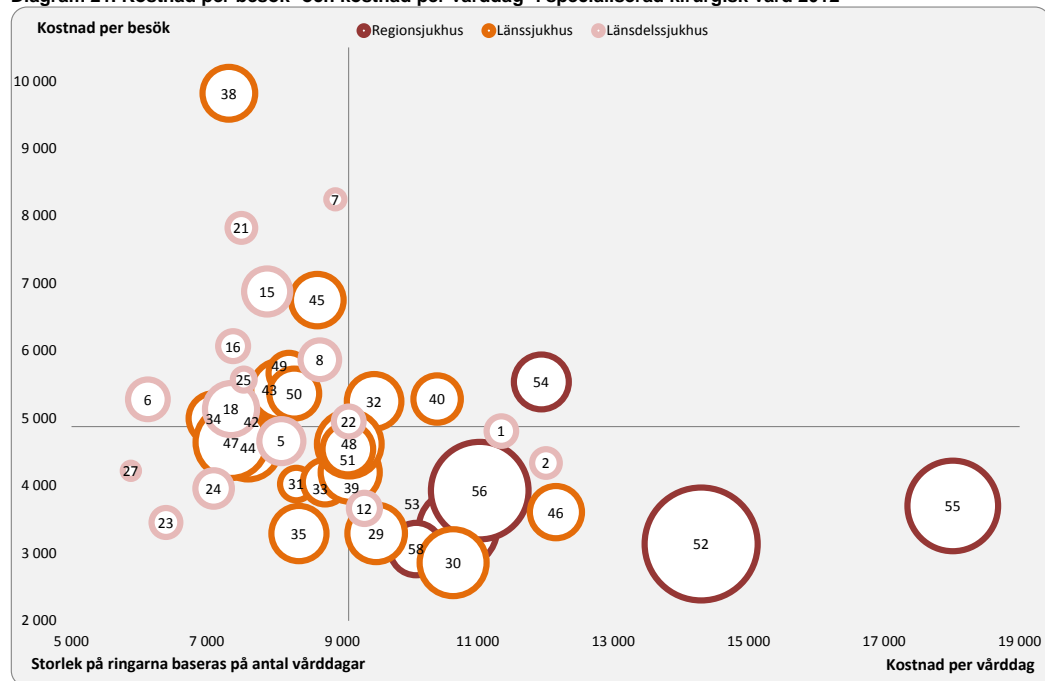
Framför allt avviker sjukhus nummer 11 (Trelleborgs lasarett) från detta ”mönster”. De redovisar en relativt hög andel dagsjukvård samtidigt som de hade en av de lägsta kostnaderna per läkarbesök.

<sup>3</sup> Besök hos andra personalkategorier än läkare har viktats med 0,4

### 3.11 Kostnader i öppen och sluten vård

I diagram 21 kan sjukhusen jämföras ur två perspektiv; kostnad i sluten vård och kostnad i öppen vård. I sluten vård har vi valt jämförelsetalet kostnad per vård dag.

Diagram 21. Kostnad per besök<sup>4</sup> och kostnad per vård dag<sup>5</sup> i specialiserad kirurgisk vård 2012



Anmärkning: Nr 5,34 och 38 inklusive urologi.

För länsdels- och länssjukhus (rosa och brandgula ringar) finns ofta ett negativt samband, att höga kostnader per vård dag sammanhänger med låga kostnader per läkarbesök.

Av de 36 länsdels- och länssjukhusen i diagram 21 hade 15 eller 42 procent låga kostnader per vård dag och höga kostnader per läkarbesök.

<sup>4</sup> Besök hos andra personalkategorier än läkare har viktats med 0,4

<sup>5</sup> Sjukhus med färre än 1 000 vård dagar redovisas inte

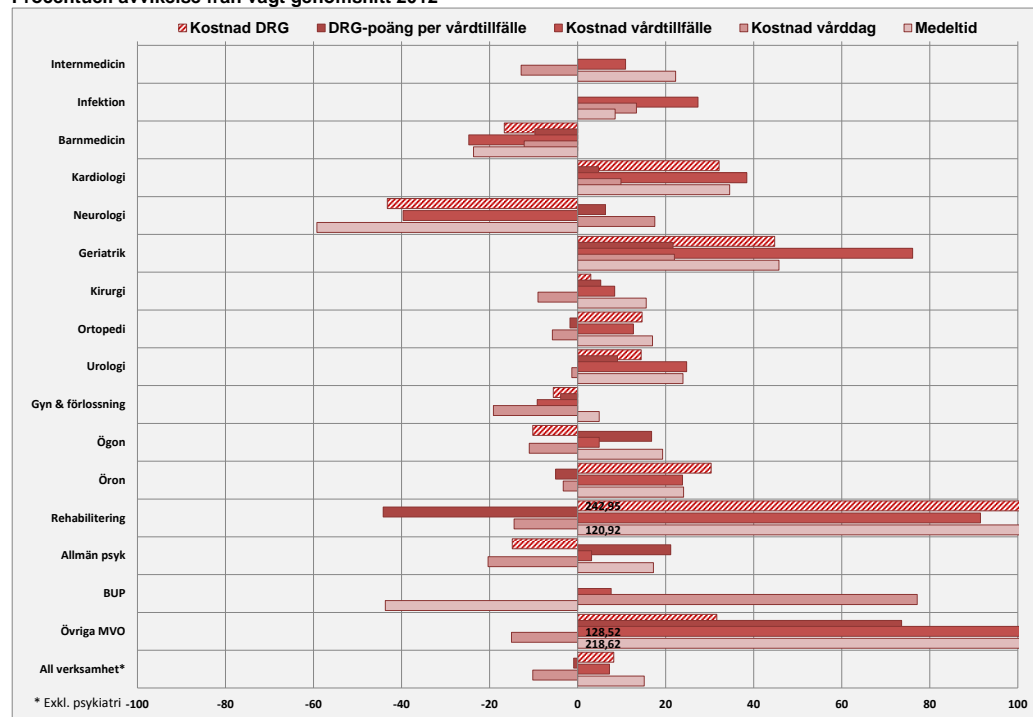
## Exempel på jämförelser av ett sjukhus

### 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 NU-sjukvården.

Diagram 22 Övergripande jämförelse av sluten vård mellan NU-sjukvården och länssjukhusen i genomsnitt. Procentuell avvikelse från vägt genomsnitt 2012



Källa:  
TKB, KPP och PAR

Diagram 22 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 NU-sjukvården hade tyngre patienter, högre genomsnittlig DRG-poäng per vårdtillfälle, än 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 2012, slutna vård. Länssjukhus**

							Index. Övägt medelvärde=100				
	Kostnad/ DRG-poäng	Kostnad/ v.tillfälle	Kostnad/ vård dag	Medel- vårdtid	DRG-poäng/ v.tillfälle	Antal v.tillfällen	Kostnad/ DRG-poäng	Kostnad/ v.tillfälle	Kostnad/ vård dag	Medel- vårdtid	DRG-poäng/ v.tillfälle
Sörmland	74 925	40 143	11 240	3,6	0,5358	14	107	87	108	94	81
Ryhov	101 963	71 732	14 487	4,0	0,7035	62	145	155	139	104	106
Kalmar	50 453	38 002	12 104	2,1	0,7532	136	72	82	116	56	113
Kristianstad	56 408	35 400	8 169	4,3	0,6276	15	80	76	78	113	94
Halmstad	26 132	19 627	4 626	3,2	0,7511	33	37	42	44	85	113
Nu-sjukvården	52 015	42 600	8 863	3,8	0,8190	124	74	92	85	100	123
Skaraborg	47 627	28 283	6 468	3,4	0,5938	59	68	61	62	88	89
Älvsborg	68 464	41 878	5 522	6,6	0,6117	12	98	90	53	172	92
Västerås	46 438	37 855	9 990	4,8	0,8152	19	66	82	96	125	122
Dalarna	87 998	56 685	18 082	2,1	0,6442	89	126	122	173	56	97
Sunderby	41 228	25 782	6 923	2,7	0,6254	29	59	56	66	71	94
Medelvärde (övägt)	70 114	46 401	10 448	3,8	0,6655	47	100	100	100	100	100
<b>Totalt</b>	<b>57 923</b>	<b>40 608</b>	<b>9 958</b>	<b>3,2</b>	<b>0,7011</b>	<b>656</b>					

Källa: TKB, KPP och PAR

<sup>1)</sup> Sjukhus med färre än 10 vårdtillfällen är borttagna i tabellen, men ingår i Totalt

## 4.2 Skillnader i patientstruktur

Om vi fortsätter att använda NU-sjukvården som exempel kan vi i Tabell 2 konstatera att den genomsnittliga vårdtyngden på patienterna inom ögonsjukvård var 0,8190 DRG-poäng per vårdtillfälle, vilket var 23 procent över den genomsnittliga nivån för länssjukhus (index 123). NU-sjukvården hade följaktligen tunga patienter jämfört med många övriga länssjukhus. Vikten för samtliga länssjukhus var 0,7011.

Tyngden på patienterna återspeglar sig i kostnaden per DRG-poäng, ju högre vikt desto mer justeras kostnaden positivt (lägre kostnad). Om NU-sjukvården och Södra Älvsborgs sjukhus jämförs ses att NU-sjukvården har drygt 700 kronor högre för kostnad per vårdtillfälle men cirka 16 500 kronor lägre för kostnad per DRG-poäng än Södra Älvsborg.

Tabell 3 De 20 vanligaste DRG på länssjukhusen inom ögonsjukvården 2012. Procentuell fördelning

Sjukhus	B01N	B02N	B03N	B09C	B09E	B11N	B12N	B15C	B15E	B20C	B20E	B30N	B31N	B35N	B39C	B39E	H36E	U42E	Z60N	Z70N	övr
Sörmland	-	-	-	-	-	7,1	-	-	-	-	-	7,1	14,3	-	7,1	64,3	-	-	-	-	-
Ryhov	12,9	-	-	3,2	8,1	-	3,2	-	-	3,2	25,8	-	3,2	-	9,7	19,4	-	3,2	-	-	8,1
Kalmar	6,6	59,1	4,4	-	0,7	-	3,6	-	-	-	0,7	-	1,5	-	2,9	16,1	-	-	0,7	-	3,6
Kristianstad	-	-	-	-	-	-	53,3	-	6,7	-	20	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-
Halmstad	-	-	-	3	9,1	-	-	3	6,1	9,1	6,1	6,1	12,1	-	3	27,3	-	-	-	-	15,2
NU-sjukvården	0,8	-	-	0,8	3,8	-	13,7	2,3	2,3	0,8	1,5	1,5	6,1	0,8	3,8	10,7	8,4	0,8	3,8	-	38,2
Skaraborg	-	-	-	-	13,3	-	1,7	1,7	5	-	3,3	5	6,7	1,7	6,7	41,7	-	-	-	-	13,3
Älvsborg	-	-	-	-	13,3	-	6,7	-	-	-	-	6,7	6,7	-	6,7	46,7	-	6,7	-	-	6,7
Västerås	-	-	-	10,5	15,8	-	5,3	5,3	26,3	-	-	-	10,5	-	-	15,8	-	-	-	-	10,5
Dalarna	-	-	-	2,5	11,4	5,1	38	1,3	1,3	-	-	6,3	3,8	-	1,3	24,1	-	-	-	-	5,1
Sunderby	-	-	-	-	-	-	3,4	3,4	3,4	3,4	6,9	3,4	13,8	-	10,3	13,8	-	3,4	-	31	3,4

DRG	Vikt	DRG-namn	DRG	Vikt	DRG-namn	DRG	Vikt	DRG-namn
B01N	0,8456	Större op öga	B15C	0,7988	Extraokul op ej orbita K	B39C	0,6424	Andra ögonsjd K
B02N	0,8504	Op retinaavlossning	B15E	0,6476	Extraokul op ej orbita U	B39E	0,4332	Andra ögonsjd U
B03N	0,5504	Andra op retina	B20C	0,7808	Intraokul op ej ret iris lins K	H36E	1,3432	Op fotled underben ö arm >17 U
B09C	14,332	Op orbita K	B20E	0,7352	Intraokul op ej ret iris lins U	U42E	0,4428	Behandlingskomplikation u op U
B09E	0,8440	Op orbita U	B30N	0,3964	Hyphema	Z60N	1,3316	Annan sällsynt ef fel komb
B11N	10,776	Primära op iris	B31N	0,7428	Allvarlig akut ögoninf	Z70N	0,6252	Huvuddiagnos fattas
B12N	0,6576	Linsop ej disciss sek katarakt	B35N	0,5776	Neurologisk ögonsjd			

Källa: PAR

Som man ser i tabell 3 återfinns närmare 4 procent av patienterna på NU-sjukvården i DRG Z06N, annan sällsynt, eller felaktig, kombination av huvuddiagnos och åtgärd, som har en vikt på 1,3316. Det DRG finns endast på ytterligare ett länssjukhus och då med en andel under 1 procent av patienterna.

Flest patienter på NU-sjukvården återfinns inom DRG B12N, Linsoperationer utom discission av sekundär katarakt, med vikten 0,6576.

Om man jämför med Södra Älvsborgs sjukhus ser man att de flesta patienterna där finns i DRG B39E, andra ögonsjukdomar U, med vikten 0,4332. Detta är en förklaring till att det var en större skillnad på kostnad per DRG-poäng än på kostnad per vårdtillfälle mellan sjukhusen.

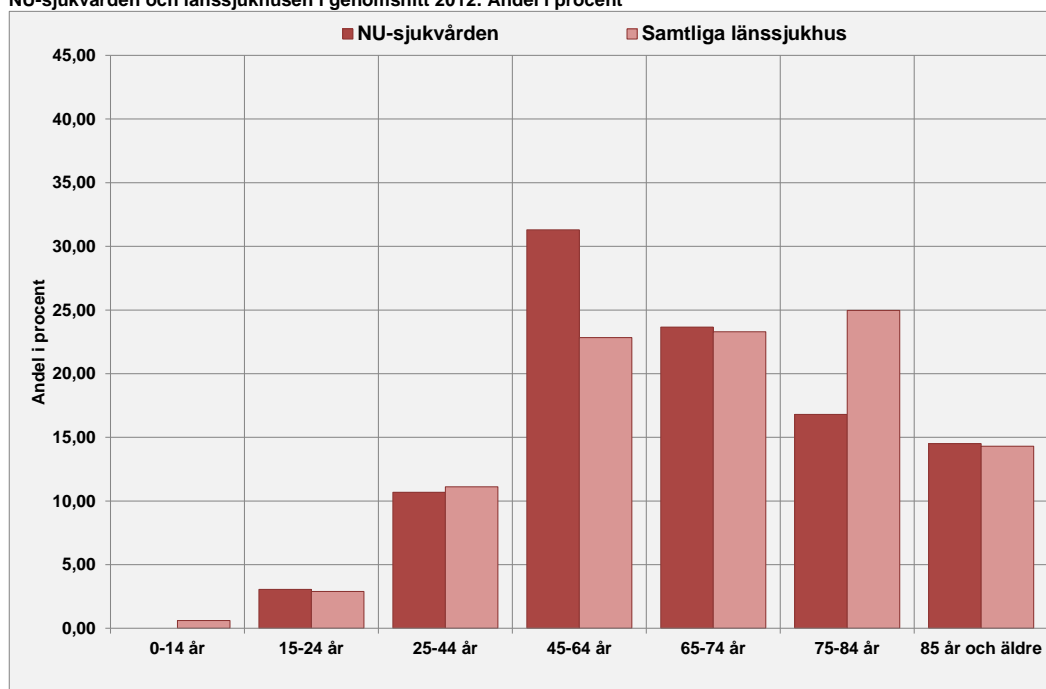
I tabellerna över patientstruktur framgår förutom de 20 vanligaste DRG även åldersstrukturen samt kön på patienterna.

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 NU-sjukvården och länssjukhusen i genomsnitt visas i diagram 23.

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 14 procent av vårdtillfällena på länssjukhusen har ett DRG utanför topp 20.

Diagram 23 Åldersstruktur på patienterna inom sluten ögonsjukvård. Jämförelse mellan NU-sjukvården och länsjukhusen i genomsnitt 2012. Andel i procent



Källa:  
PAR

Patienterna på NU-sjukvården hade en likartad åldersprofil som genomsnittet för samtliga länsjukhus med några undantag. NU-sjukvården har inga barn, högre andel i åldersgruppen 45-64 år samt färre bland 75-84 år.

### 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 66 sjukhus fram TKB för 2012. 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 2012 lämnade 43 sjukhus in uppgifter om slutenvård och 40 sjukhus om öppen somatisk vård. Det innebär att ca 70 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 och regionerna via enkäter medan övriga uppgifter har inhämtats från befintliga data. För 33 sjukhus/landsting eller region som har infört KPP, har uppgifter om kostnader per MVO tagits fram ur KPP-databasen. Uppgift om vilka sjukhus/landsting/region som hämtats från KPP-databasen finns i Bilaga 1.

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 i oktober.*

## 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.

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 och regioner 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	KPP	Stockholm	20	Lindesberg	KPP	Örebro	40	Kristianstad	Enkät	Skåne
2	Enköping	Enkät	Uppsala	21	Sollefteå	KPP	Västernorrland	41	Psykiatri Skåne	Enkät	Skåne
3	Finspång	Enkät	Östergötland	22	Örnsköldsvik	KPP	Västernorrland	42	Halmstad	KPP	Halland
4	Motala	Enkät	Östergötland	23	Lycksele	Enkät	Västerbotten	43	Nu-sjukvården	KPP	Västra Götaland
5	Höglandet	Enkät	Jönköping	24	Skellefteå	KPP	Västerbotten	44	Skaraborg	KPP	Västra Götaland
6	Värnamo	Enkät	Jönköping	25	Gällivare	KPP	Norrbottn	45	Älvsborg	KPP	Västra Götaland
7	Oskarshamn	KPP	Kalmar	26	Kalix	KPP	Norrbottn	46	Västerås	KPP	Västmanland
8	Västervik	KPP	Kalmar	27	Kiruna	KPP	Norrbottn	47	Dalarna	Enkät	Dalarna
9	Hässleholm	Enkät	Skåne	28	Piteå	KPP	Norrbottn	48	Gävleborg	Enkät	Gävleborg
10	Landskrona	Enkät	Skåne	29	Danderyd	KPP	Stockholm	49	Sundsvall	KPP	Västernorrland
11	Trelleborg	Enkät	Skåne	30	Södersjukhuset	KPP	Stockholm	50	Östersund	KPP	Jämtland
12	Ystad	Enkät	Skåne	31	Norrtälje	KPP	Stockholm	51	Sunderby	KPP	Norrbottn
13	Ängelholm	Enkät	Skåne	32	Sörmland	Enkät	Sörmland	52	Karolinska	KPP	Stockholm
14	Kungsbacka	KPP	Halland	33	Vrinnevi	Enkät	Östergötland	53	Akademiska	Enkät	Uppsala
15	Varberg	KPP	Halland	34	Ryhov	Enkät	Jönköping	54	Linköping	Enkät	Östergötland
16	Alingsås	KPP	Västra Götaland	35	Kalmar	KPP	Kalmar	55	SUS	Enkät	Skåne
17	Frölunda	KPP	Västra Götaland	36	Psyk Kalmar	KPP	Kalmar	56	Sahlgrenska	KPP	Västra Götaland
18	Kungälv	KPP	Västra Götaland	38	Blekinge	Enkät	Blekinge	57	Örebro	KPP	Örebro
19	Karlskoga	KPP	Örebro	39	Helsingborg	Enkät	Skåne	58	NUS	Enkät	Västerbotten

Nr 1 – 28 = Länsdelssjukhus

Nr 29 - 51 = Länssjukhus

Nr 52 – 58 = 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 2012 års patientregister, publicerad av Socialstyrelsen. Förteckningen redovisas i sin helhet, trots att vissa verksamhetsområden avser annat än specialiserad vård eller kan sakna aktualitet.

<b>Medicinskt verksamhetsområde (MVO)</b>
Internmedicinsk vård (kod 101 105 108 109 111 141 151 156 161 171 181)
Infektionssjukvård (kod 121)
Reumatologisk vård (kod 131)
Kardiologisk vård (kod 107, 231)
Barn- och ungdomsmedicinsk vård (kod 142,201,203,206,207,251)
Därav Prematurvård och neonatalvård (kod 206,207)
Hud- o könssjukvård (kod 211, 215)
Neurologisk vård (kod 221)
Geriatrisk vård (kod 241,246,249)
Kirurgisk vård (kod 301,303,304,351,401)
Brännskadevård (kod 306)
Ortopedisk vård (kod 311,312,321)
Neurokirurgisk vård (kod 331, 335)
Thoraxkirurgisk vård (kod 341)
Urologisk vård (kod 361)
Gynekologisk vård (kod 431)
Förlossningsvård (kod 441)
Gynekologisk och obstetrisk vård (kod 451)
Ögonsjukvård (kod 511, 515)
Öron-, näs- och halssjukvård (kod 521,531,532,541)
Rehabiliteringsmedicinsk vård och habilitering (kod 551,552,553)
Onkologisk vård (kod 741, 751) <sup>1)</sup>
Allmän psykiatrisk vård, vuxen (kod 901,906,928,944,945,948,951,952,953,954,957 )
Barn-ungdomspsykiatrisk vård (kod 931)
Rättpsykiatri (kod 943)
Övriga MVO som inte särredovisas

## Koder och verksamhetsområden

Kod
003 Mödrahälsovård (MVC)
009 Barnhälsovård (BVC)
011 Distriktsläkarvård
014 Distriktsköterskeverksamhet
015 Jurläkarverksamhet
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
<b>Kod</b>
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 2012. Länsdelssjukhus.....	6
Diagram 2 Kostnader i slutenvård och öppenvård per MVO 2012. Länsjukhus .....	7
Diagram 3 Kostnader i slutenvård och öppenvård per MVO 2012. Regionsjukhus .....	8
Diagram 4 Patienter fördelade efter kön och ålder. Slutenvård exkl. gynekologi och förlossning 2012 .....	8
Diagram 5 Vårdtyngd (antal DRG-poäng per vårdtillfälle) per MVO och sjukhusgrupp 2012.....	10
Diagram 6 Vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i slutenvård efter ålder och sjukhusgrupp 2012. ....	11
Diagram 7 Vårdtillfällen och genomsnittlig vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) per sjukhusgrupp. Slutenvård 2012. ....	12
Diagram 8 Vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i kirurgisk slutenvård 2012.....	14
Diagram 9. Andel vårdtillfällen med patienter (%) 85 år och äldre 2012. Kirurgisk slutenvård .....	15
Diagram 10 Medelvårdtider i kirurgisk slutenvård 2012. Dagar .....	17
Diagram 11 Medelvårdtid och vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i kirurgisk slutenvård 2012.....	18
Diagram 12 Medelvårdtider och andel patienter 85 år och äldre i kirurgisk slutenvård 2012 .....	18
Diagram 13 Kostnad per vårdtillfälle inom kirurgisk slutenvård 2012.....	19
Diagram 14 Kostnad per vårdtillfälle och medelvårdtid för kirurgisk slutenvård 2012 .....	20
Diagram 15 Planerad kirurgisk slutenvård 2012.....	21
Diagram 16 Kostnad per vårdtillfälle och andel planerad kirurgisk vård 2012 .....	22
Diagram 17 Jämförelse av kostnader per DRG-poäng. Kirurgisk slutenvård 2012.....	23
Diagram 18 Kostnad i slutenvård i relation till total kostnad 2012. Kirurgisk vård .....	24
Diagram 19 Kostnad per besök i öppen specialiserad kirurgisk vård 2012. Kronor.....	25
Diagram 20 Kostnad per besök och andel kostnad i dagsjukvård i procent av öppenvårdskostnad i specialiserad kirurgisk vård 2012. Kronor och procent.....	26
Diagram 21. Kostnad per besök och kostnad per vård dag i specialiserad kirurgisk vård 2012 .....	27
Diagram 22 Övergripande jämförelse av slutenvård mellan NU-sjukvården och länsjukhusen i genomsnitt. Procentuell avvikelse från vägt genomsnitt 2012 .....	28
Diagram 23 Åldersstruktur på patienterna inom slutenvård ögonsjukvård. Jämförelse mellan NU-sjukvården och länsjukhusen i genomsnitt 2012. Andel i procent.....	31

## Tabeller

Tabell 1 Åldersstruktur inom kirurgisk slutenvård 2012. Procent. Länsdelssjukhus .....	16
Tabell 2 Kostnader, vårdtyngd, medelvårdtid och antal vårdtillfällen i ögonsjukvård 2012, slutenvård. Länssjukhus .....	29
Tabell 3 De 20 vanligaste DRG på länssjukhusen inom ögonsjukvården 2012. Procentuell fördelning .....	30

# Jämförelse av kostnader och verksamhet på sjukhuskliniker 2012

---

## 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 08-452 74 74

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013

Ladda ned på [www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer)

ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-032-0

Beställ eller ladda ned på [webbutik.skl.se](http://webbutik.skl.se) ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-032-0