

# Produktivitet i regioner

En rapport om kostnader och volymer inom hälso- och sjukvården

## Förord

Hösten 2019 fick Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) i uppdrag av Finansdepartementet att ta fram nyckeltal för produktivitet och effektivitet i kommuner och regioner. Bakgrunden är att den demografiska utmaning som kommuner och regioner har framför sig, med ökande behov av välfärd, kommer att kräva förbättrad effektivitet. För att kommuner och regioner ska kunna fatta välgrundade beslut behövs ett faktaunderlag att diskutera utifrån – och det är här de nyckeltal som tagits fram och publicerat i RKA:s öppna och kostnadsfria databas Kolada spelar en viktig roll. Denna rapport, vänder sig till politiker och övergripande regional ledningsnivå samt till departement och myndigheter som följer kommun- och regionsektorn. Vi har fokuserat på hälso- och sjukvården - som är regionernas största verksamhet - och dess produktivitet. Innehållet i rapporten är baserat på analyser av de nyckeltal för produktivitet och effektivitet som finns i Kolada och de samtal vi haft med några regioner som har särskilt intressanta resultat. Jag vill rikta ett varmt tack till alla som på olika sätt givit inspel till rapporten.

Stockholm i oktober 2022

Maria Price

Rådet för främjande av kommunala analyser, RKA

# Sammanfattning

Denna rapport har tagits fram av Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) som hösten 2019 fick i uppdrag av Finansdepartementet att ta fram nyckeltal för och en återkommande rapport om produktivitet och effektivitet i regionernas verksamheter. Bakgrunden var och är den demografiska utmaningen som växer och behovet av en mer effektiv verksamhet som blir allt större. Rapporten – som är den andra i ordningen – riktar sig i första hand till politiker och tjänstepersoner på övergripande ledningsnivå i regioner samt till departement och myndigheter som följer regionerna och dess produktivitet samt effektivitet. Ambitionen är att belysa frågor avseende produktivitet, kostnader och volymer inom hälso- och sjukvården.

## **Pandemin**

De två senaste åren som vi belyst i denna rapport har präglats av den globala pandemin. Vilka effekter pandemin givit på kostnader, volymer och vårdproduktionen som helhet har inte varit specifikt fokus i rapporten, men flera förändringar som går att se de senaste åren bör ställas i ljuset av de omställningar som pandemin har krävt i hälso- och sjukvården, vilket vi vill påminna läsaren om.

## **Några framträdande resultat**

Vi har kunnat konstatera att kostnaderna ökat rejält för hälso- och sjukvården de senaste åren. Ökningen är mycket större än exempelvis ökningen för kommunernas kostnader för vård och omsorg. Samtidigt har de producerade vårdvolymerna minskat, inte enbart p.g.a. covid utan den minskningen har pågått i många år. Minskningen är dubbelt så stor i primärvården som i den specialiserade vården. Produktivitetsmättet kostnad per DRG-poäng visar på stora kostnadsökningar – och stora variationer regioner emellan. Efterföljande punkter beskriver några av de mer framträdande resultaten.

### *Stor kostnadsökning för hälso- och sjukvården de senaste åren*

Ökningen avseende primärvård och specialiserad vård var i genomsnitt 6,6 % per år i löpande priser mellan 2016 och 2021, motsvarande ca 15 miljarder kronor per år. Primärvården ökade mest. Utvecklingen kan ställas i relation till

kommunernas kostnader för omsorgsverksamhet som samma period ökade med i genomsnitt 3,6 % per år i löpande priser för äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen. Det handlar om olika verksamhetsområden med olika ansvar, men trots detta väcker de stora skillnaderna mellan regioners och kommuners kostnadsökningar frågor om varför det ser ut som det gör och hur styrningen fungerar.

### *Läkarbesöken i hälso- och sjukvården har minskat*

De producerade läkarbesöken sjönk kraftigt under pandemiåret 2020. Dock påbörjades minskningen redan innan pandemin; under åren 2012 till 2019 var minskningen av de producerade läkarbesöken drygt 11 % i riket. Minskningen är mer än dubbelt så stor i primärvården som i den specialiserade vården. En möjlig förklaring till de sjunkande nivåerna skulle kunna vara att vården förflyttas till andra grupper än läkare. Vi ser dock inte motsvarande ökning för andra besök än läkarbesök i hälso- och sjukvården totalt. Åren 2012 till 2019 ökade andra besök än läkarbesök - men ytterst svagt, ca 0,7 % per år.

### *Stora variationer mellan regionernas produktion och konsumtion av läkarbesök*

Region Stockholm producerar flest läkarbesök per invånare och Region Västernorrland är den region som har det lägsta antalet producerade läkarbesök per invånare. Så har det varit i åtminstone tio år, med undantag för 2020 då Region Uppsala producerade flest läkarbesök per invånare. Sett till vårdkonsumtion är det invånarna i Region Stockholm och Region Gotland som konsumerar mer vård än invånare i andra regioner. Det gäller över tid och det gäller oavsett åldersgrupp.

### *Kostnad per DRG-poäng för andningsorganen har ökat mest*

När det gäller produktivetsmåttet kostnad per DRG-poäng som gör det möjligt att jämföra kostnaden i relation till vårdvolymer, även om olika typ av vård utförs, ser vi att kostnadsandelen för andningsorganen har ökat mest de senaste åren. Här torde pandemin vara en förklaring. Detta trots att covid-infektion inte fördes till diagnosgruppen andningsorganen under 2020 utan hanterades som särskild diagnosgrupp.

*Kostnad per DRG-poäng för olika MDC-grupper är ofta markant högre för regionsjukhus än för länsdels- och länssjukhus.*

En förklaring kan vara att regionsjukhusen genomför vård som bara kan utföras i den högspecialiserade regionsjukhusvården. Då vårdstrukturen är dyrare kommer även annan vård som inte är högspecialiserad – men som ändå genomförs på regionsjukhusen – att bli dyrare. Kvinnosjukvård utgör ett undantag. Kostnadsnivån per producerad DRG-poäng 2021 är likartad mellan de olika sjukhustyperna för graviditet och förlossning samt för sjukdomar i kvinnliga könsorgan. Varför förklaringen att regionsjukhusen har vårdstrukturer som ger högre kostnader inte föreligger för de områden som avser kvinnosjukvård behöver analyseras vidare.

*Det är stora skillnader regioner emellan gällande hur stora deras ökningar av kostnad per producerad DRG-poäng varit*

De regioner vars kostnader ökade mest 2017-2021 var Region Stockholm och Region Blekinge; i genomsnitt ca 8,7 % per år. Lägst var ökningen i Region Kronoberg och Region Sörmland; ca 3,2 % per år i genomsnitt.

*I den specialiserade psykiatrin har öppna barn- och ungdomspsykiatriska vården den lägsta kostnaden per DRG-poäng*

Barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård har den högsta kostnader per DRG-poäng. Samtidigt har öppenvården för unga haft lägst kostnadsökning med ca 3 % årligen mellan 2018 och 2021. Övriga psykiatriska verksamheter har ökat med runt 7 % årligen under samma tidsperiod. Här finns också stora regionala skillnader. Kostnadsnivån per producerad DRG-poäng 2021 för barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård var högst för Västernorrland (ca 102 000 kronor/DRG-poäng) och lägst för Kronoberg (ca 53 000 kronor/DRG-poäng). Dessa stora skillnader väcker frågor. Handlar skillnaderna om olika ambitionsnivåer eller olika grad av produktivitet, eller finns andra förklaringar?

*Produktiviteten mätt i kostnad per DRG-poäng har sjunkit*

Kostnad per producerad DRG-poäng totalt i riket ökade från 51 969 kronor år 2017 till 65 981 kronor år 2021 i löpande priser, vilket är en ökning med i genomsnitt 6,7 % per år. Omräknat i fasta priser var det en ökning mellan 2017 och 2021 med i genomsnitt 3,7 % per år, där ökningen mellan 2017 och 2019 i genomsnitt var 2,0 % per år och ökningen mellan 2019 och 2021 i

genomsnitt var 5,3 % per år. Ökningen signalerar att produktiviteten mätt i kostnad per producerad DRG-poäng sammantaget sjunkit mellan dessa år för den specialiserade somatiska vården. En förklaring kan vara att färre insatser utfördes beroende på covid med följden att färre poäng fanns att fördela kostnaderna på. Men förklarar det hela produktivitetssänkningen?

### *Rapporten avslutas med exempel från tre regioner*

Region Kronoberg, Region Halland och Region Kalmar län visar alla på en god produktivitet. Utmärkande drag som dessa regioner lyfter fram som framgångsfaktorer är långsiktighet gällande systematiskt förbättringsarbete. Att se till helheten och stimulera ansvarstagande liksom att följa upp, analysera och ha ett faktafokus är också områden som betonas.

Rapporten belyser kostnader, volymer och produktivitet i regionerna och baseras på nyckeltalsvisningen som finns i Kolada. Vi har lyft fram ett antal skillnader regioner emellan eller gällande utveckling över tid. Skillnaderna skulle till exempel kunna handla om olika grad av effektivitet, av olika ambitionsnivå men också om brister i justering av kostnader för strukturella förutsättningar eller i casemix för DRG-poäng. För att finna orsakerna till skillnaderna behöver ett lokalt analysarbete ta vid. Datatillgången är begränsad på flera områden varför det än så länge endast är hälso- och sjukvården som ingår i rapporten.

# Innehållsförteckning

<b>Produktivitet i regioner .....</b>	<b>1</b>
<b>Förord .....</b>	<b>2</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
Pandemin .....	3
Några framträdande resultat.....	3
<b>Innehållsförteckning.....</b>	<b>7</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>8</b>
<b>Demografi, produktivitet och effektivitet .....</b>	<b>9</b>
Produktivitet och effektivitet.....	10
Regionernas olikheter.....	11
<b>Kostnader i hälso- och sjukvård.....</b>	<b>13</b>
Sammanfattning .....	16
Vårdvolymer i hälso- och sjukvård.....	16
Produktionsperspektiv.....	16
Konsumtionsperspektiv .....	18
Vårdtillfällen i ett konsumtionsperspektiv.....	20
Sammanfattning .....	21
<b>Produktivitet i hälso- och sjukvård .....</b>	<b>22</b>
Kostnad per producerad DRG-poäng.....	22
Sammanfattning .....	30
<b>Några regionexempel .....</b>	<b>32</b>
Region Kalmar län .....	32
Region Kronoberg .....	33
Region Halland.....	34
<b>Referensförteckning.....</b>	<b>35</b>

# Inledning

Hösten 2019 fick Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) i uppdrag att ta fram och tillgängliggöra nyckeltal för produktivitet och effektivitet i kommuner och regioner i databasen Kolada ([www.kolada.se](http://www.kolada.se)). Uppdraget gavs och finansierades av Finansdepartementet. Syftet var att synliggöra produktivitet och effektivitet i kommuner och regioner och ge underlag till beslut och prioriteringar. RKA har en aktiv roll i att utbilda företrädare för kommuner och regioner i hur nyckeltalspaketet kan användas i analyser. I uppdraget ingår även att utarbeta återkommande rapporter för kommuner respektive regioner med övergripande analyser om produktivitet och effektivitet och detta är den andra regionrapporten.

Av regionernas verksamheter ingår hälso- och sjukvård i denna rapport. En målbild är att kunna belysa kollektivtrafik respektive regional utveckling längre fram men p.g.a. bristande datatillgång har det än så länge inte varit möjligt. I mångt och mycket tar rapporten stöd i den [produktivitets- och effektivitetsvisning](#) av nyckeltal för hälso- och sjukvården som lanserades i Kolada i mars 2021. I denna rapport fokuserar vi på produktivitet, eller det som kan kallas inre effektivitet. Den syftar till att synliggöra i första hand kostnader, volymer och produktivitet inom hälso- och sjukvården och fånga de övergripande perspektiven, den sammantagna bilden. Vad är det som går att se – och inte se – ur ett nationellt perspektiv? För att i framtiden kunna analysera den yttre effektiviteten krävs ytterligare utveckling av nyckeltal som fångar hälsoutfall och förutsättningar för god hälsa på individnivå.

De två senaste åren som vi belyst i denna rapport har präglats av den globala pandemin. Vilka effekter pandemin givit på kostnader, volymer och vårdproduktionen som helhet är ingenting vi har analyserat specifikt i rapporten, men flera förändringar som går att se de senaste åren bör ställas i ljuset av de omställningar som pandemin har krävt i hälso- och sjukvården. Emellanåt påminner vi om detta i rapporten, men rapporten har inte någon uttalad avsikt att analysera pandemins effekter.

De som önskar fördjupat stöd kring analys av regionernas produktivitet och effektivitet är varmt välkomna att kontakta RKA. Vi har statens och SKR:s uppdrag att ge kommuner och regioner stöd med analys och jämförelser. Vi genomför såväl öppna som regionspecifika utbildningar kring produktivitet och

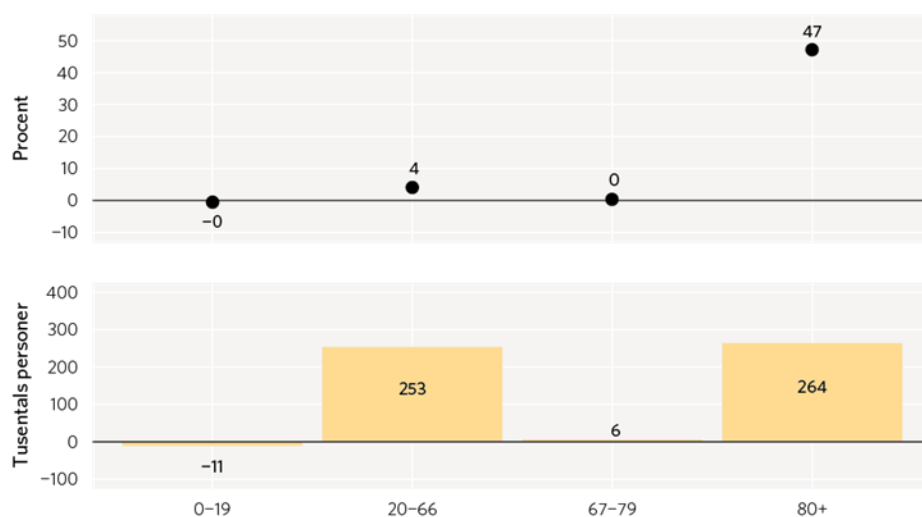


effektivitet, analys och tillhandahåller den öppna och kostnadsfria databasen [Kolada](#).

## Demografi, produktivitet och effektivitet

Den grupp av invånare som konsumerar mest hälso- och sjukvård är invånare över 80 år. De närmaste åren kommer Sverige ha en snabb ökning av antalet personer över 80 år – en ökning på 47 % de närmaste tio åren! Den arbetsföra grupp som föranleder de lägsta kostnaderna för hälso- och sjukvården och högsta intäkterna i form av inkomstskatt (åldersgruppen 20–66 år) kommer samtidigt att öka långsamt under samma period (4 % på tio år).

Figur 1. Befolkningsförändring i olika åldersgrupper, år 2031 jämfört med 2021, % och 1000-tal



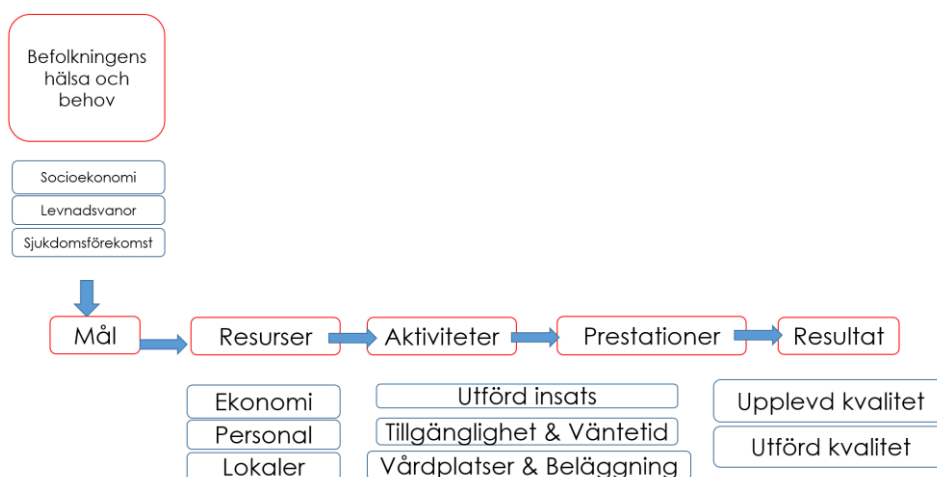
Källa: Ekonomirapporten maj 2022, SKR

Demografin kommer därmed att kräva en mer effektiv verksamhet för att få ekvationen att gå ihop.

## Produktivitet och effektivitet

Utifrån arbeten från SKR<sup>1</sup> och Vårdanalys<sup>2</sup> har ett ramverk utformats för produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvård som börjar med befolkningens hälsa och behov och slutar med uppnått resultat för enskild individ.

Figur 2. Ramverk för produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvård



När resultatet överensstämmer med de uppsatta målen har det önskade värdet uppnåtts och vi beskriver det som måluppfyllelse. När denna måluppfyllelse (resultatet) sätts i relation till resursåtgången talar vi om effektivitet. När aktiviteter och prestationer sätts i relation till resursåtgång talar vi normalt om produktivitet. En hög produktivitet innebär inte nödvändigtvis en hög effektivitet. Om vi åstadkommer prestationer med liten relevans för måluppfyllelse till en låg kostnad blir produktiviteten hög men effektiviteten låg.

Ibland är det relevant att särskilja produktivitet i sina egna verksamheter och hur resursåtgången och resultatet ser ut för regionens invånare, oavsett var de har sökt vård. Detta kan bland annat få betydelse för regioner som saknar

<sup>1</sup> SKR (2011) *Produktivitet och effektivitet i hälso – och sjukvård – Jämförelse mellan landsting*

<sup>2</sup> Vårdanalys (2014), *Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft – Förslag om utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog mellan Socialdepartementet och landstingen. Rapport 2014:10* Vårdanalys (2019), *Med örat mot marken* Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Rapport 2019:2

regionsjukhus och köper mycket vård från andra regioner, eller det motsatta fallet när en region har en högspecialiserad vård som även säljs till andra regioner. Det är här möjligt att ha en hög produktivitet i de egna verksamheterna, samtidigt som effektiviteten med utgångspunkt från befolkningsperspektivet är låg, och vice versa. Detta är skälet till att vi intresserar oss för såväl konsumtions- som produktionsperspektiv.

Effektivitet kan också delas in i yttre och inre effektivitet, där båda är viktiga och där yttre effektivitet handlar om att *göra rätt saker* (resultat kvalitet för den enskilda kopplat till resursåtgång) och där inre effektivitet handlar om att *göra saker rätt* (vårdens produktion och prestationer kopplat till resursåtgång). Yttre och inre effektivitet är med andra ord närliggande den distinktion som vi använder mellan produktivitet och effektivitet.

I den här rapporten fokuserar vi på produktivitet, eller det som kan kallas inre effektivitet. För att kunna analysera den yttre effektiviteten krävs ytterligare utveckling av nyckeltal som fångar hälsoutfall och förutsättningar för god hälsa på individnivå.

### **Regionernas olikheter**

En väsentlig fråga vid jämförelser av produktivitet och effektivitet är att ta hänsyn till skillnader i strukturella förutsättningar. I en region med större socioekonomiska utmaningar, sämre levnadsvanor och högre sjukdomsförekomst i befolkningen skulle det kunna antas att det behövs mer för att nå samma resultat som i en region med goda förutsättningar. Risken är annars att en region pekats ut som effektiv (eller ineffektiv) bara för att den har jämförelsevis gynnsamma (eller ogynnsamma) förutsättningar för verksamheten. Det kan gälla vilka behov som finns regionalt, t.ex. en befolkning med sämre hälsa. Det kan också gälla produktionsförutsättningar, t.ex. lokalt löneläge och geografisk belägenhet/struktur. I produktivets- och effektivitetsvisningen i Kolada finns flera mått som beskriver struktur, t.ex. index för socioekonomiska förutsättningar, levnadsvanor och sjukdomsförekomst. Den strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnaden tar hänsyn till strukturella skillnader vid kostnadsjämförelser.

Efterföljande tabell innehåller några exempel på strukturvariabler såsom antal invånare, andel invånare 80+ och tätortsgrad (andel av befolkningen som bor i tätort. Som tätort räknas hussamlingar med minst 200 invånare, såvida avståndet mellan husen normalt inte överstiger 200 meter). Tabellen visar att struktur och förutsättningar mellan regionerna ser olika ut och detta påverkar

hälso- och sjukvårdsverksamheten. Därutöver framgår vilken eller vilka sjukhustyper regionerna har: R=Regionsjukhus<sup>3</sup>, L=Länssjukhus, LD=Länsdelssjukhus. De olika sjukhustyperna kan variera i specialiseringsgrad och storlek. Utbudet är inte helt standardiserat inom respektive sjukhustyp.

Tabell 1. Antal invånare, andel invånare 80+, tätortsgrad och sjukhustyp, år 2021

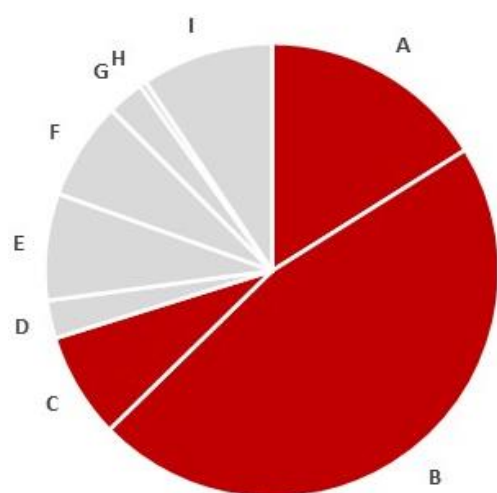
Region	Antal invånare	Andel invånare 80+, %	Tätortsgrad, %	Sjukhustyper
Region Stockholm	2 415 139	4,1	97	R, L, LD
Västra Götalandsregionen	1 744 859	5,2	87	R, L, LD
Region Skåne	1 402 425	5,3	91	R, L, LD
Region Östergötland	469 704	5,6	86	R, L, LD
Region Uppsala	395 026	4,7	82	R, LD
Region Jönköpings län	367 064	5,8	84	L, LD
Region Halland	340 243	6,0	85	L
Region Örebro län	306 792	5,7	85	R, LD
Region Sörmland	301 801	5,9	85	L, LD
Region Dalarna	288 387	6,6	83	L
Region Gävleborg	287 767	6,4	80	L, LD
Region Värmland	283 196	6,7	76	L, LD
Region Västmanland	278 967	6,1	88	L
Region Västerbotten	274 563	5,7	80	R, LD
Region Norrbotten	249 693	6,7	83	L, LD
Region Kalmar	247 175	7,0	80	L, LD
Region Västernorrland	244 193	6,6	80	L
Region Kronoberg	203 340	6,0	80	L, LD
Region Blekinge	158 937	6,9	84	L
Region Jämtland Härjedalen	132 054	6,1	72	L
Region Gotland	61 001	6,8	63	L

<sup>3</sup> Regionsjukhus är sjukhus som har kapacitet att behandla sällsynta och mer komplicerade sjukdomar och skador. Samtliga regionsjukhus är universitetssjukhus.

# Kostnader i hälso- och sjukvård

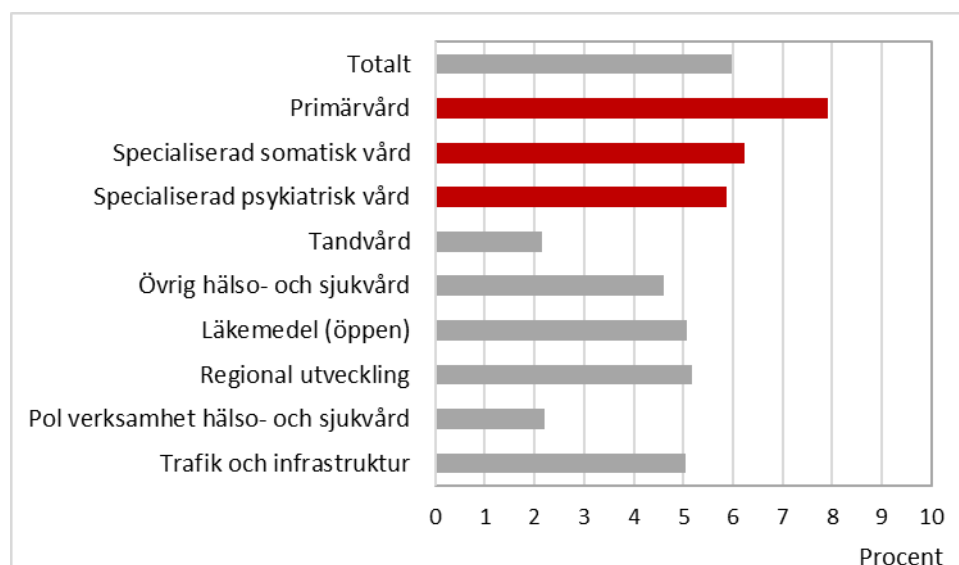
Produktivitet handlar om aktiviteter och prestationer i relation till resursåtgång och denna rapport inleder med att beskriva resurser i form av kostnadsnivåer, kostnadsskillnader och kostnadsutveckling inom hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvården är komplex och innehåller en mängd utmaningar när det gäller verksamhet, ledning och styrning. Ekonomi- och verksamhetsstyrning är viktiga beståndsdelar för att bedriva verksamhet med hög produktivitet och hög effektivitet. Hälso- och sjukvård stod för cirka 70 % av regionernas totala kostnader på 421 miljarder kronor 2021, motsvarande cirka 298 miljarder kronor, se röda "tårtbitar" och staplar i efterföljande figur 3 och 4. Jämfört med 2020 är den relativa ökningen störst för primärvård och övrig hälso- och sjukvård, 10 %, medan den kostnadsmässigt större specialiserade vården ökade 8 %.

Figur 3. Fördelning av regionernas kostnader 2021, %



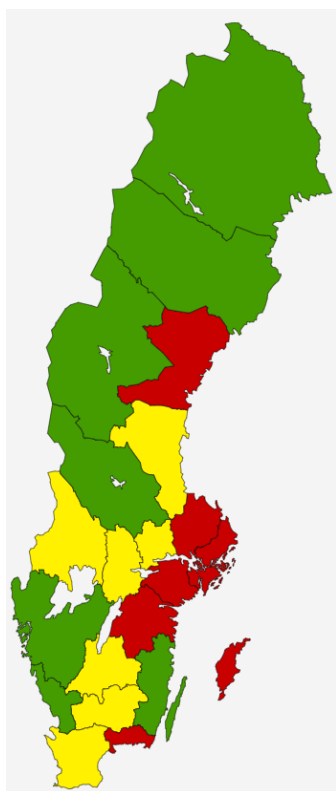
A	Primärvård
B	Spec. somatisk vård
C	Spec. psykiatrisk vård
D	Tandvård
E	Övrig hälso- och sjukvård
F	Läkemedel (öppen)
G	Regional utveckling
H	Pol verksamhet hälso- och sjukvård
I	Trafik o infrastruktur

Figur 4. Utveckling av regionernas kostnader (löpande priser) per verksamhet  
genomsnittlig årlig förändring 2016-2021, %



Hälso- och sjukvårdens kostnader avseende primärvård och specialiserad vård (röda staplar) ökade under perioden 2016-2021 med i genomsnitt 6,6 % per år i löpande priser, motsvarande knappt 15 miljarder kronor per år. Ökningen mellan 2016 och 2019 var i genomsnitt 5,6 % per år och mellan 2019 och 2021 7,4 % per år. Ökningen mellan 2016 och 2021 var tydligt störst för primärvården, i genomsnitt 8 % per år. Utvecklingen kan ställas i relation till kommunernas kostnader för omsorgsverksamhet som samma period ökade med i genomsnitt 3,6 % per år för äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen.

Figur 5. Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, kronor/invånare, 2021



Nyckeltalet strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad baseras på kostnadsutjämningsmodellen för hälso- och sjukvård. Det anger nettokostnaden för hälso- och sjukvård där hänsyn tagits till strukturella faktorer så som befolkningens vårdbehov, bemanning och vård i glesbygd och lönekostnader vilket gör att det lämpar sig väl för jämförelser regioner emellan. Färgsättningen i kartan är att den tredjedel av regionerna som har lägst strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad visar grönt och den tredjedel av regionerna som ligger högst visar rött medan den tredjedel av regionerna som ligger i mitten visar gult. Den strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnaden per invånare 2021 var, som framgår i kartan, lägre för Halland, Västra Götaland, Kalmar, Västerbotten och Norrbotten medan bland annat Stockholm och Gotland sticker ut med en hög strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad. En stor tillgång till vård, många vårdtillfällen bland äldre och många läkarbesök generellt påverkar bland annat den höga strukturjusterade kostnaden per invånare i Stockholm.

## Sammanfattning

-Hälso- och sjukvårdens kostnader avseende primärvård och specialiserad vård ökade med i genomsnitt 6,6 % per år i löpande priser mellan 2016 och 2021, motsvarande ca knappt 15 miljarder kronor per år. Som jämförelse ökade kommunernas kostnader för äldreomsorg och funktionshinderomsorg mellan 2016 och 2021 med i genomsnitt 3,6 % per år.

-Primärvården har haft den största genomsnittliga ökningen per år 2016-2021.

# Vårdvolym i hälso- och sjukvård

När vårdvolym i form av aktiviteter och prestationer ställs i relation till resurser beskriver det produktivitet i hälso- och sjukvård. Detta avsnitt beskriver vårdvolym i både ett produktions- och ett konsumtionsperspektiv. Ibland är det relevant att särskilja produktivitet i sina egna verksamheter (produktionsperspektiv) och hur resursåtgång och resultatet ser ut för regionens invånare, oavsett var de har sökt vård (konsumtionsperspektiv).

## Produktionsperspektiv

Vi har studerat hur antalet läkarbesök<sup>4</sup> har utvecklats 2020 och 2021 i relation till den senaste tioårsperioden. I förra rapporten befann vi oss mitt i covidpandemin och det var tydligt att 2020-års volym var avvikande. Nu ser vi att 2021 har blivit lite av en rekyl. En jämförelse av antalet läkarbesök totalt i hälso- och sjukvården ur ett produktionsperspektiv perioden 2011-2021 visar att besöken totalt i riket har minskat med i genomsnitt 2,4 % per år. Minskningen har skett i alla regioner. För de flesta regioner hade minskningen redan påbörjats innan pandemin, men under pandemiåret 2020 minskade antalet läkarbesök i alla regioner och i riket uppgick minskningen till 17 %. 2021 har läkarbesöken ökat i 70 % av regionerna.

I efterföljande diagram illustreras utvecklingen i antal läkarbesök totalt 2011-2021 i ett produktionsperspektiv för den region som 2011 hade högst respektive den region som hade lägst antal läkarbesök, d.v.s. Stockholm och

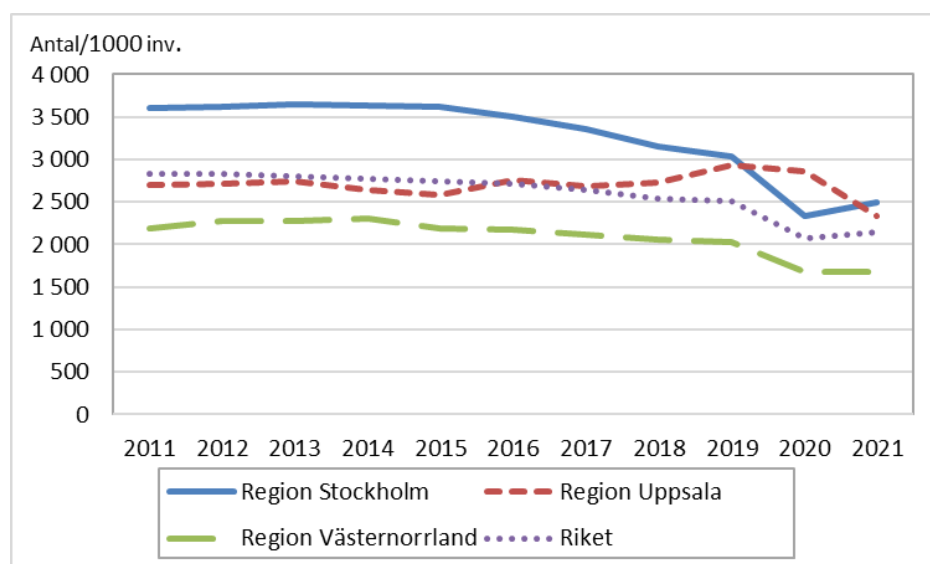
---

<sup>4</sup> Läkarbesök i hälso- och sjukvård totalt inkluderar mottagningsbesök, hembesök samt hemsjukvårdsbesök hos läkare i hälso- och sjukvården (specialiserad öppen vård och primärvård). Dagsjukvårdsbesök exkluderas. Endast öppenvårdsbesök som har dokumenterats i patientens journal redovisas. Digitala läkarbesök inkluderar ej. Avser produktion, dvs besök gjorda inom länet, oavsett var patienten är folkbokförd.



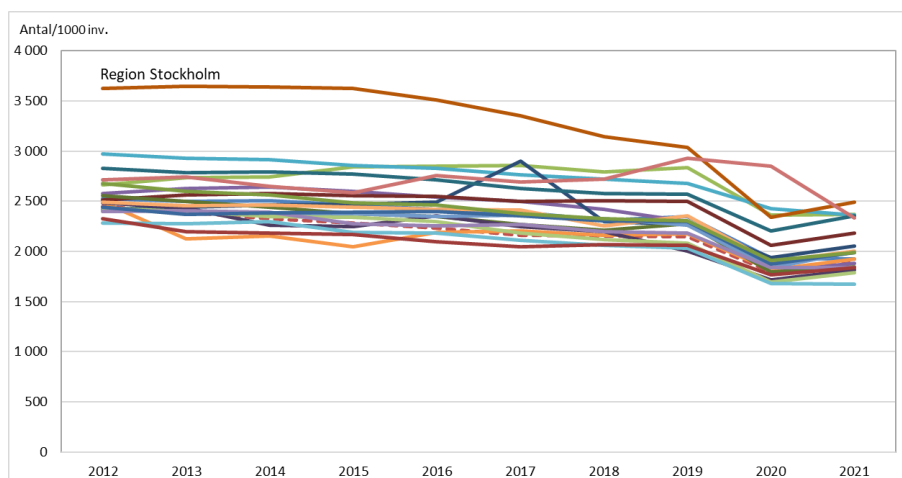
Västernorrland. År 2021 är det återigen dessa regioner som ligger högst respektive lägst. Även Region Uppsala är med i diagrammet för att illustrera den avvikande utvecklingen under 2020.

Figur 6. Läkarbesök hälso- och sjukvård totalt, produktionsperspektiv, antal/1000 invånare, 2011-2021



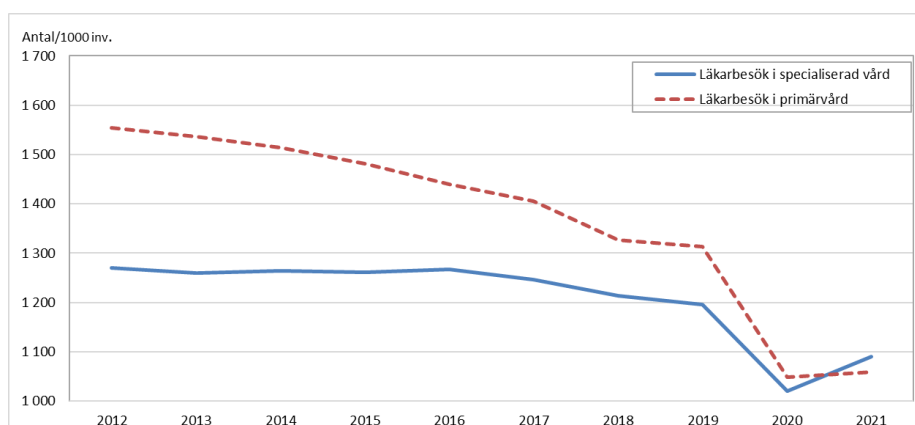
I diagrammet nedan ser vi tydligt hur antalet läkarbesök avviker i Region Stockholm med röd linje. Per 1000 invånare ser det ut som att skillnaden mellan regionerna över tid är relativt stabil, bortsett från Stockholm. År 2021 är antalet läkarbesök återigen högst i Stockholm, men avvikelsen är betydligt mindre.

Figur 7. Läkarbesök hälso- och sjukvård totalt, produktionsperspektiv, antal/1000 invånare, 2012-2021



Perioden 2012-2021 har antalet läkarbesök i primärvården minskat med i genomsnitt 3,5 % per år och läkarbesöken i den specialiserade vården har minskat med i genomsnitt 1,5 % per år, båda ur ett produktionsperspektiv. En möjlig förklaring till de sjunkande nivåerna skulle kunna vara att vården förflyttas till andra grupper än läkare. Dock ser vi inte motsvarande ökning för andra besök än läkarbesök i hälso- och sjukvården totalt. Åren 2012 till 2019 ökade andra besök än läkarbesök - men ytterst svagt, ca 0,7 % per år.

Figur 8. Läkarbesök i specialiserad vård och primärvård, produktionsperspektiv, antal/1000 invånare, 2012-2021



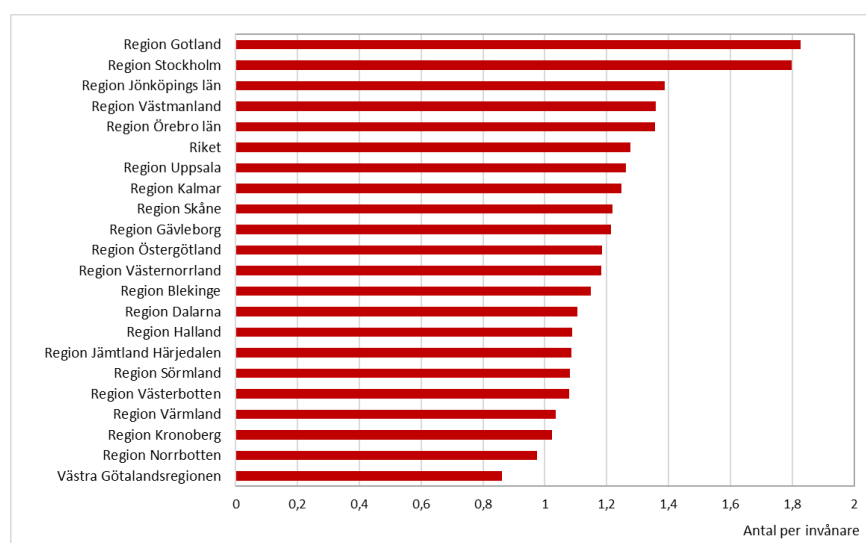
### Konsumtionsperspektiv

Om vi mäter i hur hög grad *befolkningen* i regionen har nyttjat vården, oavsett i vilken region de har fått vården, är det ur ett konsumtionsperspektiv. När vi gör på detta sätt kan vi ställa vårduyttjandet i relation till antalet folkbokförda

invånare utan att det snedvrids beroende på tillfälliga sommargäster eller att vissa regioner har mer specialiserade regionsjukhus där en del av vården också säljs till andra regioner.

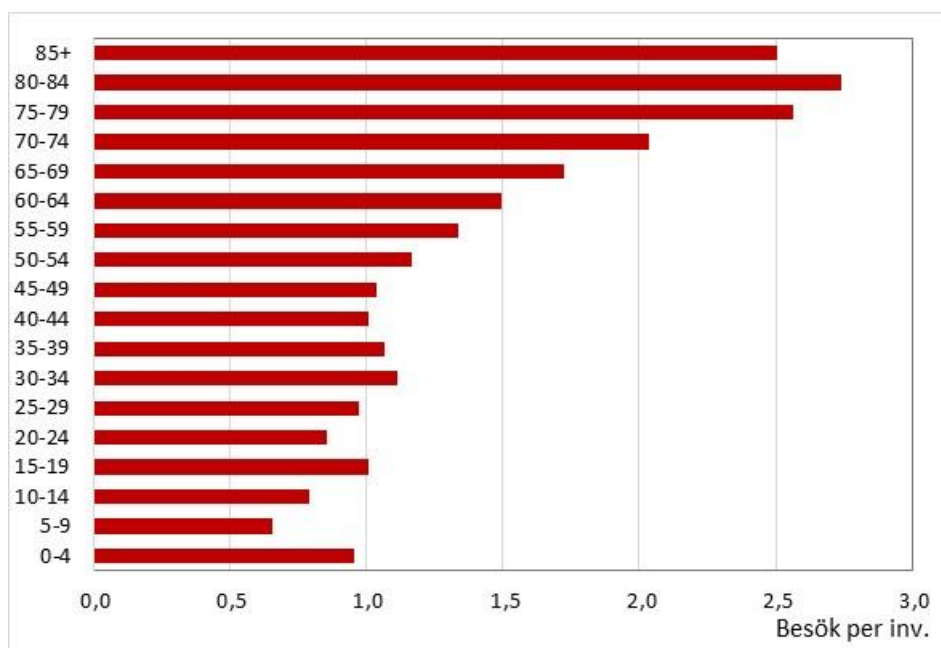
Efterföljande figur visar antalet läkarbesök per invånare och år i den specialiserade öppenvården per region.

Figur 9. Läkarbesök per invånare i specialiserad vård (somatik och psykiatri), konsumtionsperspektiv, 2021



Region Stockholm och Region Gotland utmärker sig med en tydligt högre nivå jämfört med övriga regioner 2021, en skillnad som även gäller för de senaste 10 åren. Vi kan förvänta oss att vårdutnyttjandet ser olika ut i olika åldersgrupper och därmed påverkas jämförelsen av hur regionernas åldersstruktur ser ut. Efterföljande figur 10 visar besök per invånare uppdelat på ålder på riksnivå.

Figur 10. Läkarbesök i specialiserad öppenvård per invånare och åldersgrupp, 2021, konsumtionsperspektivet



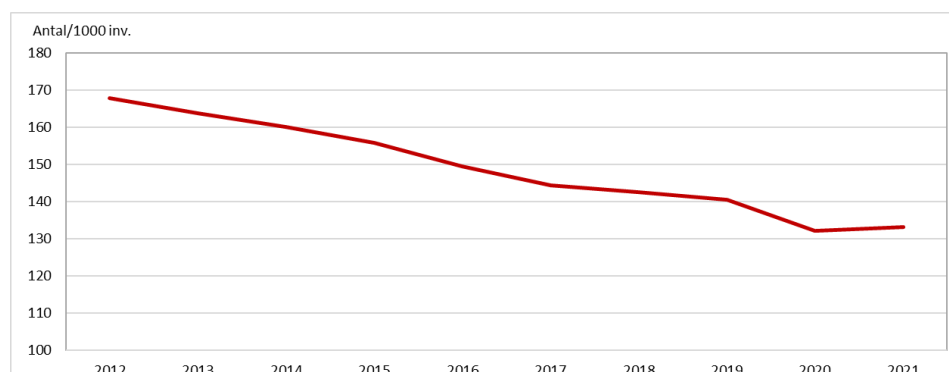
På riksnivå år 2021 görs flest besök per person i åldern 80-84 år, där snittet är 2,7 besök per år till den specialiserade vården. Lägst ligger åldersgruppen 5-9 år med 0,7 besök per år. Skillnaderna mellan regionerna är stora när vi jämför per åldersgrupp, där framförallt Stockholm och Gotland sticker ut. I Region Stockholm gör befolkningen i gruppen 80-84 år flest besök med i genomsnitt 4,3 besök per år, medan samma åldersgrupp i Västra Götalandsregionen i genomsnitt gör 1,9 besök per år, vilket är det lägsta besökstalet bland regionerna. Handlar då skillnaden i antal besök om att Stockholm och Gotland har fler patienter per invånare, eller att varje person gör fler besök? De här två regionerna har flest unika patienter i förhållande till sin befolkning i varje åldersgrupp, men skillnaden är tydligt mindre än om vi jämför besök. I Stockholm och Gotland är alltså en större andel av befolkningen patienter i den specialiserade öppenvården än i övriga regioner och framförallt gör varje patient fler besök i genomsnitt jämfört med andra regioner.

### Vårdtillfällen i ett konsumtionsperspektiv

Vårdtillfällen mäter antalet inskrivningar i den specialiserade vården, oavsett längd på inskrivningen. Antal vårdtillfällen per invånare ur ett konsumtionsperspektiv har som riksgenomsnitt minskat varje år perioden 2012-2020. Antal vårdtillfällen har minskat i alla regioner perioden 2012-2020, men utvecklingen mellan åren i de olika regionerna varierar. Antal vårdtillfällen påverkas av

befolkningsstrukturen, men även när vi jämför en specifik åldersgrupp ser vi att alla regioner minskat antalet vårdtillfällen i åldersgruppen 85+. Detta gäller åtminstone sedan 2012. År 2021 ökar antal vårdtillfällen i riket med 1 %. Ökningen sker i 13 av regionerna.

Figur 11. Vårdtillfällen, konsumtionsperspektiv, antal/1000 invånare, 2012-2021



### Sammanfattning

- De producerade läkarbesöken minskade väldigt mycket under pandemiåret 2020. Dock skedde en minskning redan innan pandemin; under åren 2012 till 2019 var minskningen av de producerade läkarbesöken drygt 11 % i riket. Minskningen är mer än dubbelt så stor i primärvården som i den specialiserade vården. Orsaken till detta behöver analyseras vidare.
- Sett ur produktionsperspektiv över det senaste decenniet är antal läkarbesök per invånare högst i Region Stockholm, lägst i Region Västernorrland. 2020 är ett avvikande år och då har Region Uppsala högst antal producerade läkarbesök per invånare.
- Perioden 2012-2021 har antalet läkarbesök i primärvården minskat med i genomsnitt 3,5 % per år och läkarbesöken i den specialiserade vården har minskat med i genomsnitt 1,5 % per år, båda ur ett produktionsperspektiv. Vad beror den stora skillnaden på? Hur hänger det ihop med utvecklingen inom området nära vård? Det här är frågor som behöver analyseras vidare.
- Stockholm och Gotland har markant högre vårdvolym än övriga regioner, invånarna i de regionerna konsumerar mera vård än invånare i andra regioner. Det gäller över tid och det gäller oavsett åldersgrupp.

# Produktivitet i hälso- och sjukvård

Föregående två avsnitt beskriver kostnader respektive vårdvolym. När dessa ställs i relation till varandra beskriver det produktivitet och i detta avsnitt beskrivs produktivitet i hälso- och sjukvård i form av kostnad per producerad DRG-poäng.

## **Kostnad per producerad DRG-poäng**

För att möjliggöra så rättvisa jämförelser som möjligt avseende produktivitet studerar vi kostnaderna för vårdproduktionen i relation till DRG-poäng. Måttet kostnad per producerad DRG-poäng hämtas från KPP-databasen (Kostnad Per Patient) som innehåller kostnadsuppgifter för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården samt primärvård. I måttet kostnad per producerad DRG-poäng exkluderas ytterfall<sup>5</sup>.

DRG (Diagnosrelaterade grupper) är ett system för sekundär patientklassificering med syftet att beskriva patientsammansättning (casemix) mer överskådligt än om verksamheten skulle beskrivas med tusentals diagnos- och åtgärds-koder. Systemet används för att beskriva patientsammansättningen i t.ex. slutenvården på ett sjukhus och möjliggör jämförelser mellan olika sjukhus eller regioner. DRG korrigerar för skillnader i sjukdomssvårighet vilket ger mer rättvisa jämförelser. DRG-poäng är ett sätt att mäta mängden producerad vård där en justering görs för skillnader i patientsammansättning (även kallat casemix). Klassificeringsprincipen är att medicinskt likartade vårdkontakter, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp. Grupperingen till en DRG görs från de data som registreras i sjukvårdens patientadministrativa datasystem så som huvuddiagnos, bidiagnos, åtgärder, ålder, vårdtid och inskrivningssätt.

Kostnad per producerad DRG-poäng skiljer sig åt mellan olika sjukhustyper. I efterföljande figur 12 jämförs totalkostnad per DRG-poäng mellan regionsjukhus, länssjukhus och länsdelssjukhus för riket 2016 och 2021. Regionsjukhusen har tydligt högre kostnad per producerad DRG-poäng jämfört med länssjukhus och länsdelssjukhus. En förklaring kan vara att regionsjukhusen genomför vård som bara kan utföras i den högspecialiserade

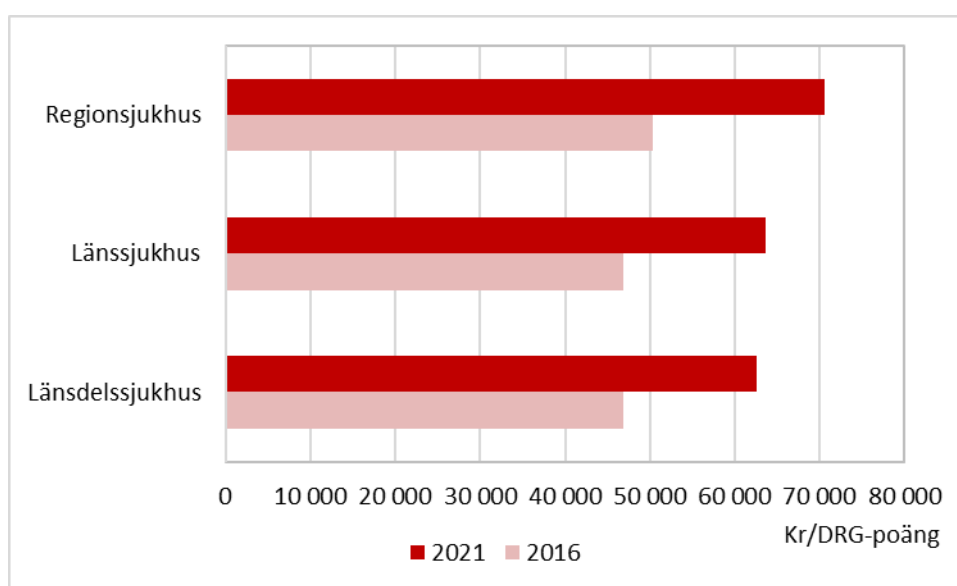
---

<sup>5</sup> Ytterfall är vårdkontakter som kostar betydligt mer än gruppen. Ytterfallen anses vara slumpmässigt fördelade och exkluderas för att öka jämförbarheten. Källa: DRG Grundläggande begrepp och principer, Socialstyrelsen (2017).

regionsjukhusvården. Då vårdstrukturen är dyrare kommer även annan vård som inte är högspecialiserad – men som ändå genomförs på regionsjukhusen – att också bli dyrare.

En ytterligare förklaring kan vara att poängsystemet (DRG) inte fullt ut kompenserar regionsjukhusen för den mer komplicerade vården. Det är viktigt att jämförelser avseende kostnad per producerad DRG-poäng delas upp per sjukhustyp utifrån att sjukhustypernas uppgifter och struktur skiljer sig åt.

Figur 12. Kostnad per producerad DRG-poäng för specialiserad somatisk vård, öppen- och slutenvård, kronor/DRG-poäng för sjukhustyper, 2016 och 2021



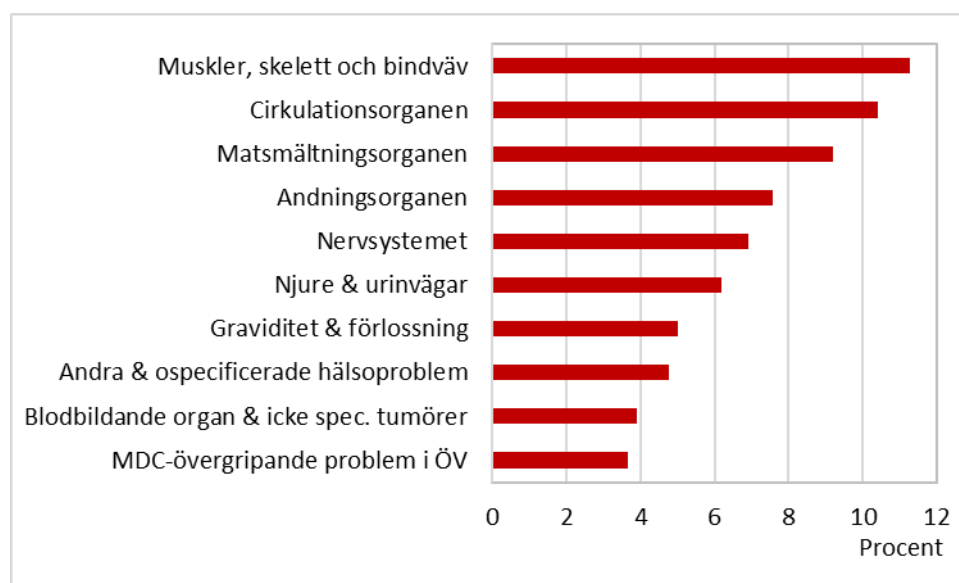
För att få ett bättre grepp om kostnadsutvecklingen kan vi titta på olika diagnosområden. Är det så att vissa sjukdomstillstånd ökar, eller är ökningen bred och gäller alla områden? Samtliga DRG-grupper är uppdelade i 27 olika MDC (Major Diagnostic Categories) där MDC är en grov indelning av alla huvuddiagnoser. 24 MDC motsvarar sjukdomar i ett visst organsystem eller sjukdomar med en viss bakomliggande orsak.<sup>6</sup> Ofta motsvaras också en MDC av en viss medicinsk specialitet. Till exempel finns DRG-grupperna avseende neurologiska sjukdomar i MDC 1 (Sjukdomar i nervsystemet) och infektionssjukdomarna finns i MDC 18 (Infektions- och parasitsjukdomar inklusive HIV).<sup>7</sup> Genom att använda MDC-grupperna kan vi bl.a. se skillnader i

<sup>6</sup> Tre MDC avser MDC-övergripande problem eller vårdgivarberoende grupper i öppenvård samt ospecifik eller felaktig information.

<sup>7</sup> Källa Socialstyrelsen [drg-grundläggande-begrepp-och-principer.pdf](#) (socialstyrelsen.se)

kostnader mellan MDC i riket och regionerna och hur kostnaderna utvecklas över tid. I figur 13 har vi inkluderat de tio största sjukdomsgrupperna i riket sett till kostnader 2021. De tre största grupperna stod 2021 för drygt 30 % av de totala kostnaderna inom somatisk specialiserad vård. Cancersjukdomar grupperas baserat på de organ de drabbar.

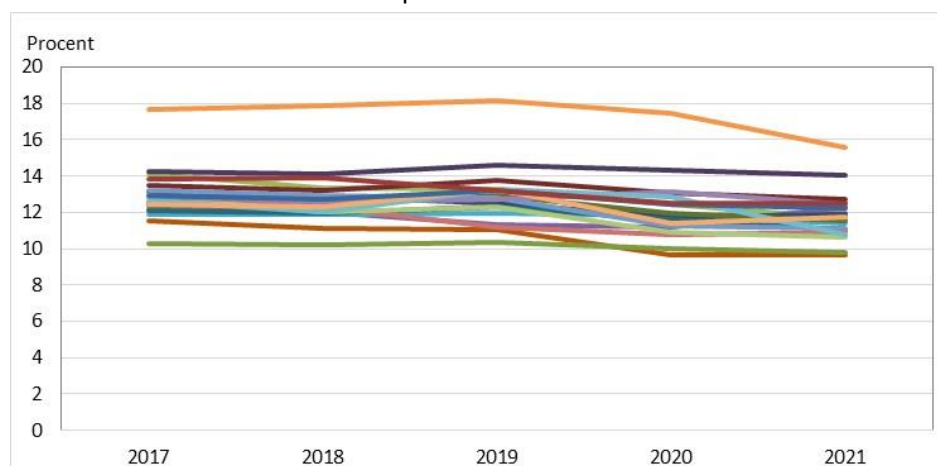
Figur 13. De största MDC-grupperna mätt som andel av totalkostnad för specialiserad somatisk vård, 2021



Det är tydliga variationer mellan regionerna avseende MDC-gruppernas andel av total kostnad för specialiserad somatisk vård. För t.ex. den kostnadsnästan största MDC-gruppen (muskler, skelett och bindväv som utgör 11,3 % av totala kostnaden) varierar andelen av totalkostnaden i regionerna från 9,7 % i Region Stockholm till 15,6 % i Jämtland- Härjedalen. En jämförelse över tid, som framgår i efterföljande diagram, där linjerna avser de olika regionerna, visar att i Jämtland-Härjedalen (orange linje) är MDC-gruppen muskler, skelett och bindväv andelsmässigt tydligt större än i de andra regionerna, även om andelen i Jämtland-Härjedalen minskat med 2 procentenheter sedan 2019. Analyser krävs för att säkert besvara varför Jämtland-Härjedalen har en kostnadsandel för Muskler, skelett och bindväv på hela 15,6 %, men skador bland skidåkare är troligen en del av förklaringen. Alla regioner har en lägre kostnadsandel inom denna MDC 2021 jämfört med 2017, förutom i Gävleborg där det skett en marginell ökning.



Figur 14. MDC-gruppen Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv, andel av total kostnad för specialiserad somatisk vård 2017-2021

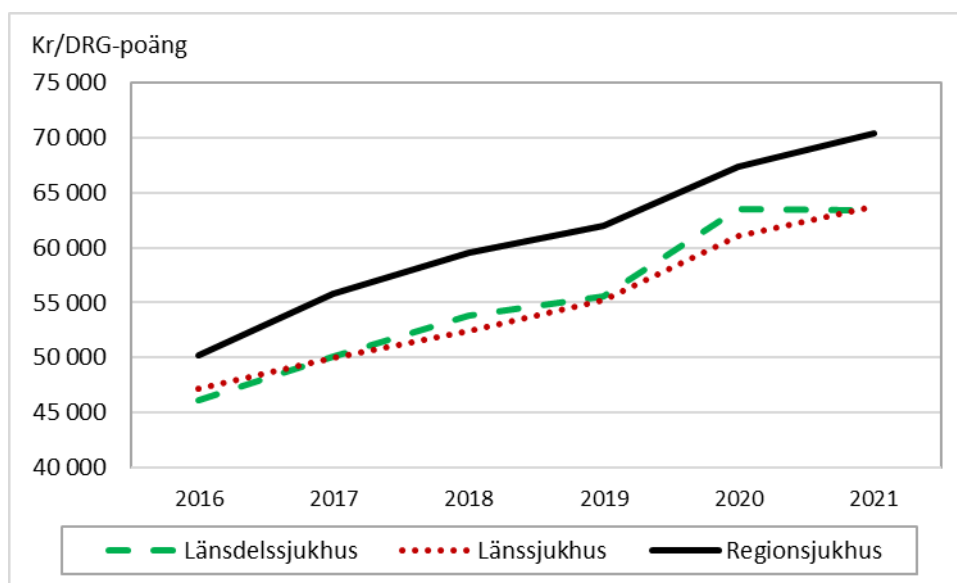


Cirkulationsorganens sjukdomar som är den näst största MDC:n visar inte samma förändring 2017-2021 som muskler, skelett och bindväv. Kostnadsandelarna är mer stabila om vi jämför 2021 med 2017 där Region Blekinge har högst andel och Region Skåne har lägst andel under denna tidsperiod.

Bland de fem största MDC:erna är det andningsorganens sjukdomar som visar en tydlig ökning. Här torde pandemin vara en starkt bidragande orsak. Alla regioners kostnadsandel ökar inom denna MDC 2021 jämfört med 2017 förutom i Kalmar. År 2017 var andelen högst i Halland och lägst i Västerbotten. År 2021 är andelen högst i Stockholm och fortfarande lägst i Västerbotten. De tre storstadsregionerna har högst kostnadsandelar inom andningsorganens sjukdomar 2021.

Det är relevant att jämföra MDC-grupperna uppdelat på sjukhustyp. I efterföljande figur 15 jämförs kostnad per producerad DRG-poäng avseende andningsorganens sjukdomar för riket 2016-2021 per sjukhustyp.

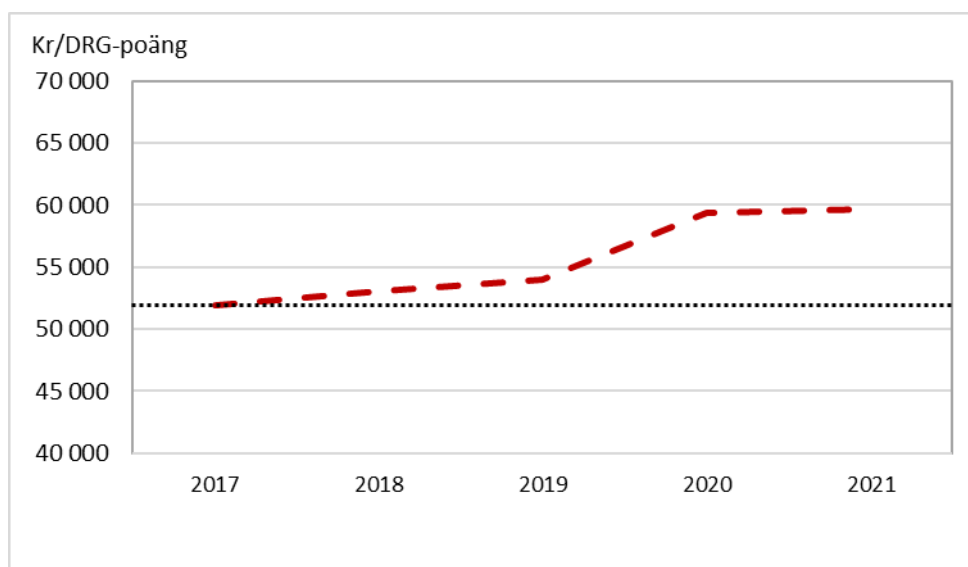
Figur 15. Kostnad per producerad DRG-poäng, andningsorganens sjukdomar, kronor/DRG-poäng, 2016-2021



För denna MDC-grupp framträder samma skillnad mellan sjukhustyperna som vid jämförelse av kostnad totalt per producerad DRG-poäng. Kostnad per producerad DRG-poäng för regionsjukhus 2016-2021 var betydligt högre än övriga sjukhustyper även för denna MDC-grupp. Förändringen i kostnad per producerad DRG-poäng fördelat på olika MDC mellan 2016-2021 varierar mellan länsdelssjukhus, länessjukhus och regionsjukhus. Det stora flertalet MDC visar på markant högre kostnadsnivå för regionsjukhus jämfört med länsdelssjukhus och länessjukhus. Kvinnosjukvård utgör dock ett undantag. Kostnadsnivån per producerad DRG-poäng 2021 är likartad mellan de olika sjukhustyperna för graviditet och förlossning samt för sjukdomar kvinnliga könsorgan. Varför förklaringen att regionsjukhusen har vårdstrukturer som ger högre kostnader inte föreligger för de områdena som avser kvinnosjukvård behöver analyseras vidare.

Generellt är det svårt att hitta mönster mellan sjukhustyper avseende utveckling av kostnader per DRG fördelat på MDC.

Figur 16. Kostnad per producerad DRG-poäng, totalt, kronor/DRG-poäng, fast pris (2017-års prisnivå), 2017-2021



Kostnad per producerad DRG-poäng totalt i riket ökade från 51 969 kronor år 2017 till 65 981 kronor år 2021 i löpande priser, vilket är en ökning med i genomsnitt 6,7 % per år. Omräknat i fasta priser (utifrån prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LKIP), exkl. läkemedelskostnader, 2017-års prisnivå) var ökningen mellan 2017 och 2021 i genomsnitt 3,7 % per år. Ökningen mellan 2017 och 2019 var i genomsnitt 2,0 % per år och ökningen mellan 2019 och 2021 var i genomsnitt 5,3 % per år. DRG-vikter justeras årligen men har ingen påtaglig påverkan på utfallet i den här översiktliga jämförelsen mellan 2017-2021. För mer detaljerade jämförelser över tid kan DRG-vikter konstanthållas<sup>8</sup>. Ovanstående diagram visar att om den streckade linjen är ovanför den prickade linjen innebär det minskad produktivitet och om den streckade linjen är nedanför den prickade linjen innebär det ökad produktivitet. Den tydliga ökningen i fasta priser signalerar att produktiviteten sammantaget sjunker mellan dessa år för den specialiserade somatiska vården. Det gäller framförallt för åren 2020 och 2021 men även 2018 och 2019 visar på lägre produktivitet. Det finns flera möjliga förklaringar till ökade kostnader per producerad DRG-poäng för 2020 och 2021. En sådan är att färre insatser då utfördes beroende på covid med konsekvens att färre poäng fanns att fördela

<sup>8</sup> Vårdanalys (2022), Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022- Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet, PM 2022:3

kostnaderna på. En annan handlar om variation mellan regioner eller MDC-grupper. Är det ett fåtal regioner som står för ökningen eller är ökningen utbredd? Beror ökningen på att kostnaderna stiger inom alla MDC-grupper eller kan vi se att någon grupp utmärker sig? Är det kostnaderna inom region-, läns- eller länsdelssjukhusvård som står för ökningen? Efterföljande tabell 2 visar kostnaden per DRG-poäng per region i löpande priser för åren 2017-2021 och förändring 2020-2021 respektive 2017-2021.

Tabell 2. Kostnad per producerad DRG-poäng, specialiserad somatisk vård, öppen- och slutenvård, totalt, kronor/DRG-poäng, 2017-2021.

Område	2017	2018	2019	2020	2021	Förändring 2020-2021,%	Förändring 2017-2021,%
Region Blekinge	54 492	58 837	62 756	72 626	73 702	1	35
Region Västerbotten	54 240	57 874	60 164	65 828	70 861	8	31
Region Uppsala	56 134	59 007	61 615	68 511	70 042	2	25
Region Västernorrland	56 316	58 589	61 062	69 146	69 894	1	24
Region Östergötland	51 038	53 215	58 045	63 590	68 440	8	34
Region Norrbotten	54 771	57 606	59 027	64 085	68 110	6	24
Region Örebro län	52 873	55 684	57 801	65 996	67 930	3	28
Region Stockholm	50 095	55 369	58 799	63 281	67 575	7	35
Region Skåne	52 925	55 174	58 561	64 537	67 070	4	27
Riket	51 969	55 044	57 473	63 633	65 981	4	27
Region Värmland	51 037	52 007	54 998	62 389	65 682	5	29
Västra Götalandsregionen	52 815	55 526	56 939	62 989	64 947	3	23
Region Västmanland	50 983	52 945	54 511	61 881	63 501	3	25
Region Jönköpings län	50 264	51 335	53 035	58 407	63 428	9	26
Region Dalarna	49 454	52 600	54 076	59 458	62 534	5	26
Region Jämtland Härjedalen	52 846	54 035	57 263	60 849	62 009	2	17
Region Kalmar	48 224	51 573	52 926	60 757	61 980	2	29
Region Halland	49 095	51 128	52 623	62 023	61 535	-1	25
Region Kronoberg	54 121	56 225	59 457	64 946	61 302	-6	13
Region Sörmland	53 314	57 747	57 342	60 664	60 170	-1	13
Region Gävleborg	50 045	52 640	53 763	64 253	57 126	-11	14

I tabellen ser vi att kostnadsnivån per producerad DRG-poäng 2021 var högst för Region Blekinge och lägst för Region Gävleborg. De regioner vars kostnader ökade mest 2017-2021 var Region Stockholm och Region Blekinge; båda ca 8,7 % per år. Lägst var ökningen i Region Kronoberg och Region Sörmland; båda ca 3,2 % per år. Under 2021 var ökningen störst för Region Jönköpings län och lägst för Region Gävleborg. Uppgifterna hämtas ur KPP-databasen till vilken regionerna lämnar in data. Emellanåt kan felaktigheter uppstå kring inlämnade uppgifter, vilket vi bör ha i åtanke när jämförelser görs mellan regionerna.

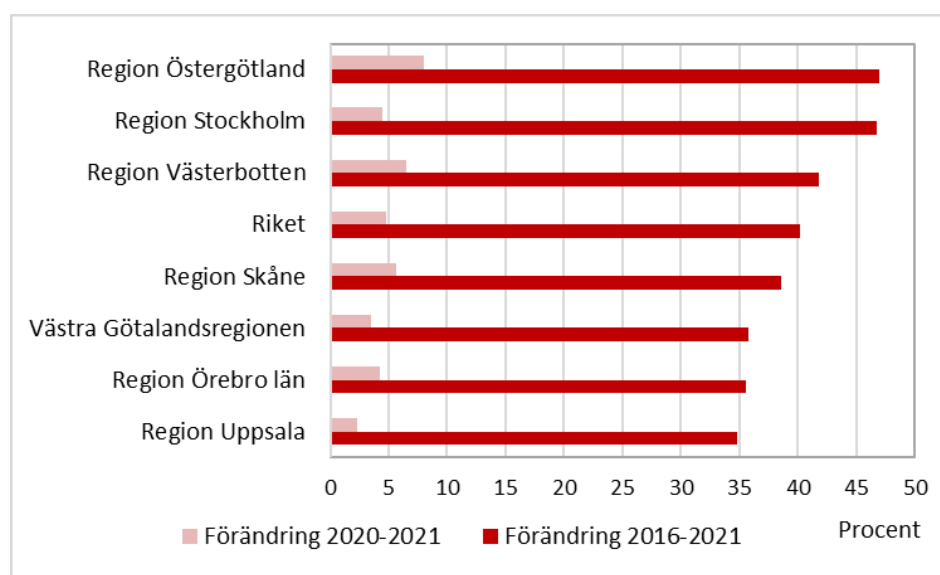
Senaste åren har det varit ökade kostnader per producerad DRG-poäng inom de olika sjukhustyperna förutom att kostnaden var i princip oförändrad för

länsdelssjukhus 2021. Inom regionsjukvården har ökningarna varit betydligt större än för övriga sjukhustyper.

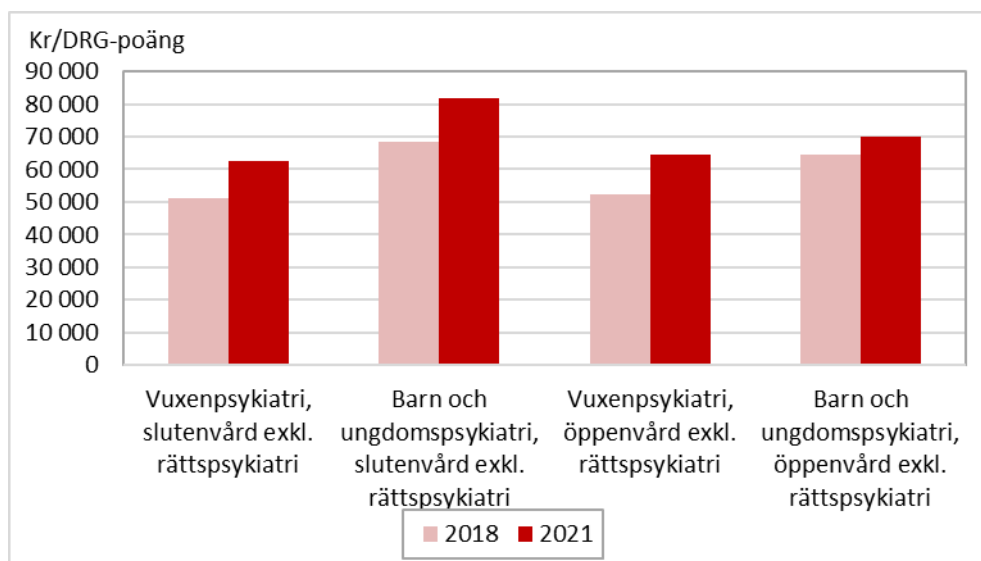
I efterföljande figur 17 ser vi förändringen i kostnad per DRG för regionsjukhus 2016-2021 respektive 2020-2021. Det är stora skillnader i förändring per producerad DRG-poäng mellan regionsjukhusen. I Region Stockholm och Region Östergötland ökade kostnaderna mest 2016-2021, 9,4 % per år. Den region där ökningen var minst 2016-2021 var Region Uppsala där kostnaden per DRG-poäng ökade med 7 % per år. Ökningen i riket var 8 % per år under perioden 2016 till 2021.

År 2021 var ökningstakten lägre för regionsjukhusen, 4,7 % för riket, än den genomsnittliga årliga ökningen 2016-2020, 8,5 % för riket. Ökningen i regionerna år 2021 var från 2 % i Region Uppsala till 8 % i Region Östergötland, se figur 17.

Figur 17. Kostnadsutveckling per producerad DRG-poäng, kronor/DRG-poäng, regionsjukhus 2016-2021 samt 2020-2021



Figur 18. Kostnader per producerad DRG-poäng, kronor/DRG-poäng, Psykiatrisk slutenvård och öppenvård, exkl. rättspsykiatri, 2018 och 2021



En jämförelse av kostnader per producerad DRG-poäng inom den psykiatriska vården 2021 visar att nivån var högst för barn- och ungdomspsykiatrin, slutenvård (ca 82 000 kronor/DRG-poäng), och lägst för vuxenpsykiatri, slutenvård (ca 62 000 kronor/DRG-poäng). Kostnadsutvecklingen per producerad DRG-poäng mellan 2018 och 2021 visar på generella ökningarna på ca 7 % per år förutom för barn och ungdomspsykiatrisk öppenvård där ökningen endast är ca 3 % per år. En jämförelse mellan regionerna för barn och ungdomspsykiatrisk öppenvård vård 2018-2021 visar på stora variationer. Dalarna, Halland och Norrbotten ökade med ca 14 % per år medan Kronoberg och Västmanland minskade med ca 7 % per år. Kostnadsnivån per producerad DRG-poäng 2021 var här högst för Västernorrland (ca 102 000 kronor/DRG-poäng) och lägst för Kronoberg (ca 53 000 kronor/DRG-poäng). Dessa stora skillnader väcker frågor. Handlar skillnaderna om olika ambitionsnivåer eller olika grad av produktivitet, eller finns andra förklaringar?

### Sammanfattning

- MDC-gruppen Andningsorganen hör till de fem största kostnadsandelarna och är den grupp som har ökat mest de senaste åren. Här torde pandemin vara en förklaring. Detta trots att covid-infektion inte fördes till diagnosgruppen andningsorganen under 2020 utan hanterades som särskild diagnosgrupp.
- Det är tydliga variationer mellan regionerna avseende MDC-gruppernas (Major Diagnostic groups) andel av total kostnad för

specialiserad somatisk vård. Det kan bero på olika grad av specialisering i olika regioner men skulle också kunna bero på olika grad av produktivitet?

- Det stora flertalet MDC visar på markant högre kostnadsnivå för regionsjukhus jämfört med länsdels- och länsjukhus. Detta skulle kunna förklaras med skillnader i specialiseringsgrad och kostnadsdrivande vårdstrukturer eller att DRG-systemet inte justerar fullt ut för regionsjukhusens speciella situation. Samtidigt kan vi se att kostnadsnivån per producerad DRG-poäng 2021 är likartad mellan sjukhustyperna för MDC:erna för graviditet och förlossning samt för sjukdomar kvinnliga könsorgan. Hur kommer det sig att vi inte ser samma mönster inom de områdena?
- Det är stora skillnader regioner emellan gällande hur stora deras öknings av kostnad per producerad DRG-poäng varit. De regioner vars kostnader ökade mest 2017-2021 var Region Stockholm och Region Blekinge; i genomsnitt ca 8,7 % per år. Lägst var ökningen i Region Kronoberg och Region Sörmland; ca 3,2 % per år i genomsnitt.
- Inom den psykiatriska vården är barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård den som har den högsta kostnaden per DRG-poäng medan den öppna barn- och ungdomspsykiatriska vården har den lägsta. Samtidigt har öppenvården för unga haft den allra lägsta kostnadsökningen med ca 3 % årligen mellan 2018 och 2021. Övriga psykiatriska områden har ökat med runt 7 % årligen under samma tidsperiod. Vi ser också stora regionala skillnader när det gäller barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård. Kostnadsnivån per producerad DRG-poäng 2021 var högst för Västernorrland (ca 102 000 kronor/DRG-poäng) och lägst för Kronoberg (ca 53 000 kronor/DRG-poäng). Dessa stora skillnader väcker frågor. Handlar skillnaderna om olika ambitionsnivåer eller olika grad av produktivitet, eller finns andra förklaringar?
- Kostnad per producerad DRG-poäng totalt i riket ökade från 51 969 kronor år 2017 till 65 981 kronor år 2021 i löpande priser, vilket är en ökning med i genomsnitt 6,7 % per år. Omräknat i fasta priser var det en ökning mellan 2017 och 2021 med i genomsnitt 3,7 % per år, där ökningen mellan 2017 och 2019 i genomsnitt var 2,0 % per år och ökningen mellan 2019 och 2021 i genomsnitt var 5,3 % per år. Ökningen signalerar att produktiviteten mätt i kostnad per producerad DRG-poäng sammantaget sjunkit mellan dessa år för den specialiserade somatiska vården. En förklaring kan vara att färre insatser utfördes beroende på covid med följderna att färre poäng fanns att fördela kostnaderna på. Men förklarar det hela produktivitetssänkningen?

# Några regionexempel

För att ta del av framgångsfaktorer i regionernas arbete avseende produktivitet inom hälso- och sjukvården har vi haft kontakt med chefer i Region Kalmar län, Region Kronoberg och Region Halland. Det är tre regioner som i flera avseenden ligger bra till med avseende på produktivitet och vi har försökt fånga vad som ligger bakom detta, vad gör de, hur gör de och vad finns att lära? Ja, det första att konstatera är att det inte finns någon "quick-fix" utan handlar om en kombination av utvecklingskraft, ledarskap och uthållighet. Här följer en kort sammanfattning av vad som framkom i intervjuerna.

## **Region Kalmar län**

### *Stabilitet och trygghet genomsyrar och bidrar till utveckling*

Organisation, verksamhet och ledning inom hälso- och sjukvården har under många år präglats av stabilitet. Detta har skapat goda förutsättningar att utveckla verksamheter, att stärka kvalitet och produktivitet. Med hjälp av stabiliteten och den trygghet och tydlighet som den medför har fokus kunnat läggas på långsiktig utveckling och förbättring. Att verksamheterna får möjlighet att arbeta i lugn och ro kan inte nog betonas, det skapar möjligheter att utvecklas tillsammans och möjliggör förbättringar.

*"Varje dag lite bättre" – systematiskt förbättringsarbete som fått fäste*  
2007 startade förbättringsprogrammet "Varje dag lite bättre" som innebär teoretisk utbildning kombinerat med praktiskt åtgärdsarbete och som ska stödja förhållningssättet "Varje dag lite bättre – kraften hos många!". Programmet, som nu är inne på sitt sextonde år, har ett årligt tema där medarbetare är med från olika förvaltningar och där även externa parter medverkar, t.ex. kommun. Tanken är att utbilda i förbättringsmetodik och att därefter praktiskt arbeta med förbättringsinsatserna i vardagen. Sedan några år tillbaka genomförs även utbildningar i förbättringsmetodik som är frikopplade från programmet.

### *Utvecklande ledarskap bidrar till utvecklande verksamhet*

Region Kalmar län har en strategi kring ledarskapsutveckling som sätter tydlig prägel på ledarskapet. Hälso- och sjukvården har arbetat systematiskt med utvecklande ledarskap i 8 år riktat till chefer på olika nivåer i organisationen och där interna personer är med och driver. Det finns även traineeutbildning inom regionorganisationen där den som vill bli chef kan ansöka och om hon/han blir antagen följer ett ledarskapsprogram under 1,5 år. Hälso- och



sjukvårdens tydliga linje avseende ledarskapsutveckling ger resultat. Det märks i bl.a. jämförelser av medarbetarundersökningar sedan 2015 att t.ex. omdömet om närmaste chef har förbättrats och att ledarskapet successivt tar kliv framåt.

## **Region Kronoberg**

### *Närhet genomsyrar internt och externt arbete*

Region Kronoberg är en mindre region utifrån folkmängd och detta ses som en fördel kopplat till bl.a. ledning och styrning. En väl fungerande politik sätter prägel med god dialog över partigränser och gott klimat i både styrelse och nämnder. Regionen jobbar för närhet och enkelhet till varandra inom organisationen och till sina invånare. När det uppstår frågor och utmaningar i organisationen så hanteras det i nära dialog. När invånarna behöver hälso- och sjukvård är det också närhet i fokus. Regionen har klarat utmaningarna med pandemin på ett mycket bra sätt där litenheten som region och lättheten att kommunicera varit till fördel. Det finns en tydlig stolthet över personalens fantastiska arbete med patienterna under pandemin och där regionen också lyckats med att hålla låga "pandemikostnader" i relation till många andra regioner.

### *Utvecklingsstrategin – Utgångspunkt och vägledare för framtiden*

[Närmare Kronobergaren](#) heter hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi som har målbilder om nära vård och nära individen. Utifrån strategin jobbar regionen långsiktigt med inriktningar och initiativ. Långtidsprognoser ger stöd att bl.a. belysa utmaningar kring ekonomi och kompetensförsörjning och som tydliggör nödvändigheten med omställning. En treårsplan anger vad som behöver göras de närmaste åren för att nå dit de vill vara om tio år. I denna process är dialogen en viktig del, med politiken, med verksamheter, med ekonomi och planering. En betydelsefull del i dialogen är också att bidra till gemensam förståelse för varför förändring är nödvändig. Uppföljningsdialog sker varje månad kring resultat och avvikelser där ledning för verksamhet, ekonomi, HR och stab ingår och motsvarande uppföljningsdialog sker även på klinisknivå.

### *Ansvarstagande präglar kulturen*

Organisationen präglas av ansvarstagande. Ansvarstagande för patientens bästa, ansvarstagande för kvalitet och ansvarstagande för ekonomin. Det är både en kulturfråga och en vilja att vara ansvarstagande. Avseende patientens bästa är det ledstjärnan att jobba för varje dag och här finns en stark drivkraft i hälso- och sjukvårdsverksamheten.

## **Region Halland**

### *Enkelt och tillitsbaserat präglar organisations- styrnings- och ledningsstruktur*

Verksamheten i sin helhet leds i den ordinarie linjen där man undviker att arbeta med separata strukturer för t.ex. kompetensförsörjning, bemanningsföretag och nära vård frågor. Hälso- och sjukvårdsavdelningen stödjer med t.ex. beredningsarbete, uppföljning, dialog med och upphandling av privata vårdgivare. Detta "enkla" sätt att organisera och leda bidrar till tydlighet, att undvika delat ansvar, det ligger alltid i den raka linjen. Verksamhetsledning arbetar för att skapa ansvarskänsla och vara tydlig med att ens ansvar är bredare än ett formellt uppdrag. Fördelen med detta är att det inte uppstår glipor mellan uppdrag. Det bygger också på att gränssnittsfrågor löses nära verksamheten där ansvarsledning skapar förutsättningar för anpassning nära verksamheten. Detta arbetssätt är en utvecklad modell av tillitsbaserad styrning som bidrar till att ledning på högre nivå mer diskuterar varför och vad-frågor, medan hur-frågorna löses i verksamheten, något som skapar större delaktighet och motivation.

### *Systematisk uppföljning bidrar till utveckling och lärande*

Uppföljning är en viktig del i hälso- och sjukvårdsverksamheten och sker regelbundet i samtliga styrelser och nämnder. Uppföljningen bidrar till att säkerställa att planering följs och att genomförande är ändamålsenligt utifrån Regionfullmäktiges ambitioner. Uppföljningen mäter måluppfyllelse, analyserar resultat och effekter i förhållande till verksamhetens uppdrag och invånarnas livskvalitet och behov. Beskrivning av orsakssamband och konsekvensanalyser är en naturlig del av uppföljningen, liksom förslag på åtgärder och nya beslut som kan behöva fattas. Uppföljningen är en viktig del i årshjulet och bidrar till utveckling och lärande, till stöd för det långsiktiga förbättringsarbetet.

### *Informationsdriven vård förbättrar verksamheter*

Region Halland har under lång tid haft fokus på att leda och driva baserat på fakta, kallat "informationsdriven vård". Det innebär att vägval baseras på hur situationen i realiteten ser ut, inte på subjektiva uppfattningar. Den informationsdrivna vården hjälper och ger resultat, hjälper att göra vägval, hjälper att fatta rätt beslut och bidrar till kvalitet, produktivitet och effektivitet. Det långvariga engagemanget för den informationsdrivna vården har väckt både nationell och internationell uppmärksamhet.

# Referensförteckning

SKR, Produktivitet och effektivitet i hälso – och sjukvård – Jämförelse mellan landsting (2011)

SKR, Ekonomirapport (maj 2022)

Socialstyrelsen, DRG – Grundläggande begrepp och principer [drg-grundläggande-begrepp-och-principer.pdf](#) ([socialstyrelsen.se](http://socialstyrelsen.se)) (2017)

Vårdanalys, Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft – Förslag om utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog mellan Socialdepartementet och landstingen. Rapport 2014:10 (2014),

Vårdanalys, Med örat mot marken – Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Rapport 2019:2 (2019)

Vårdanalys (2022), Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022- Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet, PM 2022:3

