

KPP (Kostnad Per Patient) som ledningsinformation



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Skövde februari 2005

Mona Heurgren
Ekonom
Sveriges Kommuner och
Landsting / CPK
Mona.heurgren@skl.se



Agenda

- Vad vill vi följa upp i hälso- och sjukvården?
- Vad är KPP?
- KPP och grunddata
- KPP-arbetet nationellt och internationellt
- Användning av KPP i Sverige
- KPP i framtiden

Vad vill följa upp i hälso- och sjukvården?

Är sjukvården vi tillhandahåller effektiv?

Uppföljningsområden

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- Säker vård
- Patientfokuserad vård
- Effektiv vård (ur resultat- och kostnadsperspektiv)
- Jämlik vård
- Vård i rimlig tid

» Källa: Institute of Medicine

Vad är effektivitet?

Är sjukvården:

- Effective (når det önskade resultatet)
- Efficient (gör det till låg resursinsats)
- Appropriate (sjukvårdsinsatsen är relevant för patienten medicinska behov och följer etablerade standards)
- Responsive (främjar patientmedverkan – speglar respekt för patienten)
- Accessible (tillgänglig för alla)
- Safe (patientsäkerhet)
- Continuous (främjar ett bra samarbete mellan vårdgivare)

Exempel på mått

- Medelvårdtid/kostnader vid förlossning, andelen kejsarsnitt
- Volymen ingrepp per invånare; t ex knä- och höftledsplastiker, kranskärl, ballongvidgning)
- Företeelser som går att undvika (t ex inläggning för diabetes och astma)
- Förekomsten av komplikationer vid olika ingrepp och kostnaden för dessa
- Väntetider
- Produktivitet
- Patienttilfredsställelse

Traditionell uppföljning

Kostnader

Personalkostnader
Materialkostnader
Hyra & Fastighetskostnader
Kapitalkostnader
OH-kostnader

Produktion

Vårdtillfällen
Besök
Sjukvårdsbehandling

Personal

Helhetsresultat
Anställda
Arbetade timmar

- Kostnad per vårdtillfälle/besök
- Kostnad per anställd/arbetad timme

Bättre beslutsstöd

Kräver

- Individdata
- KPP-data
- Beskrivningssystem
- Kvalitet- och resultat
- Mätning av patienttillfredsställelse

Med dessa verktyg tillsammans kan vi beräkna effektivitet i sjukvården.

Vad är KPP-modellen?

- Kostnaderna beräknas "bottom-up"
- Informationen är individbaserad, processorienterad och organisationsoberoende
- Unika kostnader per patient
- Kostnader per vårdtjänst/aktivitet
- Speglar medicinsk praxis
- Befintlig information används
- Data kopplas samman i IT-system

Patienten som kostnadsbärare

Resurser

Personal

Material

Utrustning

Andra resurser

OH-kostnader

Vårdtjänster

Omvårdnad

Laboratorieanalyser

Läkemedel/materiel

Operation

e t c

Patientspecifik
tjänstemix

Patientdata

VÅRD-
KONTAKT

Exempel på en post i KPP-databasen

Patient, diagnos, vårdenhet mm			Vårdtjänster	Kostnad
Vårdtid	11 dagar		Vårddagar	24 618
DRG-kod	149	Större tunn- och tjocktarms op, ej kompl	Operation	16 388
Klinik	301	Kirurgkliniken	IVA	15 131
Ålder	81		Anestesi	2 300
Kön	Kvinna		Laboratorier	2 621
Akut	Nej		Röntgen	0
Huvuddiagnos	C182	Malign tumör i colon	Övrigt	203
Op-koder	JFB30	Resektion av tunntarm och colon	Total vårdkostnad (kr)	61 261

KPP-projekt i Sverige

<u>Landsting</u>	<u>Sjukhus med KPP</u>	<u>KPP-projekt pågår</u>
Stockholm	Huddinge & Karolinska	Alla akutsjukhus & primärvård & psyk
Uppsala	Akademiska & Enköpings Sjukhus	
Östergötland	Motala & Hjärtcentrum US	Alla akutsjukhus & primärvård & psyk
Skåne	Lund & UMAS	Alla akutsjukhus & psykiatri
Halland	Varberg & Halmstad	Eventuellt psykiatri
Västra Götaland	SU, SkaS, Kungälv	Alla akutsjukhus, Psykiatri Östra
Örebro	Universitetssjukhuset i Örebro	Alla akutsjukhus
Västernorrland		Alla akutsjukhus
Västerbotten	Norrlands Universitetssjh	Alla akutsjukhus
Norrbotten		Alla akutsjukhus
Västmanland		Centrallasarettet i Västerås
Jämtland		Psykiatri

Sveriges Kommuner och Landstings KPP-arbete

- KPP är sedan hösten 2002 en del av förbundets ordinarie arbete.
- Vi svarar för centrala stödfunktioner i hälso- och sjukvårdens KPP-redovisning där både förvaltning och utveckling av systemet innefattas
- Viktigaste uppgift: att stödja införandet och utvecklingen av KPP i Sverige för alla delar i sjukvården

Nationell KPP / DRG-databas

- KPP-data finns från 1997 till och med 2003
- KPP-databasen är tillgänglig via Landstingsförbundets hemsida
- Innehåller cirka 30% av vårdtillfällena i Sverige 2003 - databasen ökar år från år
- Första databasen för KPP-data för öppenvård och psykiatri har samlats in – används för vikter och validering av NordDRG-O samt för utveckling av DRG i öppenvård och psykiatri

KPP internationellt

- KPP finns förutom i Sverige främst i Canada, USA, Australien och alla de nordiska länderna
- Stort intresse för KPP internationellt, projekt pågår t ex i
 - Tyskland
 - Holland
 - Japan
 - Rumänien

Beskrivningssystem och ersättningssystem

- Skilj på beskrivningssystem och ersättningssystem!
- KPP och DRG är beskrivningssystem
- Beskrivningssystem kan utgöra komponenter i ersättningssystem
- Det är hela ersättningssystemets uppbyggnad som avgör hur det fungerar och vilka incitament som skapas!

Varför KPP?

Varför har vi inte KPP?

- Hälso- och sjukvårdens produkter är svåra att beskriva och kategorisera
- Hälsa är svårt att mäta och definiera – bygger på subjektiva upplevelser
- Det finns en kulturell aversion mot att kategorisera och mäta hälso- och sjukvård

Användningsområden KPP

- Underlag för den operativa styrningen på sjukhus och kliniker
- Underlag för den strategiska styrningen av sjukvården – landstingen/regionerna
- Underlag för nationella arbeten och analyser
- Underlag till DRG-vikter och DRG-utveckling

KPP och DRG

- KPP tar fram verkliga kostnader per vårdkontakt, DRG speglar den genomsnittlige patienten.
- KPP utgör underlag för DRG – DRG kan enbart valideras genom KPP
- KPP utgör underlag för ytterfallsberäkningar, DRG-vikter, förklaringsvärden mm. KPP bestämmer hur resurstungt varje DRG är.
- KPP kan validera alla beskrivnings- och/eller ersättningssystem
- KPP är beroende av att det finns beskrivning av vårdkontakten för att informationen ska bli meningsfull (primär och sekundär)

KPP / DRG och grunddata

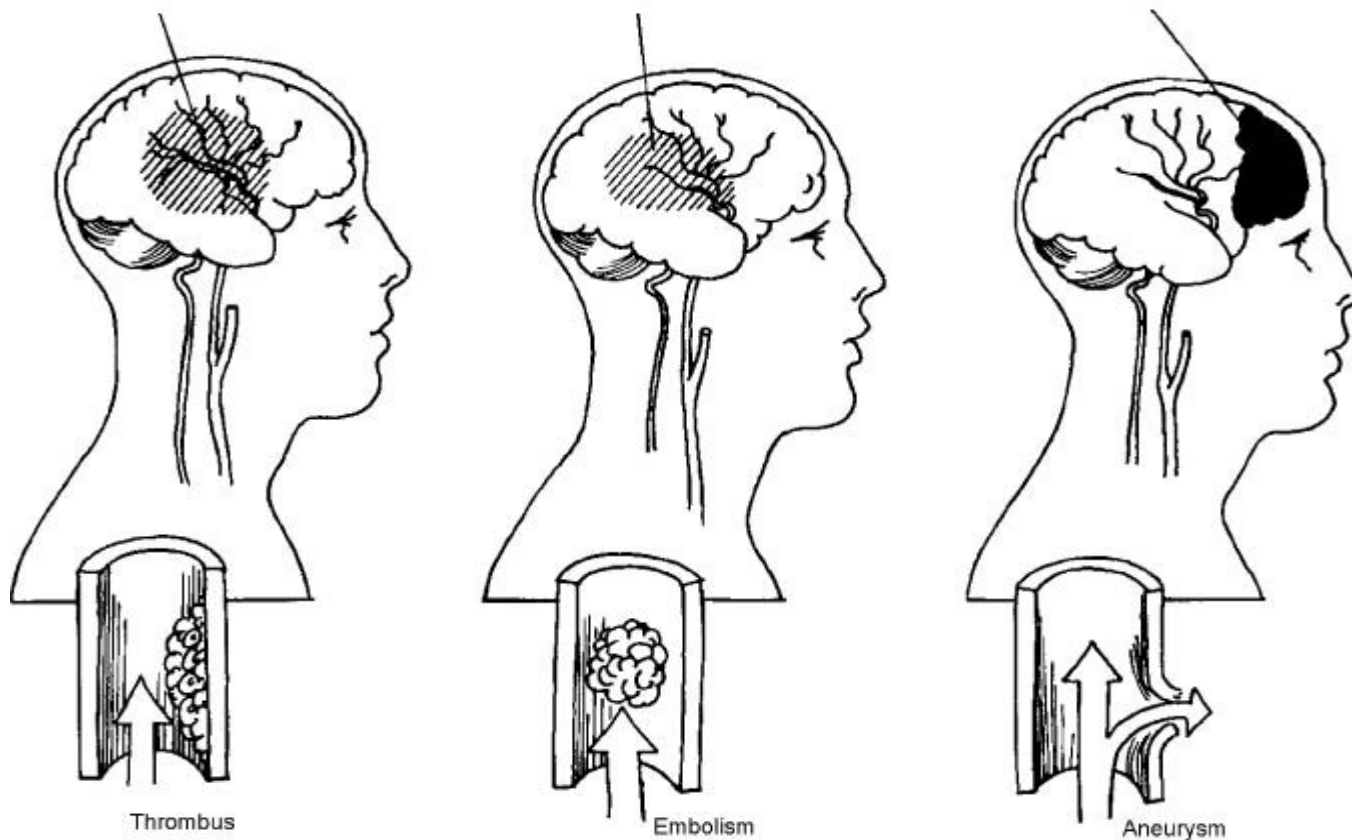
- KPP och DRG är beroende av kvaliteten i grunddata
- Det är den registrering kring patienten som sker på kliniker och mottagningar som är utgångspunkten för informationen
- Ökad kvalitet i primärklassificeringen är den enskilt viktigaste kvalitetshöjande faktorn
- Uppgifter om läkemedel i KPP-redovisningen saknas ännu vid de flesta sjukhusen

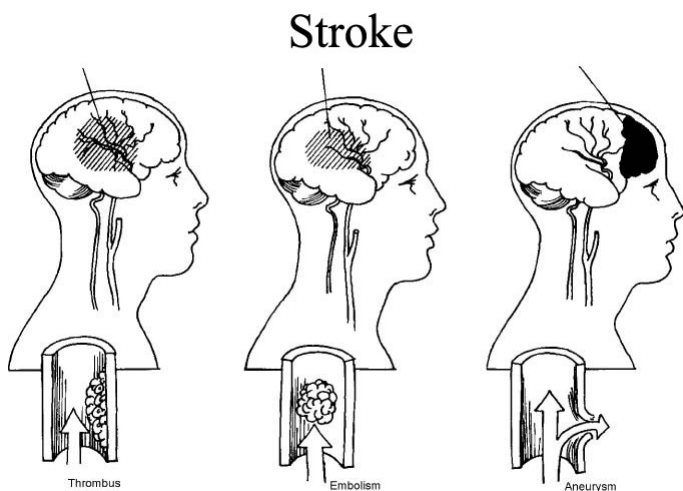
Exempel – Operativ styrning



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Stroke





KPP

- Vad kostar varje vårdtillfälle ?
- Vilka är kostnaderna ?
- Är vi dyrare än andra ?
- Vilken ersättning får vi för att vårda en stroke patient ?
- Medicinsk praxis?
- Resultat ?
- Vad påverkar resultat och kostnader?

- Journal
- Epikris/Diagnoser
- Åtgärder
- Ålder/Kön/Utskriven till/vårdtid/bostadsort
- DRG - Sekundärklassificering
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan

Patient data - Stroke

Stroke patient		
Vårdtjänst	Kostnad	Andel av Totalkost
Grund	66 855 kr	85,5%
RTG	3 411 kr	4,4%
Sjukgymn	3 324 kr	4,3%
Arbter	3 266 kr	4,2%
Lab	838 kr	1,1%
Akut	472 kr	0,6%
	78 166 kr	100%

DRG 14 Stroke

Ersättning 57 000 kr

Ålder 84

Vårdtid 26

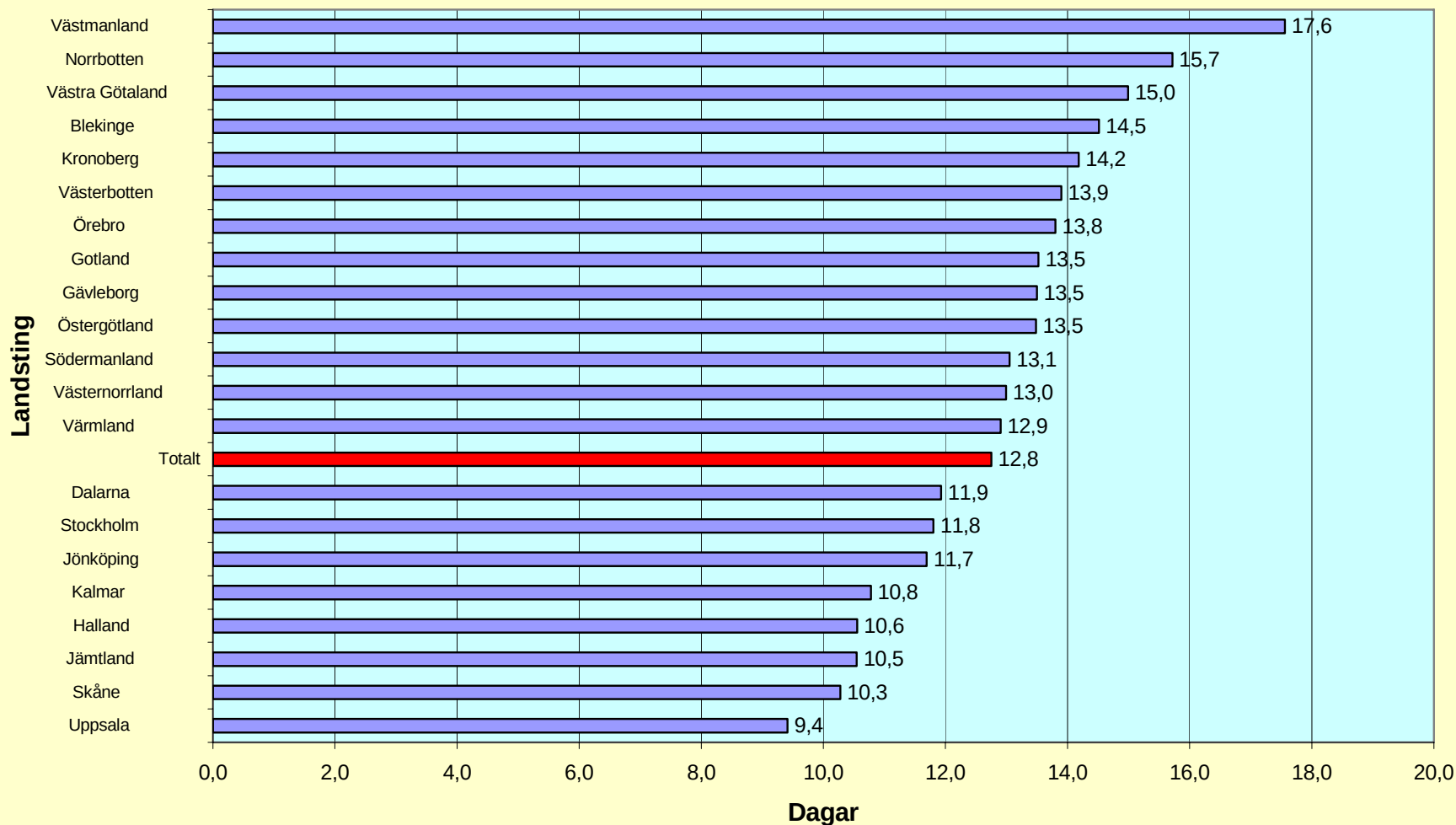
Hemort Skövde

Kön Kvinna

Diagnos Djup intracerebral blödning i storhjärnan
m.fl.

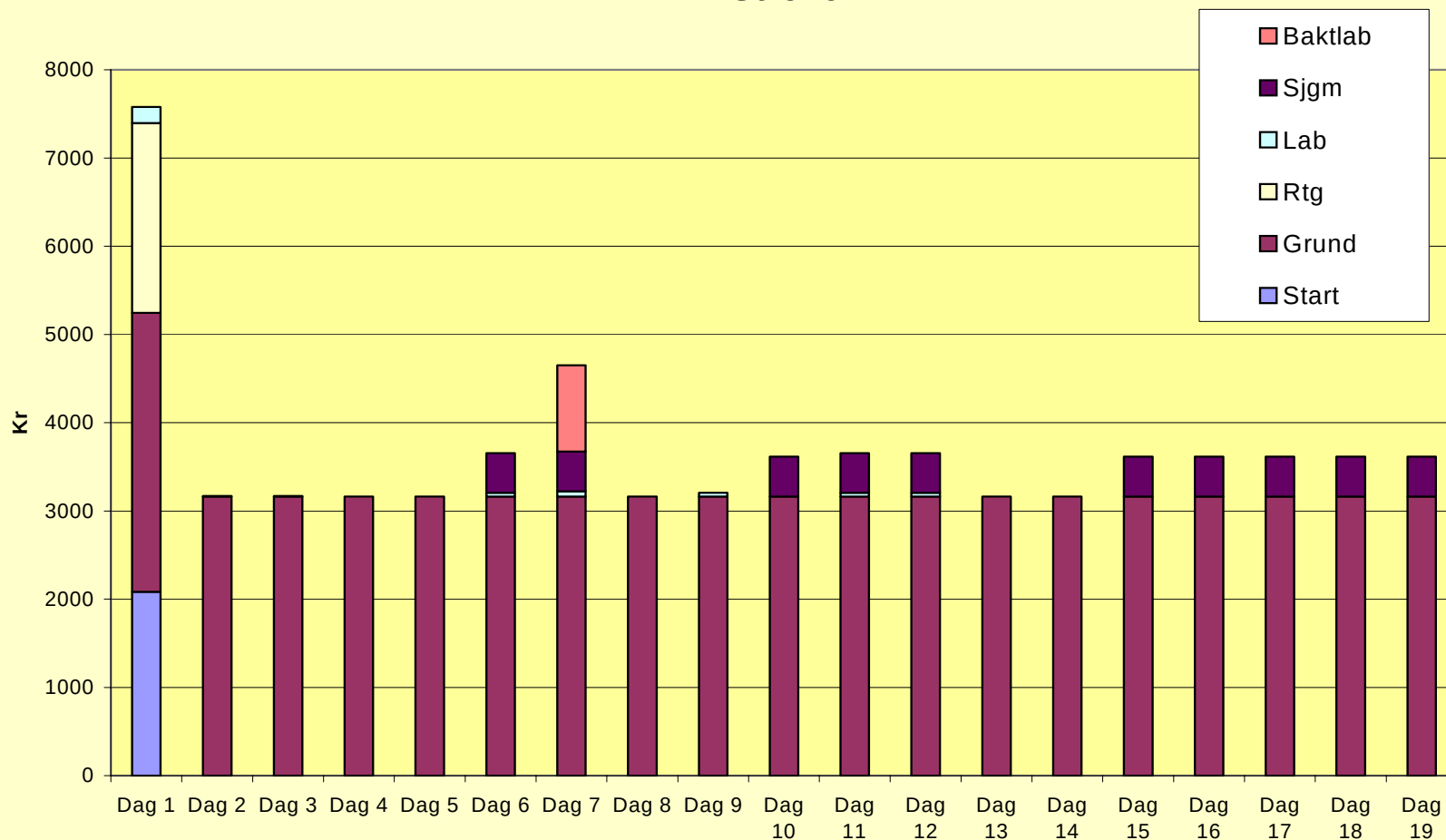
Medelvårdtid för stroke

Medelvårdtid för stroke per landsting 2003



Medicinsk praxis - stroke

Stroke



Kombinera kvalitetsdata och KPP-data -Stroke

Riskfaktor	Ja (kr)	Nej (kr)
Rökare	38 355	43 932
Sockersjuka	43 245	40 987
Förmaksflimmer	48 598	40 719

Antal medicinerade: Kungälv

55%

Nedstämd Ja (kr)

57 242

Antal medicinerade: Kungälv

18,8%

Riket

30,5%

Nej (kr)

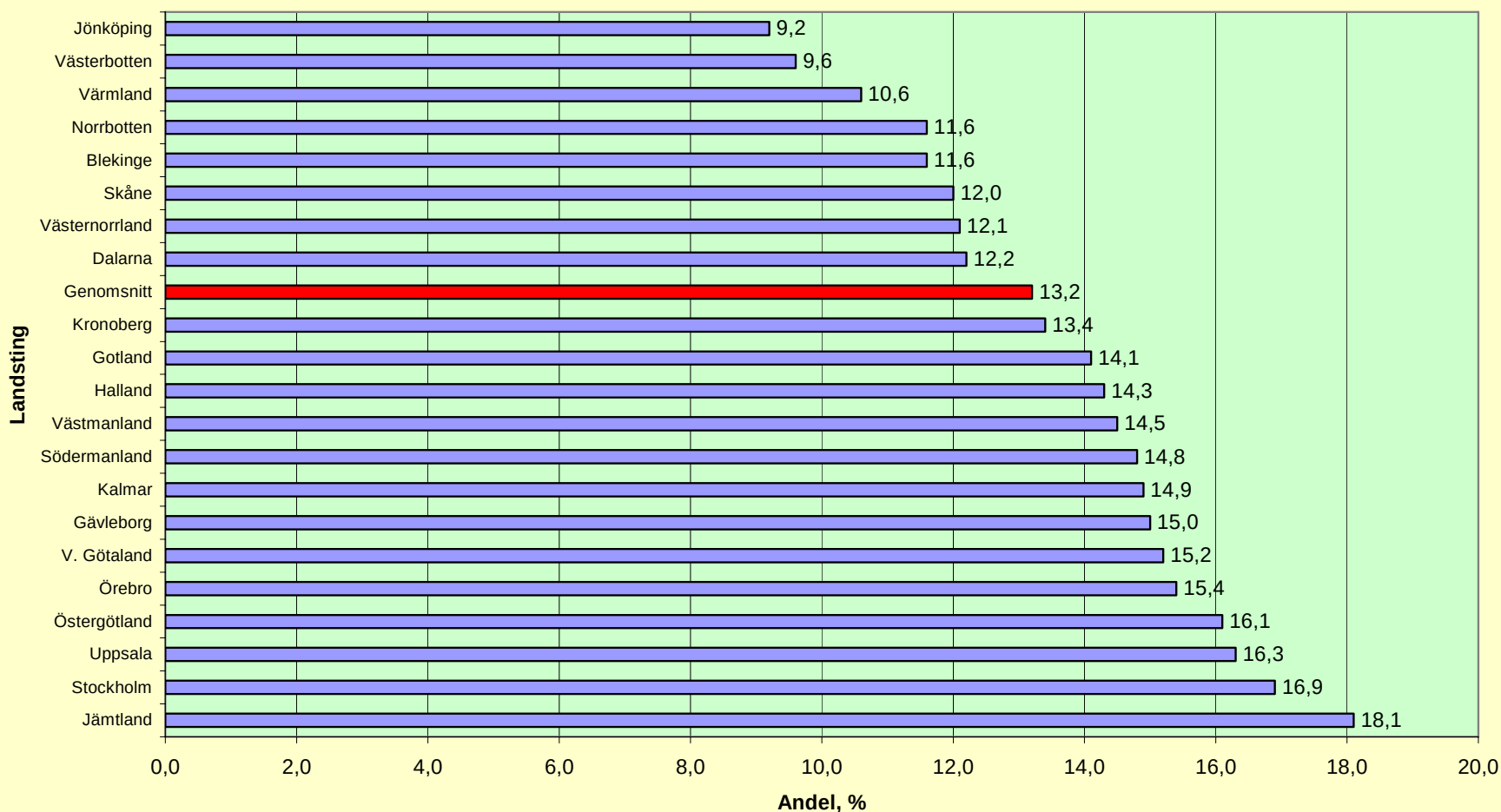
40 674

Riket

22,7%

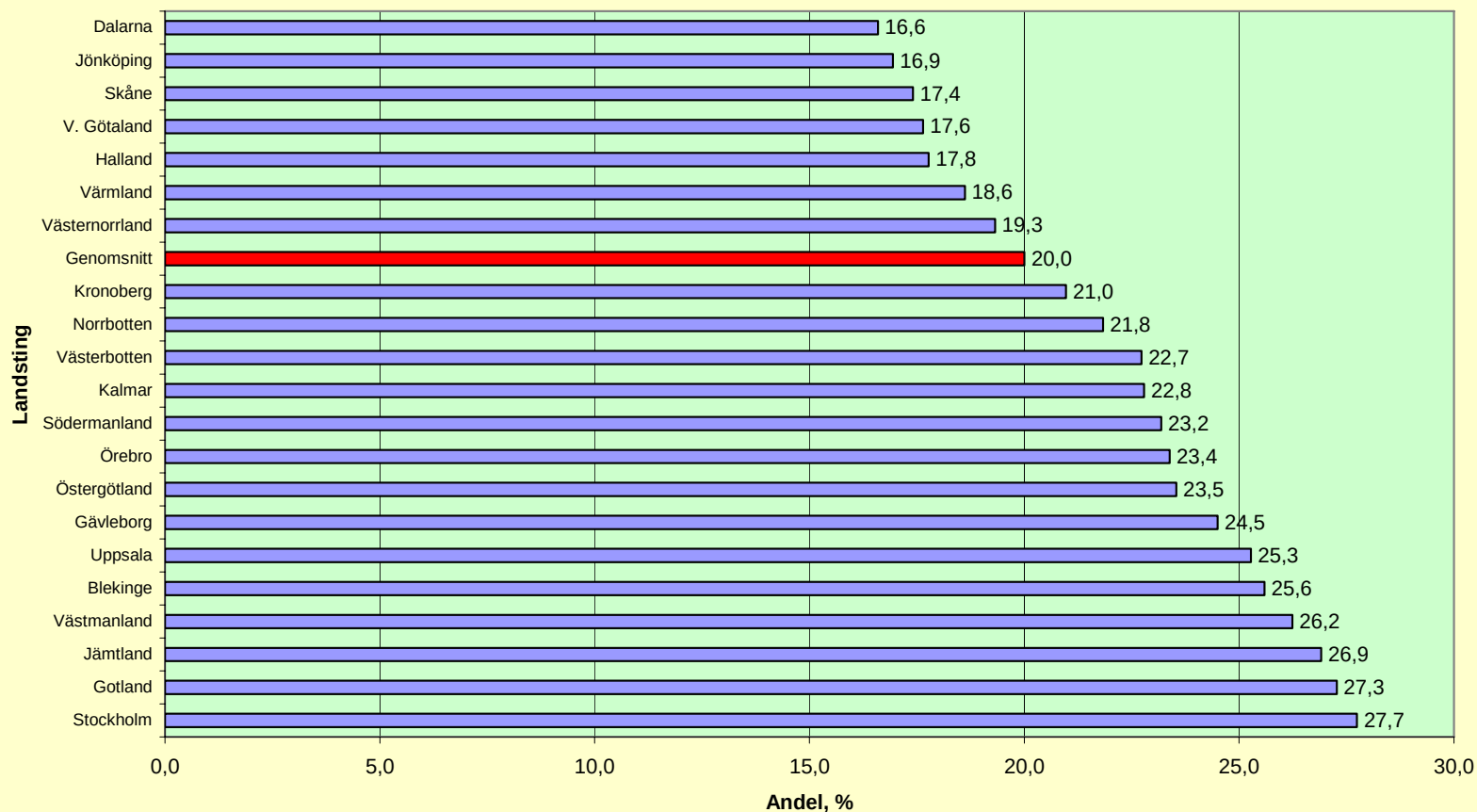
Andel patienter som var nedstämda efter stroke

Andel patienter per landsting som är ofta eller ständigt nedstämda (%) efter stroke, 2003



Andelen patienter som upplever hälsan efter stroke som dålig eller mycket dålig efter 3 månader i insjuknandet per landsting, 2003

Ganska eller mycket dålig allmän hälsa efter 3 mån i insjuknandet i Stroke (%), 2003



Underlag till den strategiska styrningen

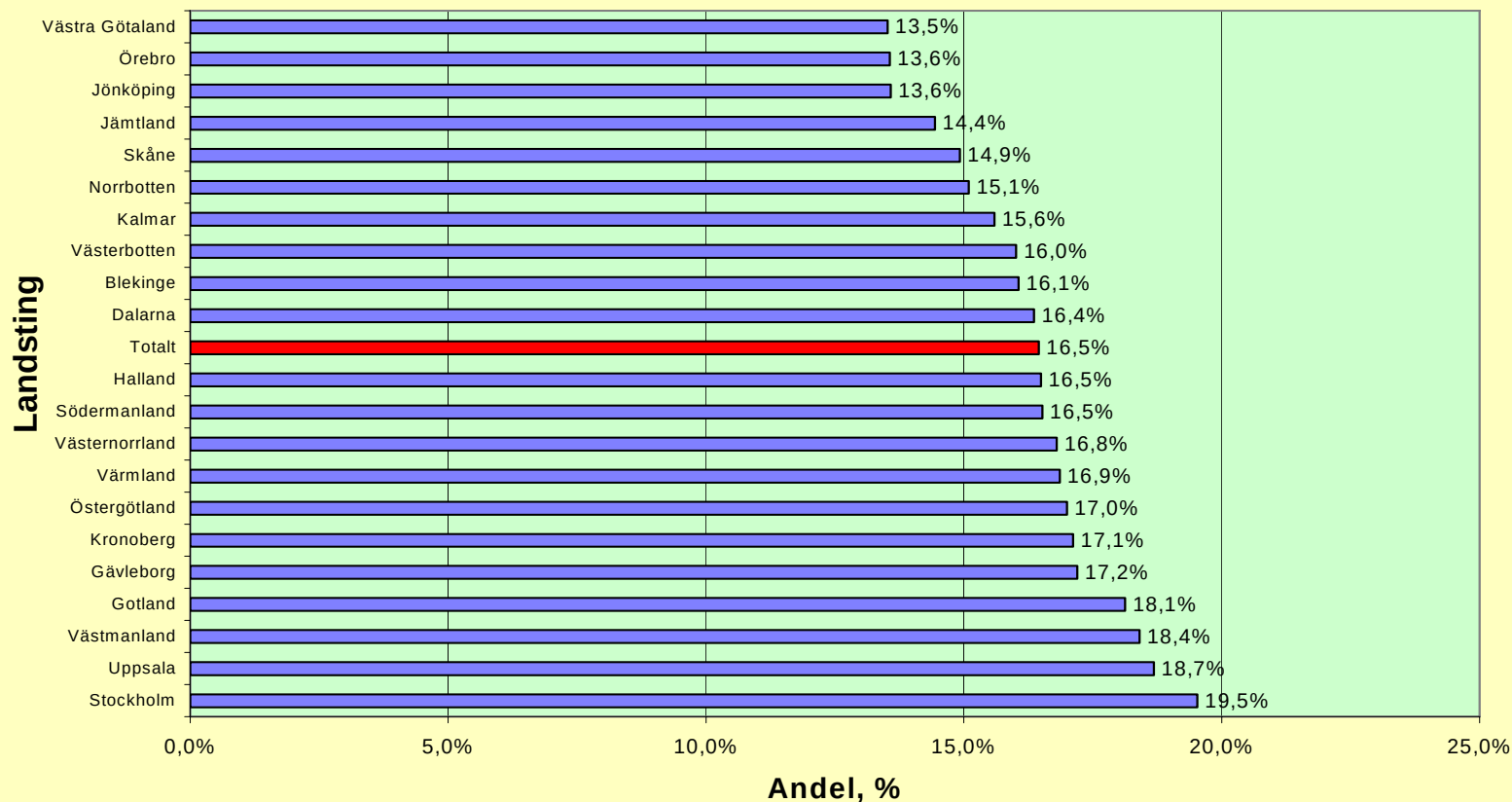
- Kostnader för omhändertagandet av olika patientgrupper – prioriteringar
- Kostnader och volymer i förhållande till befolkningen
- Kombination av kostnader med kvalitetsdata
- Diskussionsunderlag om aktiviteter och medicinsk praxis och prissförhandlingar
- Produktivitet

De största DRG-grupperna

DRG	Namn	Antal vård- tillfällen	Genomsnitts- kostnad 2002	Genomsnitts- kostnad 2001	Genomsnitts- kostnad 2000	Förändring 2000-2002 i %
001	Kraniotomi >17 år ej trauma Stor led op m implantat	2 971	153 600	138 000	125 400	22%
209	nedre extremitet	5 649	80 300	77 500	76 900	4%
373	Vaginal förlossning U	21 704	18 100	17 600	16 700	8%
107	Koronar bypass utan hjärtkateterisering	2 820	133 600	133 200	120 900	11%
14	Spec kärlsjd hjärna exkl TIA	7 143	48 900	44 400	40 400	21%
112	Perkutan kardiovaskulär op	5 231	65 500	66 400	60 600	8%
483	Trakeostomi ej ÖNH-sjd Op på hjärtklaff utan	441	633 400	607 300	597 400	6%
105	hjärtkateterisering	1 140	200 100	198 000	180 500	11%
127	Hjärtsvikt och chock Buksmärt/gastroenterit >17	6 240	31 000	28 900	27 100	14%
183	U	11 320	15 200	14 100	14 000	9%

Frekvens kejsarsnitt

Andel kejsarsnitt per landsting 2003

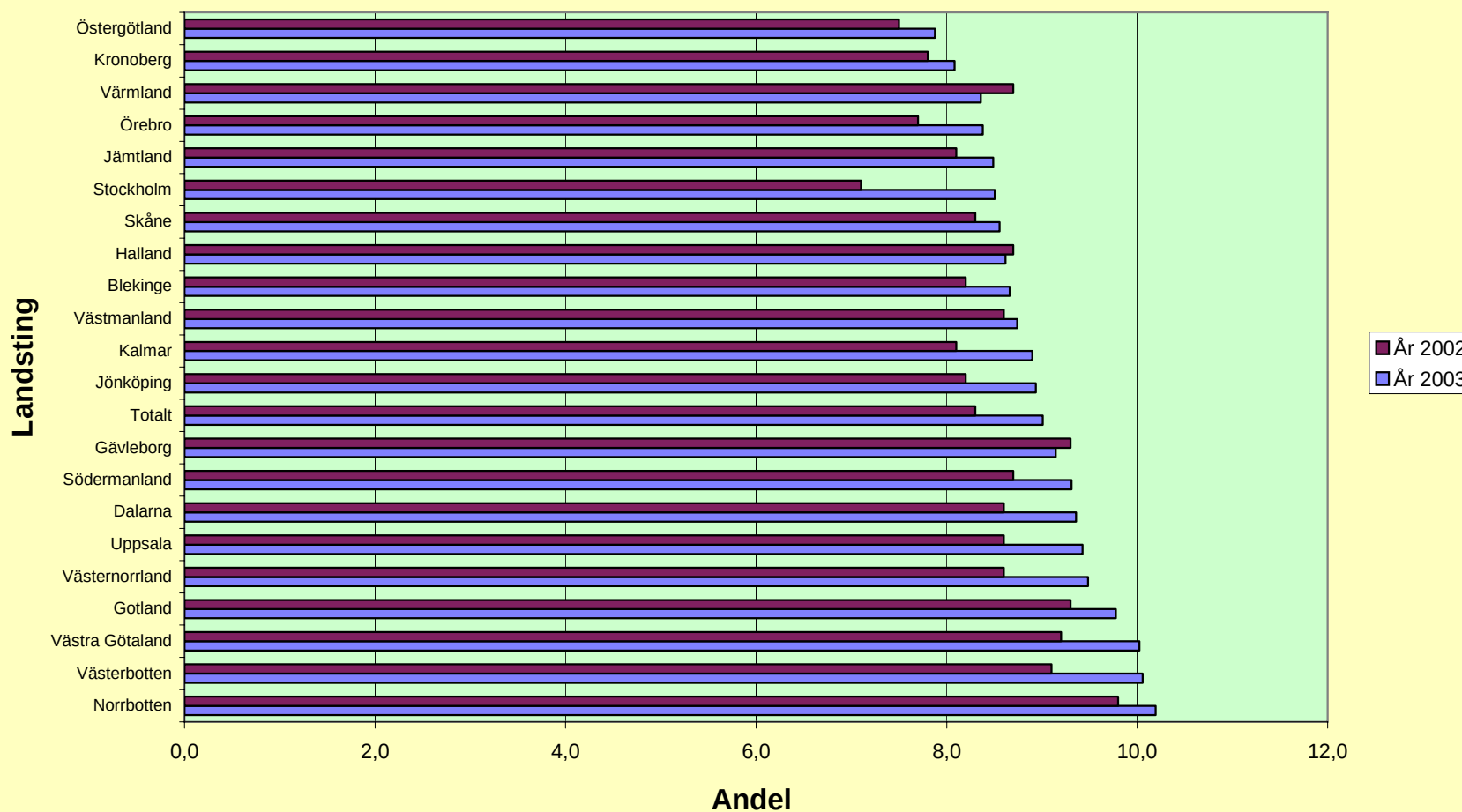


Kostnad normalförlossning: 18.000 kr

Kostnad kejsarsnitt (okompl): 40.000 kr

Andelen återinskrivningar i slutenvård 2003

Andelen återinskrivningar 2003 och 2002

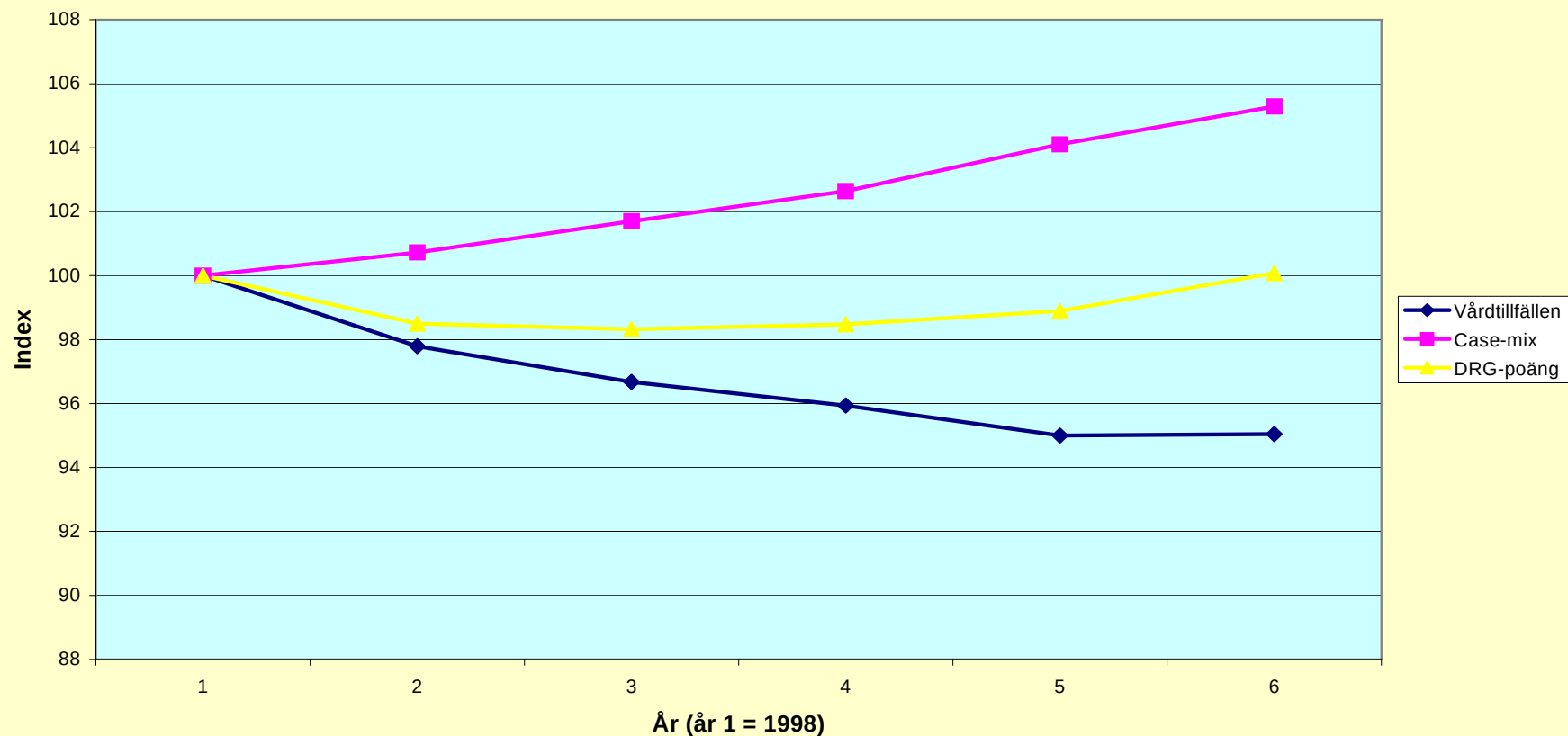


Produktivitet

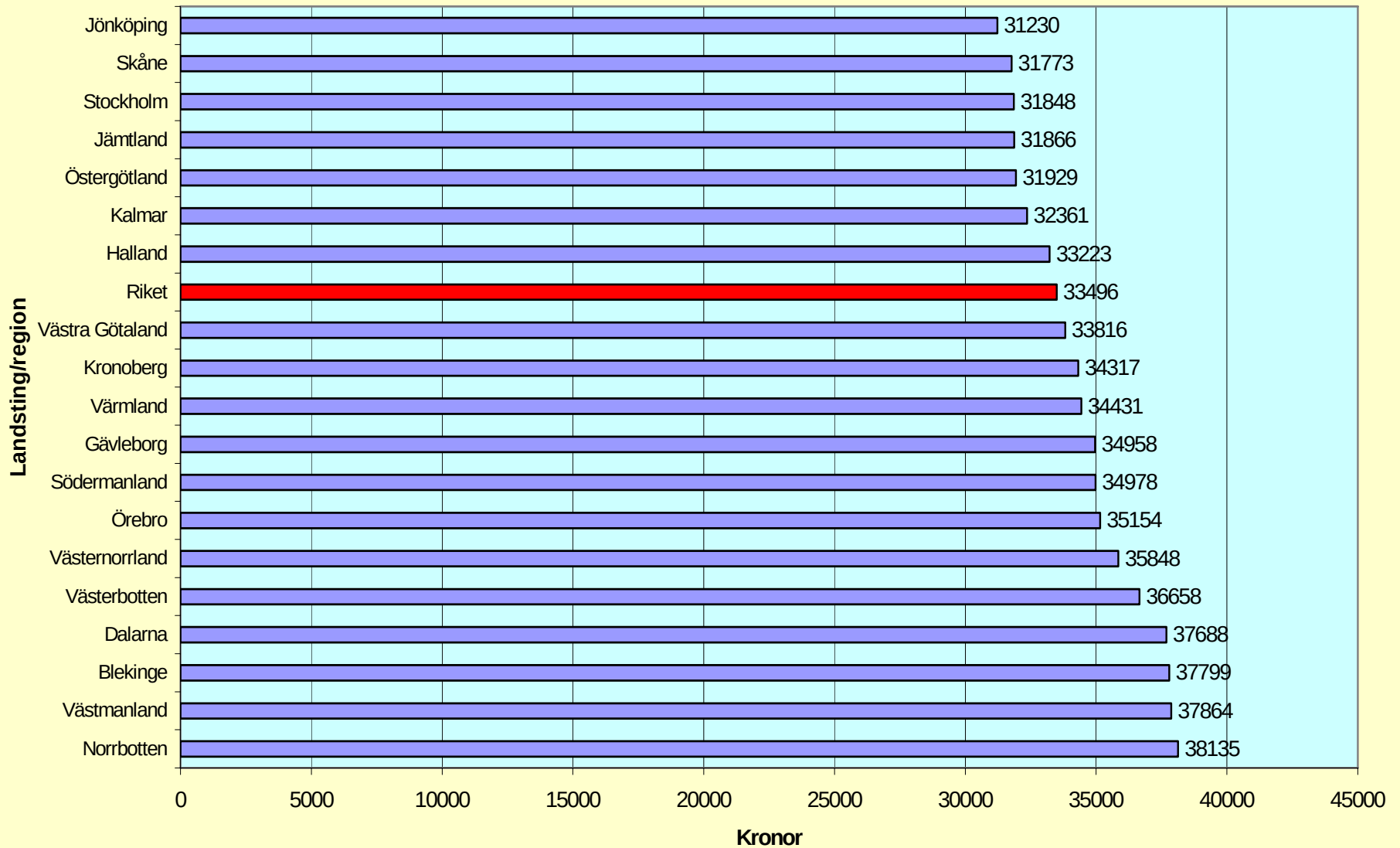
- Med produktivitet avses här att verklig kostnad ställs mot någon typ av prestationsmått
- Justering av prestationer för case-mix (fallblandning eller "vårdtyngd") är nödvändigt
- KPP tar fram de verkliga kostnaderna för produktionen

Utveckling slutenvård 1998-2003

Utveckling av vårdtillfällen, Case-mix och DRG-poäng 1998-2003



Kostnad per konsumerat DRG-poäng



Jämförelse sjukhus - Case-mix index

Sjukhus 2002	Index faktiska kostnader			Förändring 2001-2002, i procent-enheter
	Index faktiska kostnader	exkl ytterfall	Case-mix index	
Karolinska sjh	115	109	100	1
Huddinge sjh	104	111	107	4
Akademiska sjh	112	109	101	-
Lund	132	127	107	1
Halmstad	70	78	92	-
Varberg	63	70	86	-2
Sahlgrenska	98	96	98	-3
Kungälv	69	76	88	3
Skaraborg	74	84	97	2
Norrlands univ.sjh	96	95	101	2

Pågående utvecklingsarbete

KPP-DRG

- Fler sjukhus/kliniker i Sverige med KPP-redovisning
- Införa KPP i primärvård och psykiatri
- Utveckling av KPP i öppenvård
- Utveckla NordDRG för hela öppenvården (inklusive psykiatri)
- Koppla ihop kvalitetsuppgifter med KPP – fler exempel
- KPP i kommunerna (KPB)
- Nordiskt KPP-projekt
- Produktivitetsstudier – nationellt och på nordisk nivå
- Benchmarkingprojekt
- Analysrapporter

KPP i framtiden

- Individbaserad kostnadsredovisning är här för att stanna
- Förbättring av kvaliteten i data med hjälp av förbättrade IT-stöd och förbättrade grundregistreringar
- Utveckling av informationen både ur ett beskrivningsperspektiv och ersättningsperspektiv
- Fortsatt utveckling av fler verktyg för uppföljning
- Kombinera KPP med andra verktyg
- Samarbete nationellt och internationellt

Sammanfattningsvis...

Varför KPP och DRG?

Bättre underlag och stöd till
olika nivåer i
sjukvårdsorganisationen
ger grund för en effektivare
sjukvård.

Adresser på webben

Sveriges Kommuner och Landsting

www.skl.se

CPK

www.socialstyrelsen.se/Om_Sos/organisation/Epidemiologiskt_Centrum/Enheter/cpk

Tack för uppmärksamheten!