Vad är KPP ?

Kostnad Per Patient

”Patientrelaterad redovisning”

Leif Lundstedt

Statistiksektionen

Sveriges Kommuner och Landsting

Stockholm 6 september 2017

AGENDA

Sveriges Kommuner och Landsting

Vad är KPP och varför ?

Metod

Bakgrund, SKL:s uppdrag & KPP-organisationen

Nuläge och framtid

Analyser och exempel på användningsområden

VAD ÄR KPP ?

MODELL / METOD

VAD ÄR KPP ?

En metod för att fördela ut kostnader per vårdkontakt och patient

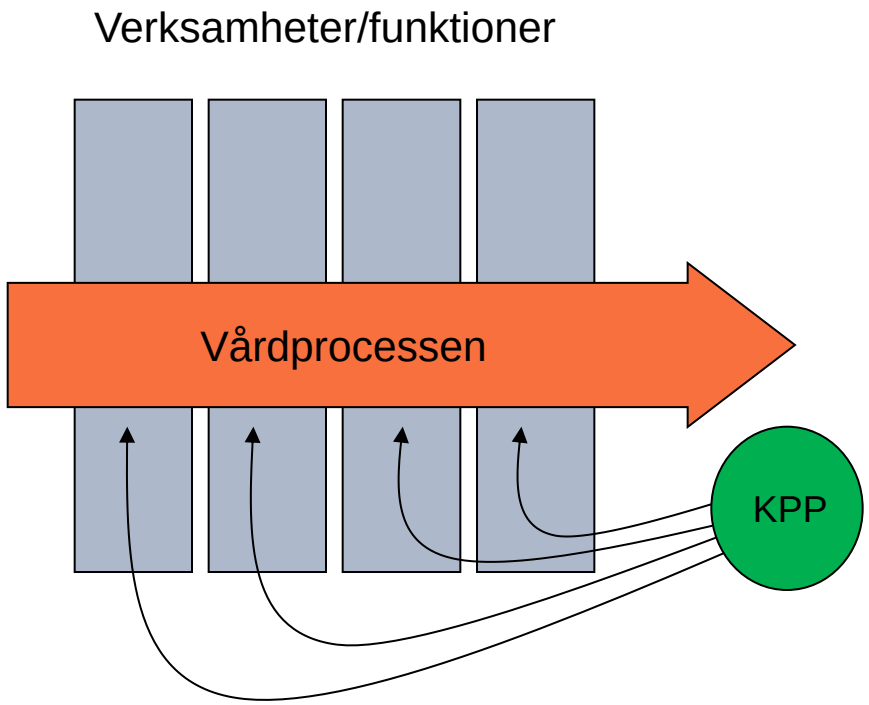
”Patientrelaterad redovisning” Samla alla resurser som patienten erhåller i samband med en vårdkontakt

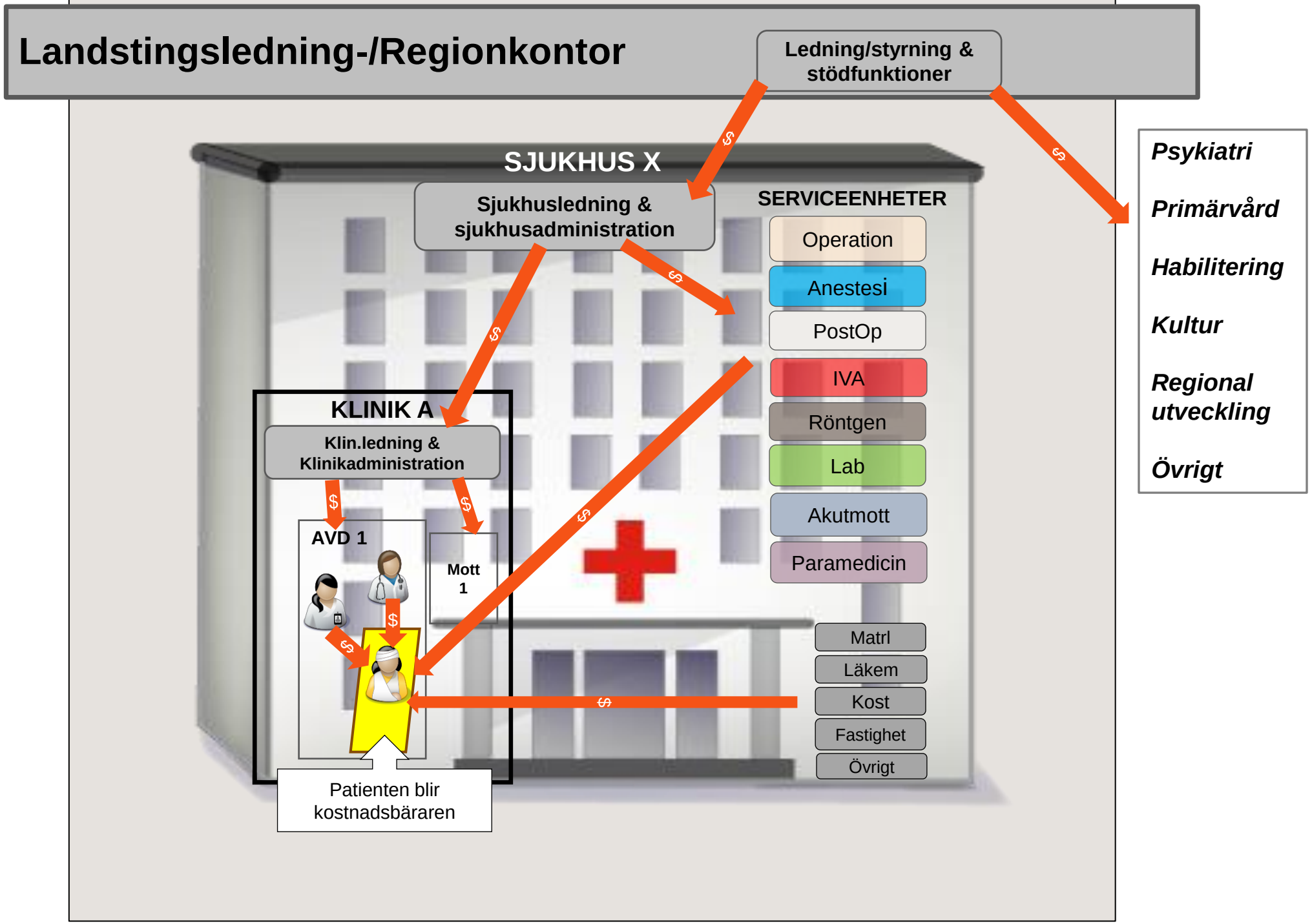
Bygger på gemensamt framtagna principer (SKL, landstingen & Socialstyrelsen)

Patientfokuserad – patienten är kostnadsbäraren

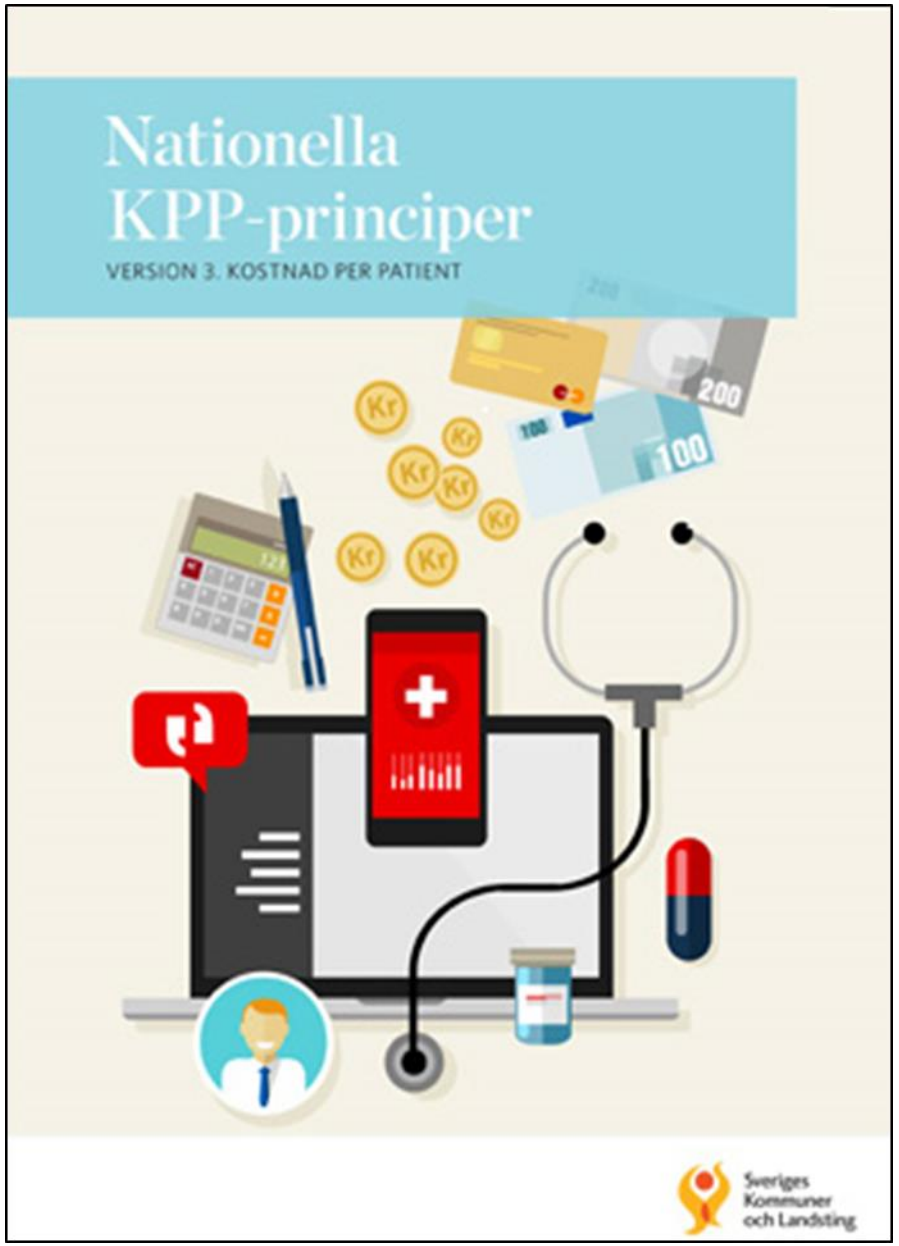
Innehåller även annan information om vården och patienten

KPP beskriver vårdkontakten och möjliggör uppföljning av vårdprocesser




Landstingsledning-/Regionkontor
Ledning/styrning & stödfunktioner
SJUKHUS X
Sjukhusledning & sjukhusadministration
SERVICEENHETER
Operation
Anestesi
PostOp
IVA
Röntgen
Lab
Akutmott
Paramedicin
Matrl
Läkem
Kost
Fastighet
Övrigt
KLINIK A
Klin.ledning & Klinikadministration
AVD 1
Mott 1
Patienten blir kostnadsbäraren
Psykiatri
Primärvård
Habilitering
Kultur
Regional utveckling
Övrigt

Nationella KPP-principer



- Totalkostnadsredovisning
- Vårdtjänster
- Kalkylmodeller
- Matchningsregler

Grundläggande utgångspunkter vid framtagande av KPP

- Produktionsperspektivet
- Självkostnadsprincipen
- Inga fria nyttigheter
- Patientfokus
- Kvalificerade vårdkontakter
- Väsentlighetsprincipen

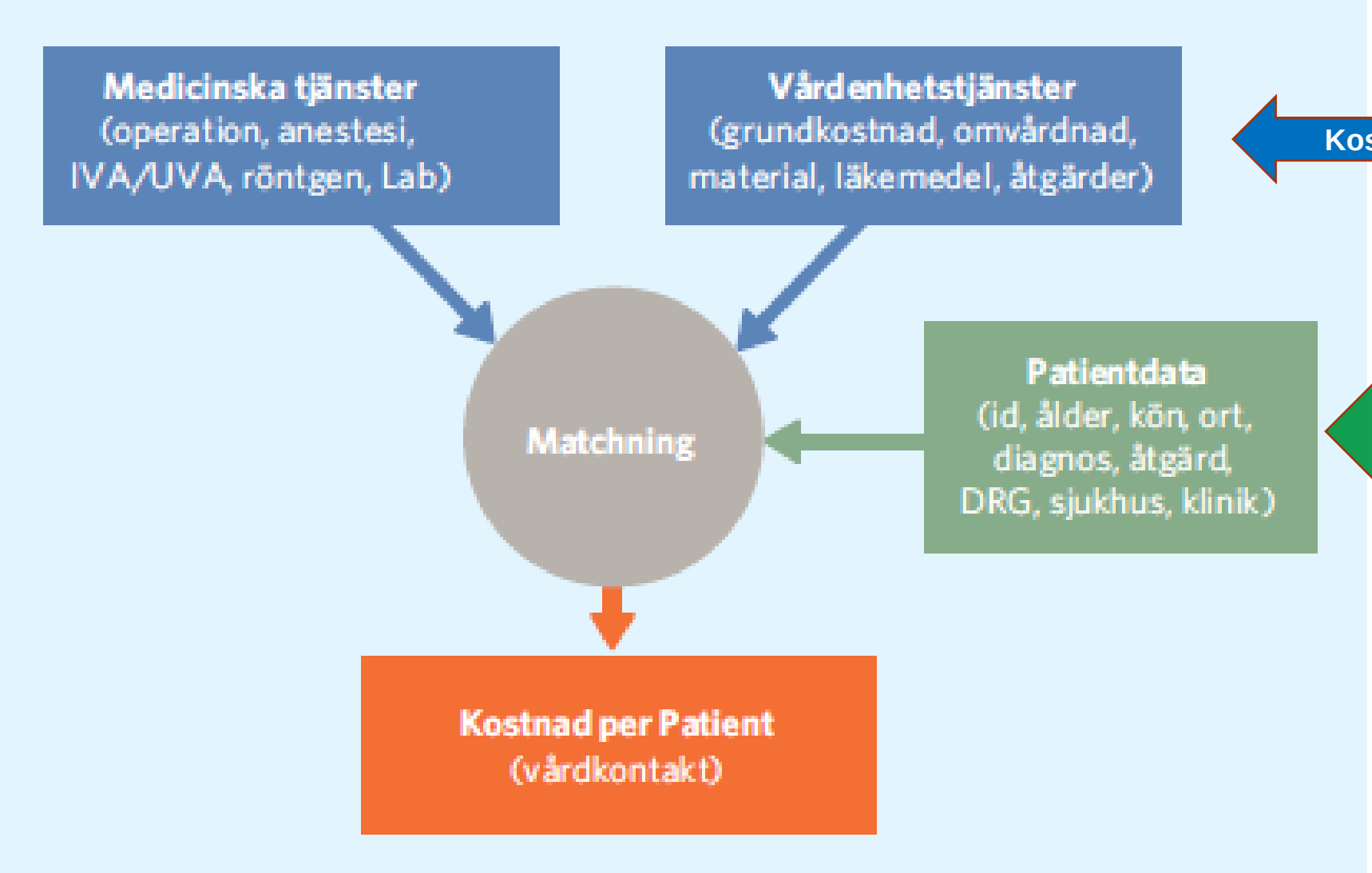
Kostnadsunderlaget i KPP

Sveriges Kommuner och Landsting

1. **Bruttokostnaden för den vårdproducerande enheten.**
2. **Alla kostnader ska fördelas ut på de enheterna i relation till hur enheten förbrukat dom (sjukhus, klin, avd/mott, VC)**
3. **För att få likartade förutsättningar vid jämförelser har följande kostnader exkluderats:**
   - Politiker (Lt-fullm, Lt-styrelse)
   - Forskning & utbildning
   - Externt finansierade projekt
   - Kostnader för köpt vård
   - Ambulanskostnader/sjukresor
   - Hjälpmedelscentraler
   - Kostnader för på enheten förskrivna receptläkemedel
   - Reavinster/förluster, extraordinära kostnader
   - Momskostnad (privata enheter)

Principskiss för KPP - 1

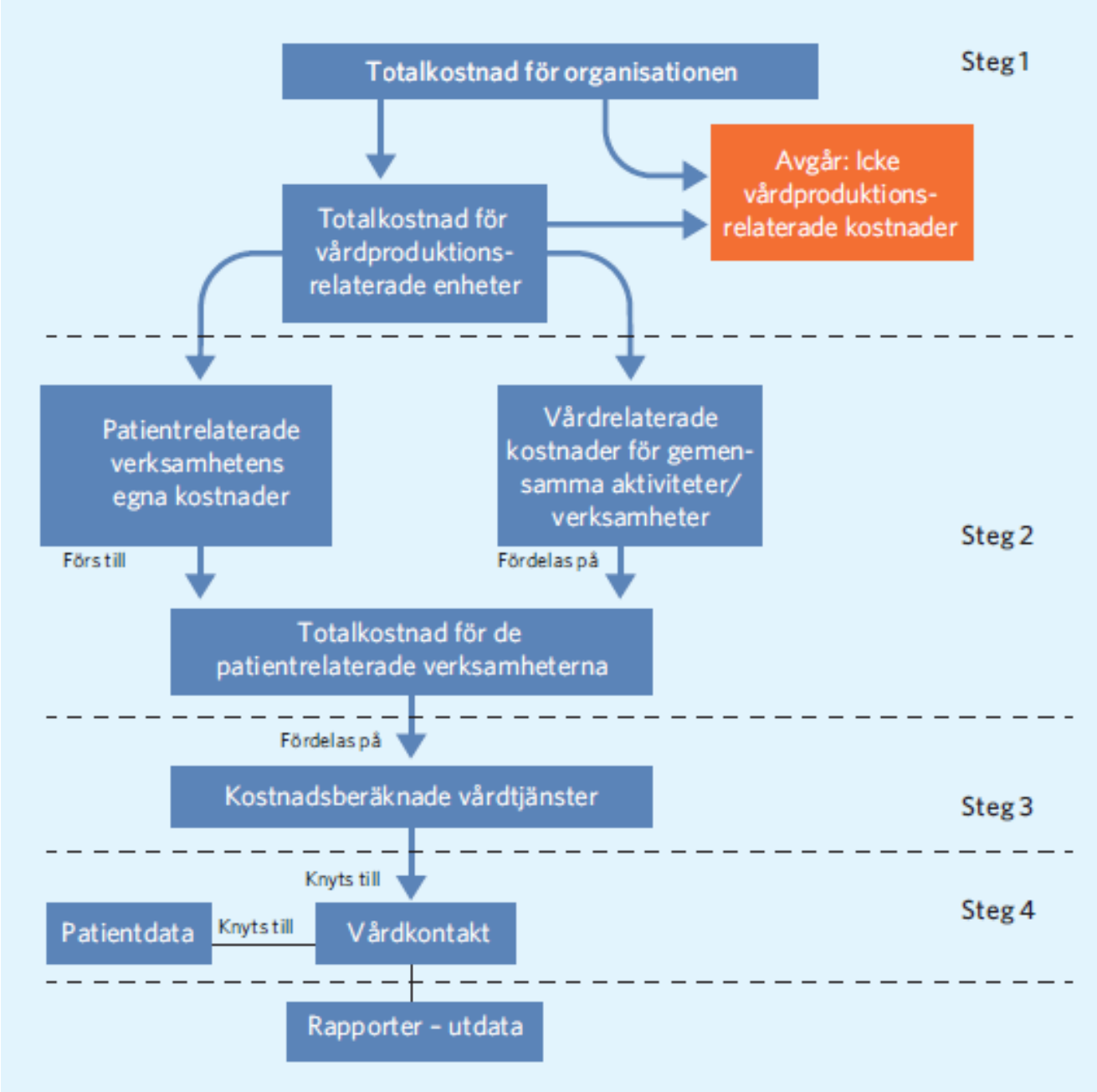
Sveriges Kommuner och Landsting



Kostnader

Medicinsk & patientrelaterad info

Principskiss för KPP - 2



Matchning av vårdtjänster

Sveriges Kommuner och Landsting

HUVUDPRINCIP: vårdtjänsten matchas till den vårdkontakt (patient) som förbrukat den

- I första hand med hjälp av personnummer/vårdkontaktsid, datum och beställande enhet
- Om direkt matchning inte lyckas används stegvis ”fönsterteknik” med följande prioritetsordning:

  matcha till den vårdkontakt som ligger närmast

  matcha efter principen att:

  1. *slutenvård går före öppenvård*
  2. *dagsjukvård före läkarbesök*
  3. *läkarbesök för övriga vårdgivare*
  4. *remissdatum är att föredra framför analysdatum*
  5. *tidsfönstret öppnas stegvis* (t.ex. 3 dagar, 5 dagar, 10 dagar o.s.v.)

Läs mer i KPP-rapporten nr 5 ”Att matcha vårdtjänster i ett KPP-system”

Delkostnader/ vårdtjänster i KPP-modellen

SLUTENVÅRD	ÖPPENVÅRD	Kommentar
Grundkostnad på avdelning	**Grundkostnad på mottagning**	Fasta kostnader som inte samvarierar med antal och typ av patienter. Fördelas med standardpåslag per vårddag/timma, vårdtillfälle eller besök/kontakt.
Insatser av läkare och av annan behandlande personal	**Insatser av läkare och av annan behandlande personal**	Personalkostnader för yrkeskategorier som är självständig hälso- & sjukvårdspersonal och som möter och behandlar patienter
Omvårdnad	**Omvårdnad**	Övriga omvårdnadskostnader som åtgår vid vårdkontakten vilka inte kan matchas till unik patient.
Läkemedel	**Läkemedel**	Kostnader för rekvisitionsläkemedel som kan hänföras till enskild patient utifrån t.ex. uppgifter i läkemedelsmodulen, åtgärdsregistrering med ATC-kod eller via patientens diagnos.
Specifikt material	**Specifikt material**	Kostnader för material som kan hänföras till enskild patient.
Specifika åtgärder	**Specifika åtgärder**	Kostnader för att utföra en specifik resurskrävande åtgärd. Åtgärder som utförs i operationssal eller vid röntgen ingår i sina resp. vårdtjänster.
Operation	**Operation**	Kostnader i samband med operation på operationssal, inkl. implantat och läkemedel.
Anestesi	**Anestesi**	Kostnader för anestesi främst i samband med operation på op-sal inkl. material och läkemedel.
Uppvakning/Postop	**Uppvakning/Postop**	Kostnaderna för vistelsen på uppvakningsenhet (postop) inkl. material och läkemedel.
Intensivvård	–	Kostnader för vård på intensivvårdsavdelning (även intensivvård på vårdavdelning).
Radiologi	**Radiologi**	Kostnader för olika radiologiska undersökningar (bilddiagnostik/bildmedicin)
Laboratorieanalyser	**Laboratorieanalyser**	Kostnader för laboratorieprover, analyser och fysiologitester
Akutmottagning	–	Kostnader för vård på akutmottagning. Akutbesök som leder till inskrivning i slutenvård så ska kostnaden för akutbesöket tillföras slutenvårdstillfället. Om däremot akutbesöket resulterar i hemgång redovisas det som ordinära besök.
Övriga tjänster	**Övriga tjänster**	Kostnader för övriga vårdtjänster som kan hänföras till en enskild patient

Variabler i KPP-databasen

Sveriges Kommuner och Landsting

1. Uppgifter om patienten (8)
   personid, vårdhändelseid, kön, ålder, hemortslän & kommun
2. Uppgifter om vårdenhet (5)
   landsting/region, sjukhus, klinik/MVO
3. Administrativa uppgifter om vårdtillfället/besöket (10)
   in- & utskrivningsdatum, permissioner, vårddagar, planerad vård, in- & utskrivningssätt, kontakttyp, yrkeskategori, lagrum
4. Medicinska data (62)
   huvud- & bidiagnoser, åtgärder, MDC, DRG & DRG-vikt
5. Kostnadsdata (18)
   läkare/behandl.personal, omvårdnad, mottagn/vårdavd, läkemedel, material, operation, anestesi, IVA/UVA, röntgen, lab, akutmott, inner-/ytterfall

KPP-datat ägs av landstingen/regionerna och förvaltas av SKL med stöd av ett personuppgiftsbiträdesavtal med resp. landsting/region.

KPP-databasen på webben

Sidoinformation lämnas kring det KPP-data resp sjukhus/enhet lämnar in till SKL. Syfte med den är att identifiera och beskriva skillnader i hur man på klinikerna/sjukhusen/landstingen/regionerna beräknar och hanterar sina vårdkostnader.

VARFÖR KPP

Sveriges Kommuner och Landsting

- Bra verktyg för att, analysera, förstå och jämföra (mellan enheter/sjukhus och över tid)
- Studera verksamhetens processer och kostnadsbilden för olika patientgrupper och vårdprogram (Öppna Jämförelser m.fl.)
- Verktyg för att identifiera förbättringsområden
- Sätter fokus på grundregistreringen
- Bra för klinikens lednings- och styrningsarbete uppföljning, budget- & prognosarbete
- Underlag för landstingens/regionernas prioriteringar och strategiska styrning av sjukvården utvärdera/förbättra ersättningssystem
- Kopplat med mätning av patienttillfredsställelse & kvalité kan vi börja beräkna sjukvårdens effektivitet
- Underlag för DRG- & ACG-vikter samt stöd vid utvecklingen av NordDRG

VARFÖR KPP forts.

Sveriges Kommuner och Landsting

- Gör att man kan gå från känslobaserade till faktabaserade beslutsunderlag
- Kan följa den medicinska kostnadsutvecklingen (nya metoder)
- Lyfta fram kostnader och effektivitet för specifika behandlingar och diagnoser
- Identifiera resurskrävande patientgrupper
- Möjliggör uppföljning ur befolknings- och jämlikhetsperspektiv
- Nödvändigt för fakturering och prissättning
- Analyser att använda i forskning
- Skapar möjlighet att koppla ihop en individs resursförbrukning inom olika vårdgrenar och vårdgivare – somatik, primärvård och psykiatri. Med KPB (Kostnad per Brukare) kan sedan även kommunens verksamhet kopplas till.

INVÄNDNINGAR MOT KPP

Sveriges Kommuner och Landsting

- **Mer administrativt arbete** (kalkylarbete, laddningar/körningar/avstämning, kvalitetskontroll)
- **Kostar och kräver resurser** (IT-system, förvaltningsorganisation)
- **Beroende av kvaliteten i grunddata**
- **Alla kostnader går inte att härleda till unik patient**
- **Hälso- & sjukvårdens produkter är svåra att beskriva & resurssätta**
- **Kulturell aversion mot att mäta och kostnadsberäkna hälso- & sjukvård**

BAKGRUND

HISTORIK

Sveriges Kommuner och Landsting

- Diagnosrelaterade grupper (DRG) skapades i början på 1970-talet i USA på Yale university av bl.a. prof Robert D. Fetter. Systemet beskriver på ett överskådligt sätt ett sjukhus casemix/fallblandning i ett antal medicinska och kostnadsmässigt homogena grupper. DRG har använts i USA sedan 1982.

- SPRI[1)] tittade i början på 1990-talet på en svensk DRG-modell vilket skapade ett behov av KPP. En KPP-databas etablerades med data från främst de stora regionsjukhusen som då redan börjat med KPP.
- Några universitetssjukhus har haft KPP-system sedan mitten av 1980-talet.

- Vid årsskiftet 1999/2000 överlämnades KPP-databasen till dåvarande Landstingsförbundet i och med att SPRI avvecklades.

- KPP-arbetet på Landstingsförbundet/SKL har pågått sedan slutet på 1990-talet och tillkom på initiativ av landstingen (ek.dir). KPP är sedan hösten 2002 en del av Sveriges Kommuner och Landstings ordinarie arbete i samverkan med Socialstyrelsen

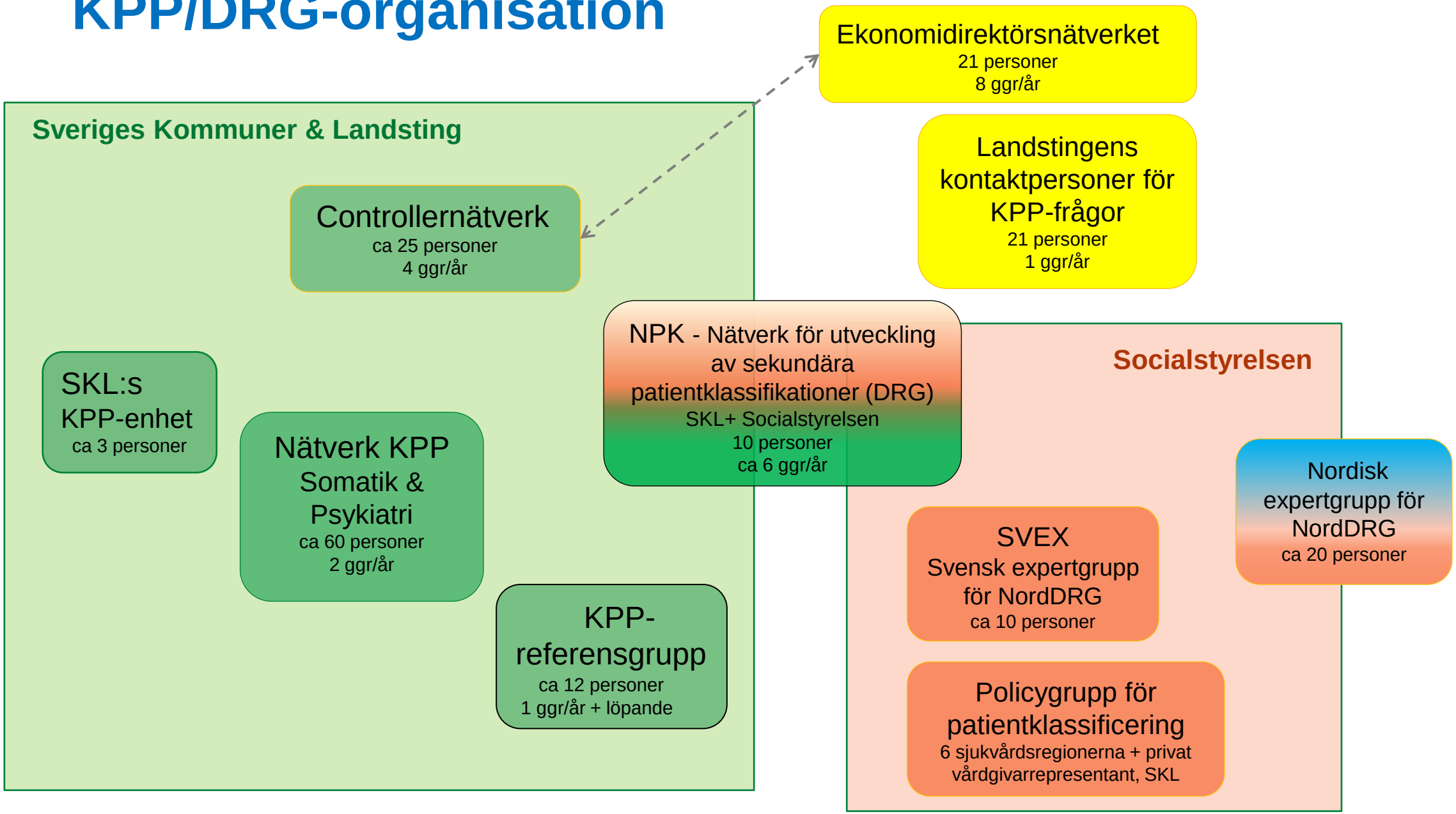
[1)] SPRI, var ett fristående utvecklingsinstitut som arbetade för att förbättra hälso- och sjukvården. Institutet avvecklades vid årsskiftet 1999/2000 och Landstingsförbundet tog då över KPP-databasen.

SKL:s UPPDRAG

Sveriges Kommuner och Landsting

- Ansvara för de nationella KPP-principer (regelverk & anvisningar)
- Stödja landstingen i deras arbete att införa KPP (nätverk, arbetsgrupper, konferenser m.m.)
- Samla in och förvalta den nationella KPP-databasen åt landsting/regioner med stöd av tecknade personuppgiftsbiträdesavtal (fn. den specialiserade vården)
- I samverkan med Socialstyrelsen uppdatera och utveckla sekundära klassifikationssystem inom hälso- & sjukvård (DRG)
- Bidra med underlag och analyser till landstingen/sjukhusen som ska syfta till lokal verksamhetsutveckling och effektivare vård
- Medverka på nationella och internationella konferenser/möten och informera om KPP samt verka för att bredda användningsområdet av KPP/DRG.
- Kostnad ca. 4,5 mkr/år (3 handläggare)

KPP/DRG-organisation



Vi som jobba med KPP på SKL:

Sveriges Kommuner och Landsting

Leif Lundstedt (100%)

Samordnare för KPP-arbetet (Somatik, Psykiatri, Primärvård)
NPK-arbete, KPP-nätverk, princip- & terminologifrågor

Åke Karlsson (ca 95%)

KPP-databas somatik, KPP-analyser på Web, IT-frågor
NPK-arbete, KPP-nätverk, DRG-viktlistor, SAS-plattform

Jenny Sandgren (ca 90%)

KPP-psykiatri, KPP-databas psyk, KPP-analyser på Web
Patientregistret m.m.

Bengt André, konsult (ca 20%)

Verksamhetsuppföljning inom psykiatrin

Mer om KPP på:

www.skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistiknyckeltaljamforelser/kostnadperpatientkpp/omkpp

NULÄGE

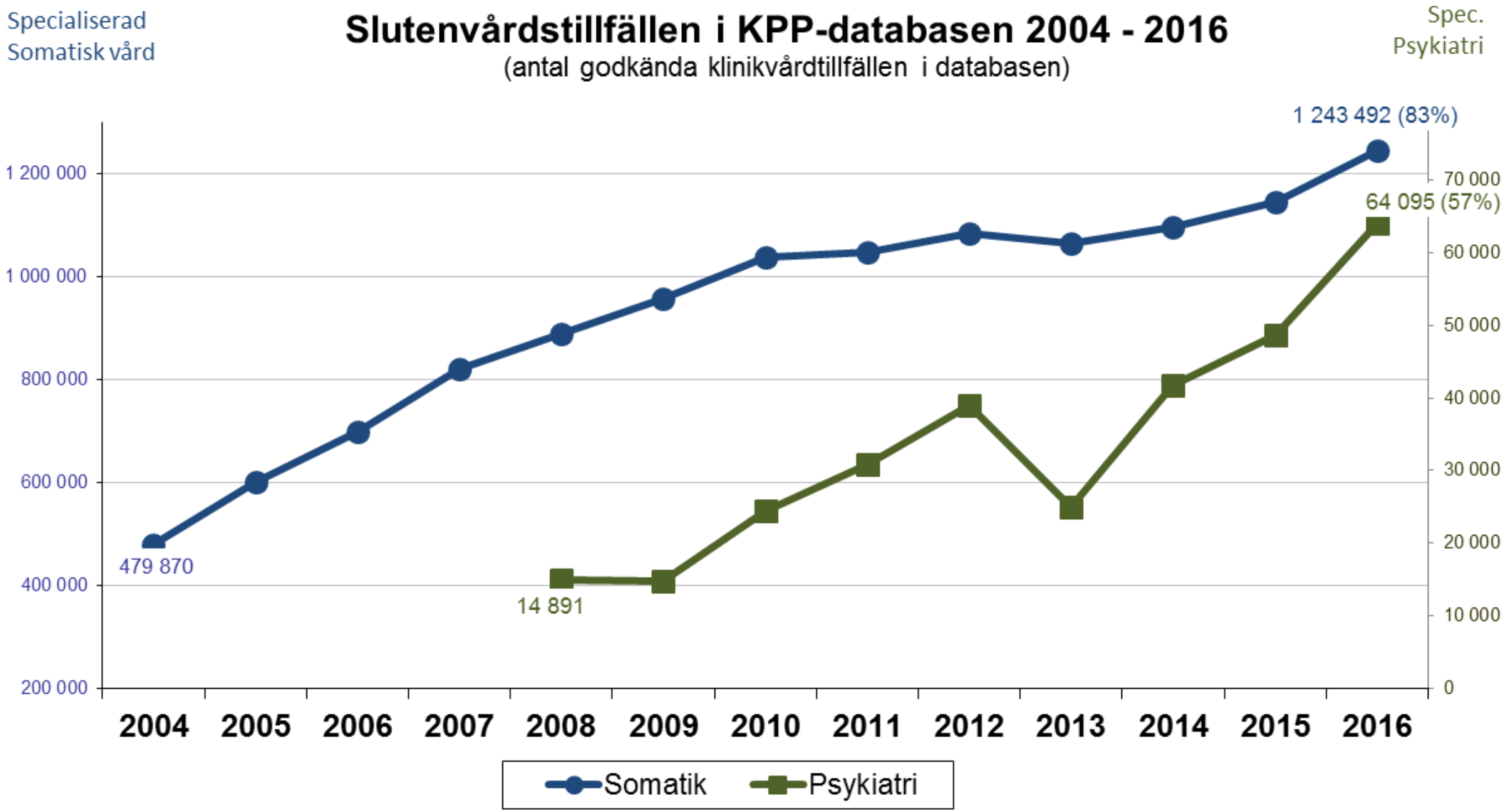
KPP-läget per region/landsting

KPP-läget juni 2017

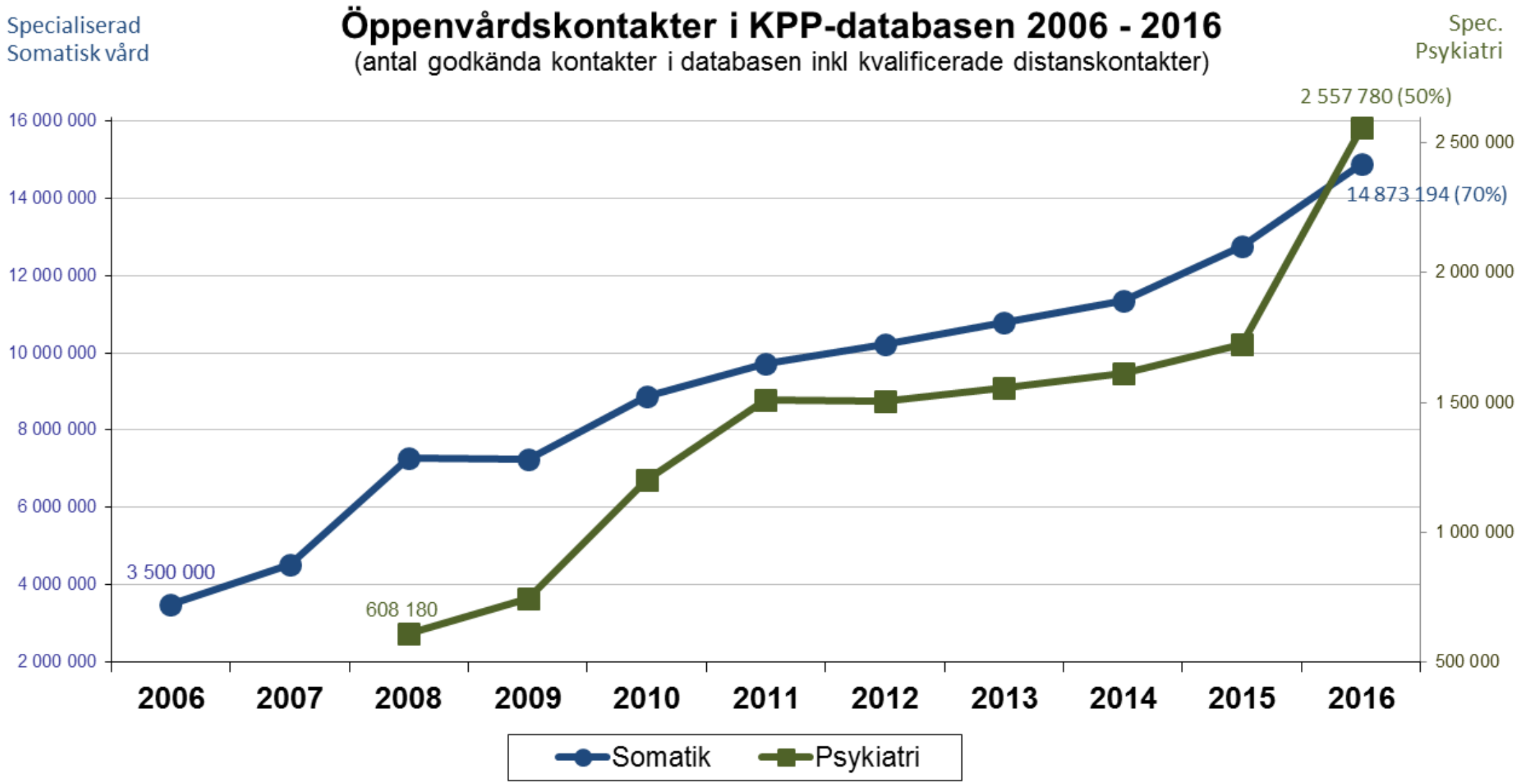
Landsting/region	Somatik	Psykiatri	Primärvård
Norrbotten			
Västernorrland			
Gävleborg			
Östergötland			
Blekinge			
Västra Götaland			
Kalmar			
Värmland			
Skåne			
Kronoberg			
Västerbotten		endast SV	
Västmanland			
Halland			
Uppsala			
Sörmland			
Jämtland-Härjedalen			
Dalarna			
Stockholm			
Jönköping			
Örebro	sept		
Gotland			
Lt/regioner	19 st	15 st	(5 st)
Sjukhus/enheter	66 st	15 st	-

Sveriges Kommuner och Landsting

KPP-databasen utveckling – specialiserad slutenvård



KPP-databasen utveckling – specialiserad öppenvård



Nationella KPP-databasen 2016

Vårdform	Antal vård-kontakter	Andel av all svensk vård (%)	Antal landsting/ regioner	Antal sjukhus/ enheter	Summa Kostnad (mdkr)	Snitt-kostnad (kr)
Somatisk spec. slutenvård	1 243 492	83 %	19	63	71,1	57 172
Somatisk spec öppenvård	14 873 194	70 %	19	65	48,5	3 260
Psykiatrisk spec. slutenvård	64 095	57 %	15	15	6,6	103 166
Psykiatrisk spec öppenvård	2 557 780	50 %	14	14	6,8	2 720
Primärvård *	-	-	-	-	-	-

* Samlas f.n. inte in till den nationella databasen

FRAMÖVER

Sveriges Kommuner och Landsting

- Fortsatt utveckling och breddning enligt i den takt som arbetet prioriteras och resurser finns ute på landstingen (psykiatri & primärvård)
- Fortsatt kvalitets- & förbättringsarbete (kalkylering och matchning av vårdtjänster m.m.)
- Analyser av KPP-data kopplat till uppgifter från kvalitetsregister (Lt. ek.dir benchmarkingprojekt fortsätter)
- Fortsatt utveckling av det webb-baserad analysverktyget (Visual Analytics)
- Fokus på ”Kunskapsstyrning” nationellt, lokalt och på SKL
- Psykiatrirapport, i år med fokus på vårdkonsumtionen relaterad till befolkningen och justerad med CNI
- SKL-projekt kring att beskriva sjukvården och dess utveckling (5-års data)

Individbaserade information är här för att stanna !

ANALYSER MED KPP-DATA

Komponenter vid analyser/jämförelser

Sveriges Kommuner och Landsting

Organisation

- Landsting
- Sjukhus
- Klinik/MVO
- Öppen-/ slutenvård

Medicinsk data samt insatser/åtgärder

- MDC
- DRG
- Diagnos
- Åtgärd

Patientadministrativa uppgifter

- In- & Utskrivning-datum (vårdtid)
- In- & utskrivnings-sätt
- Akut / planerad vård
- Utskrivnings-klardatum

Patient karakteristiska

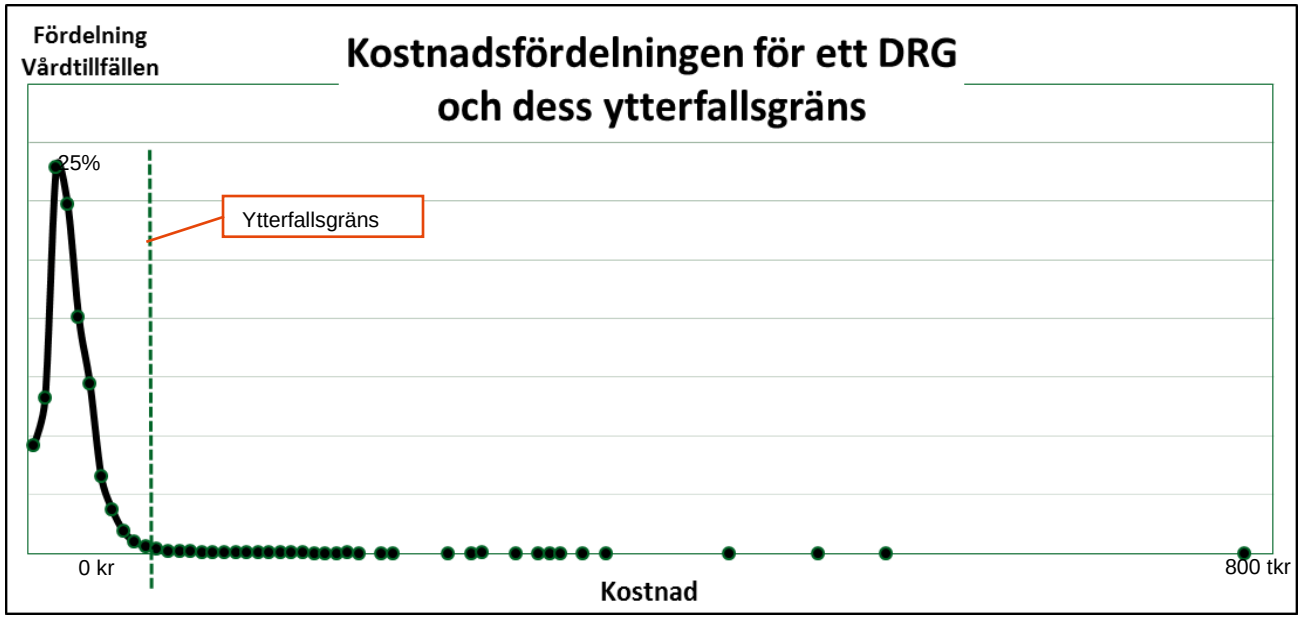
- Kön
- Ålder
- Hemort

Nyckeltal

- Kostnad per vårdtillfälle/besök
- Kostnad per vårddag
- Kostnad per DRG-poäng
- DRG-poäng per vårdtillfälle
- Medelvårdtid
- Medelålder
- Könsfördelning
- Andel ytterfall

Innerfall - Ytterfall

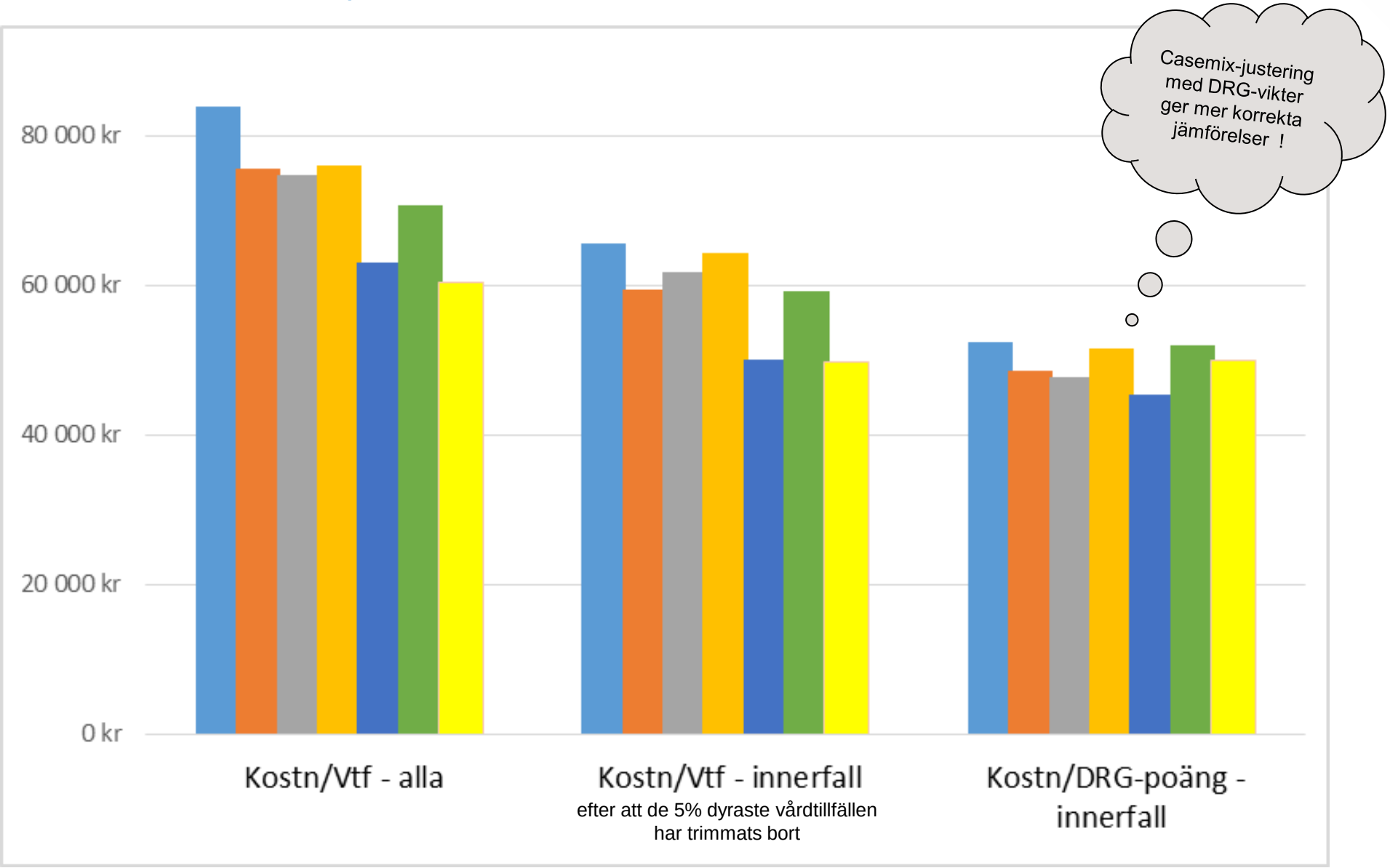
- Vid framtagande av de nationella DRG-vikterna tas de 5% extremt dyraste vårdtillfällena per DRG bort enligt ”kvartilmetoden”. Detta brukar även kallas att man ”trimmar” materialet.
- Metoden minimerar spridningen inom varje DRG, det s.k. kvartilavståndet (Q3-Q1). Andel vårdtillfällen som blir ytterfall inom resp. DRG kan därmed variera (0,5 - 13%)
- Ytterfallen står för ca 20 % av kostnadsmassan och har en medelkostnad som är 5 ggr högre än innerfallen (bör ersättas individuellt med målet 100% kostnadstäckning)
- Syftet med trimningen är att få bättre jämförelser samtidigt som det skyddar de svårast sjuka patienterna, kliniken (rätt ersättning) och huvudmannen (SPRI rapport 358)



Kostnad per vårdtillfälle & DRG-poäng

REGIONSJUKHUS

produktionskostnad somatisk slutenvård 2015

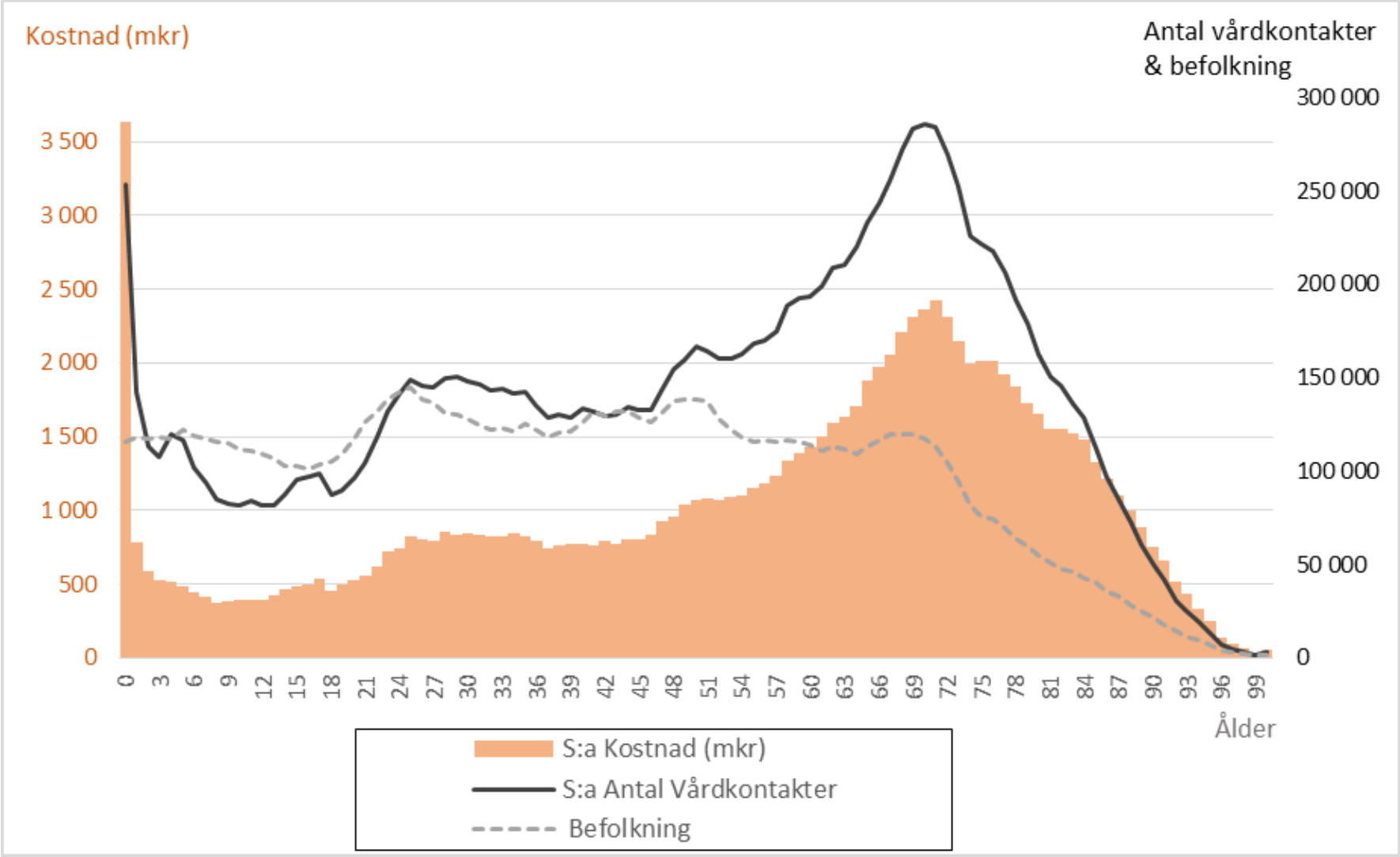


Exempel

Sjukvårdskostnad för den specialiserade somatiska sjukhusvården,

antal vårdkontakter & befolkning per ålder

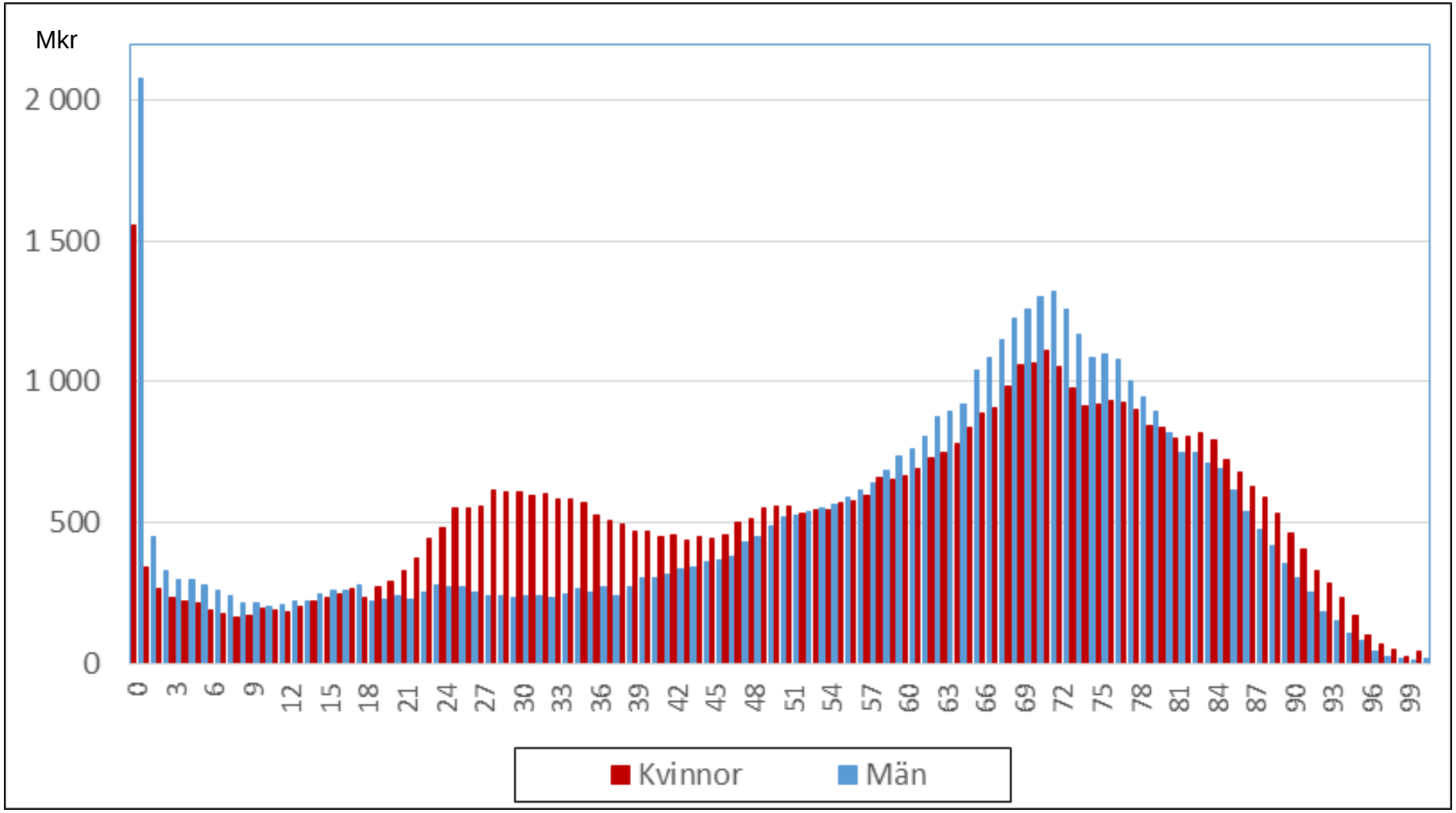
produktionskostnad (sv+öv) enligt KPP 2015



Sjukvårdskostnad för den specialiserade somatiska sjukhusvården

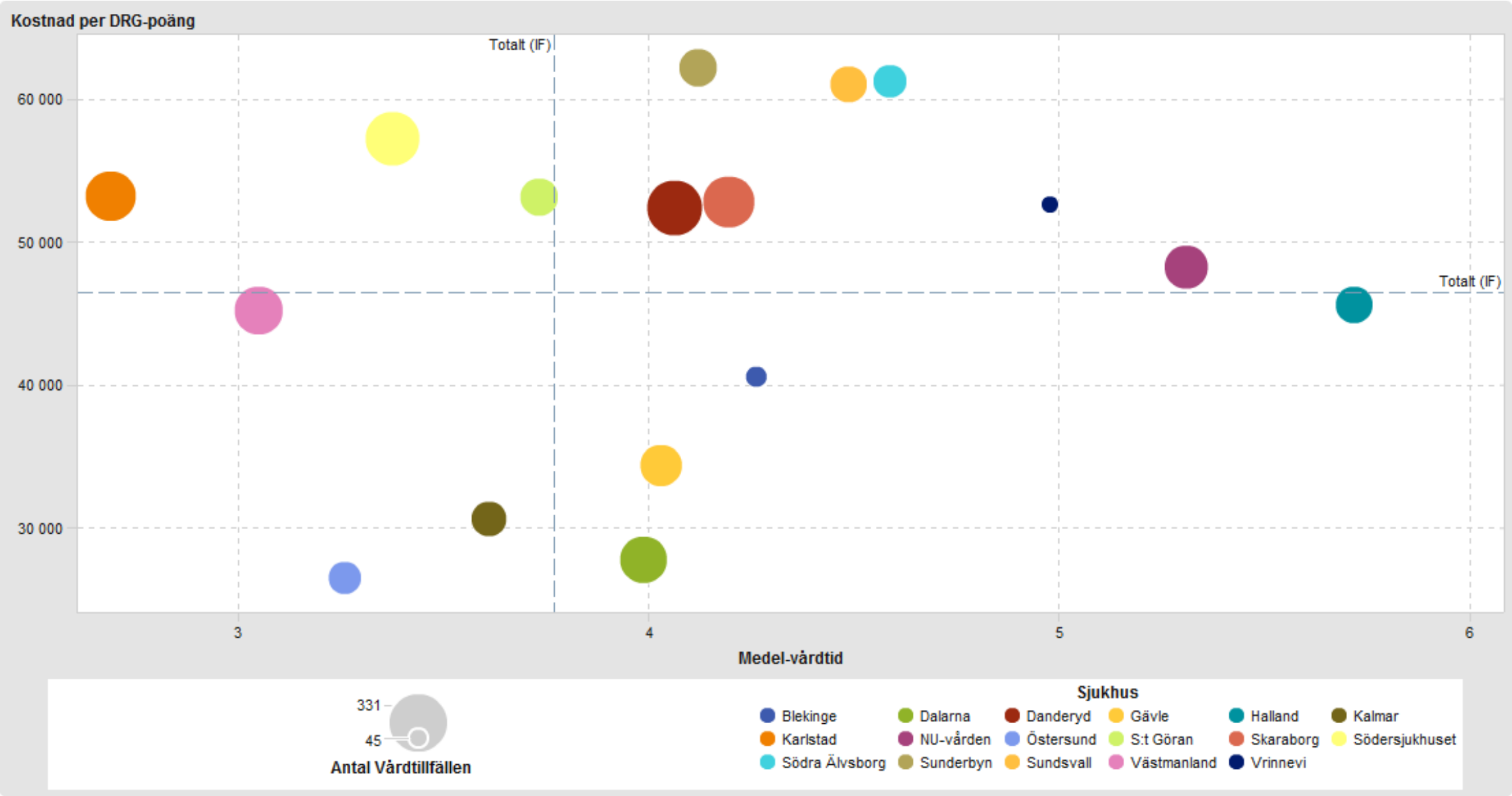
antal vårdkontakter & befolkning per ålder & kön

produktionskostnad (sv+öv) enligt KPP 2015



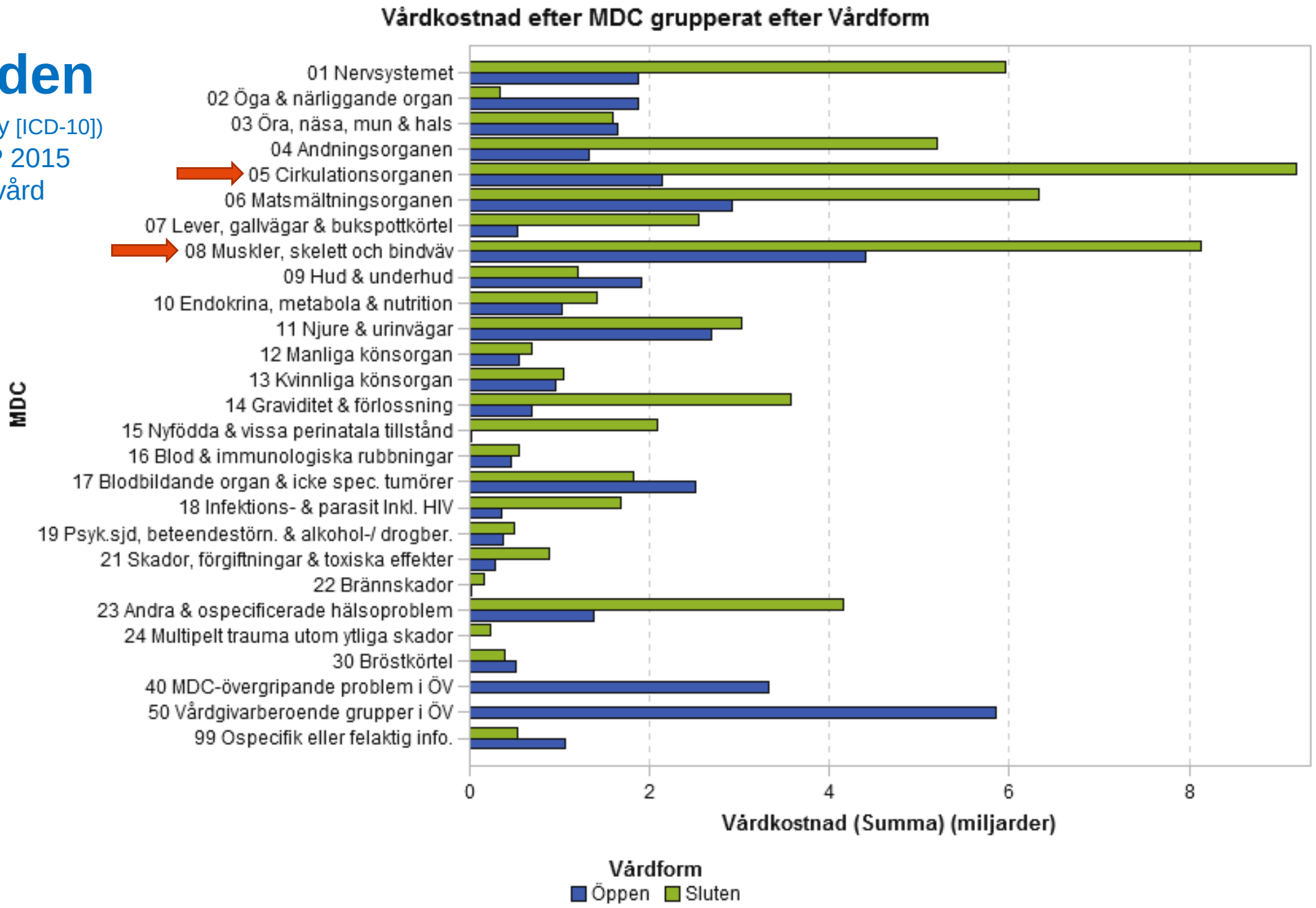
Sveriges Kommuner och Landsting

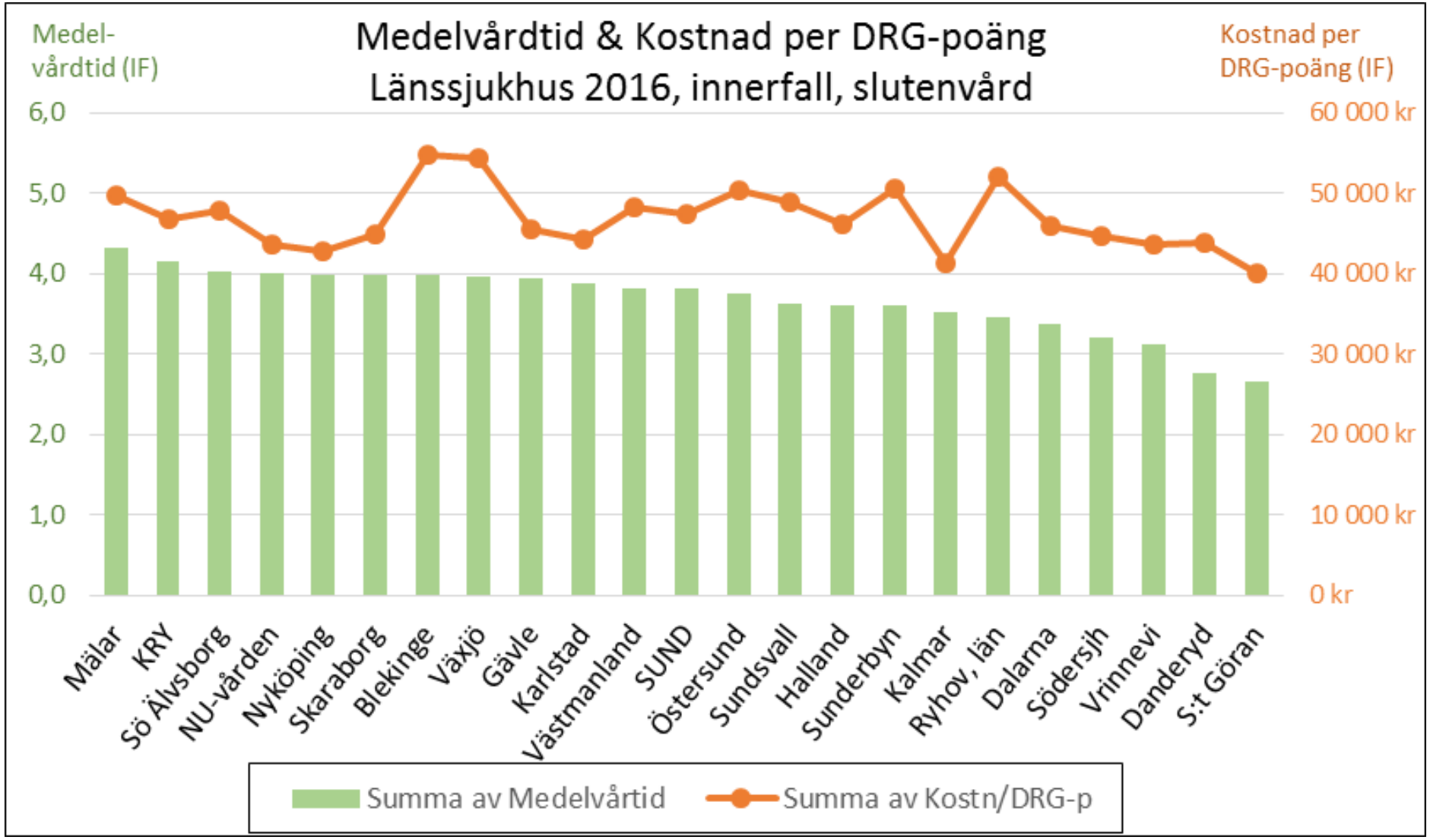
Länssjukhus, SV, PCI vid infarkt, innerfall, ej planerad vård, in- & utskriven till hemmet



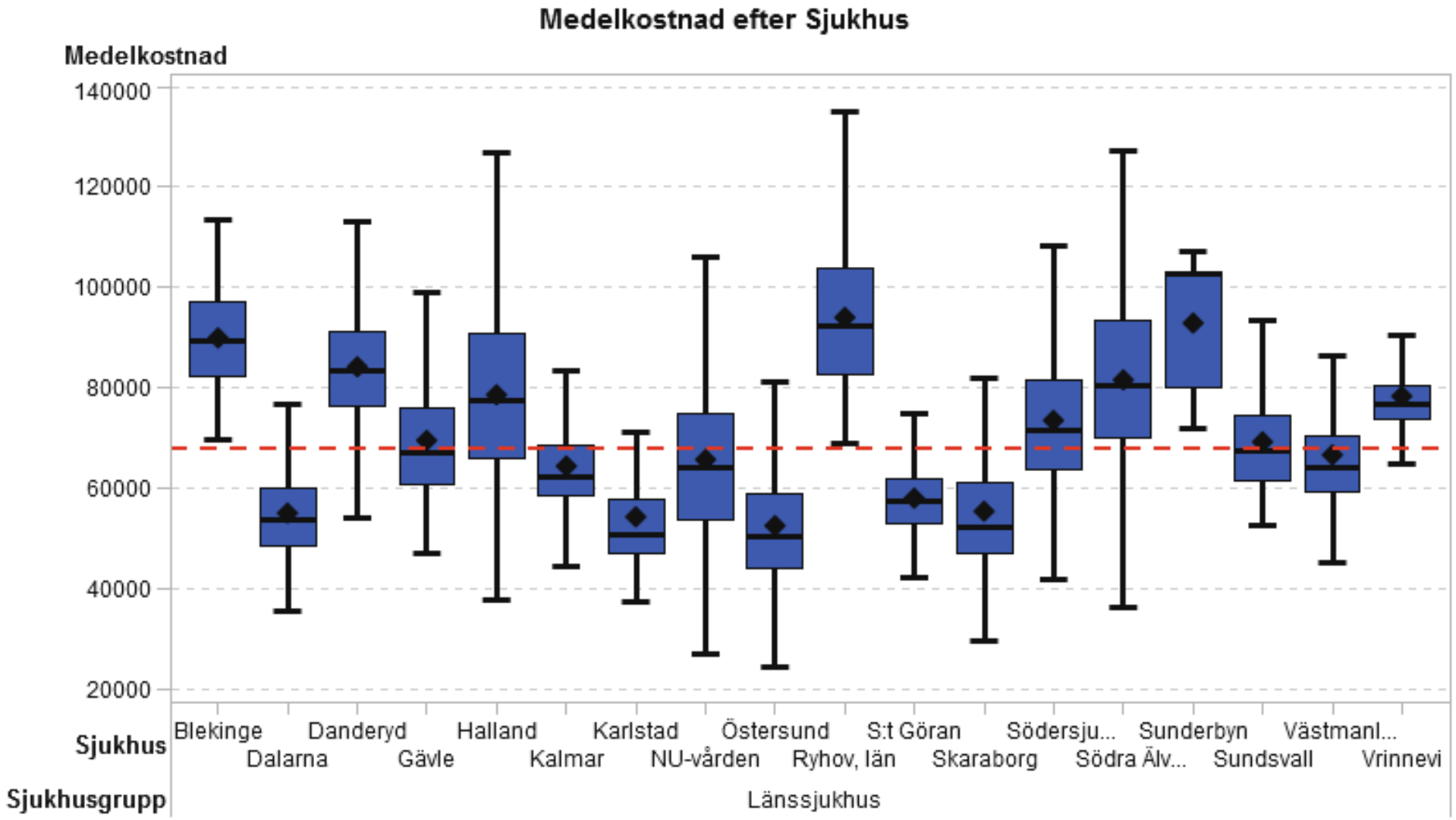
Diagnosområden

MDC, Major Diagnostic Category [ICD-10])
produktionskostnad enl KPP 2015
somatisk sluten- & öppenvård




Medelvårdtid & Kostnad per DRG-poäng
Länssjukhus 2016, innerfall, slutenvård
Medel-vårdtid (IF)
Kostnad per DRG-poäng (IF)
6,0
5,0
4,0
3,0
2,0
1,0
0,0
60 000 kr
50 000 kr
40 000 kr
30 000 kr
20 000 kr
10 000 kr
0 kr
Mälar
KRY
Sö Älvsborg
NU-vården
Nyköping
Skaraborg
Blekinge
Växjö
Gävle
Karlstad
Västmanland
SUND
Östersund
Sundsvall
Halland
Sunderbyn
Kalmar
Ryhov, län
Dalarna
Södersjh
Vrinnevi
Danderyd
S:t Göran
Summa av Medelvårtid
Summa av Kostn/DRG-p

Kostnader vid höftplastik på länssjukhus

planerad slutenvård, ej komplicerat, in- & utskrivna till hemmet/särsk.boende, innerfall, 2015

DRG H02E, produktionskostnad enl KPP, somatisk spec, slutenvård