

Ersättningssystem och DRG inom öppenvård och dagkirurgi i Stockholms läns landsting

3 januari 2011

Bakgrund och syfte

- Vårdföretagarna upplever att marknadsvillkoren för öppenvård och dagkirurgi i Stockholm varierat kraftigt över tiden och inte varit inriktade på samhällsekonomisk nytta
- De privata vårdgivarna får svårare att långsiktigt bygga upp kapacitet eftersom investeringar i vårdens infrastruktur kräver stabila förutsättningar
- De offentliga beställarna och medborgarna ges mindre möjlighet till valfrihet och effektivt resursutnyttjande
- Vasco Advisers har fått i uppdrag att analysera Stockholmsmarknaden för öppenvård och dagkirurgi för att kartlägga hur ersättningsystemen och marknaden fungerar

Sammanfattande slutsatser

- DRG betraktas i Sverige som ett beskrivningssystem – men används i de flesta andra länder för att skapa en pris- och konkurrensmekanism
- DRG-vikter inom dagkirurgin i SLL har varierat kraftigt de senaste åren, vilket genererat en artificiell oförutsägbarhet som inte leder till samhällsekonomisk nytta
- Tyskland har – med sina 82 miljoner invånare – konvergerat mot ett homogent DRG-system, vilket lett till lägre väsentligt kostnader
- Med tillämpning av samma ersättning för samma aktivitet i öppenvården skulle Stockholms läns landsting sänka sina kostnader med närmare 2 miljarder kr
- Med samma harmonisering av DRG-priser som Tyskland genomfört skulle Stockholms läns landsting sänka sina kostnader med närmare 4 miljarder kr

Innehåll

Introduktion

- Finns det ett optimalt ersättningssystem?
- Vad är DRG?
- Vilka är komponenterna i ett DRG-system?
- Hur har DRG utvecklats internationellt?
- Vad har syftet varit med DRG implementering?

Exempel på ersättnings-system

- Tyskland har genomfört den mest genomgripande implementeringen av DRG i Europa – vad kan Sverige lära av detta?
- Priskonvergensen i G-DRG
- I ett DRG-system måste kvaliteten säkras – två vanliga modeller för kvalitetsstyrning

Ersättnings-system och deras effekter i Sverige

- NordDRG och det svenska systemet
- Hur är SLLs DRG utformat?
- Vilka förändringar har skett över tiden?
- Hur väl fungerar systemet?

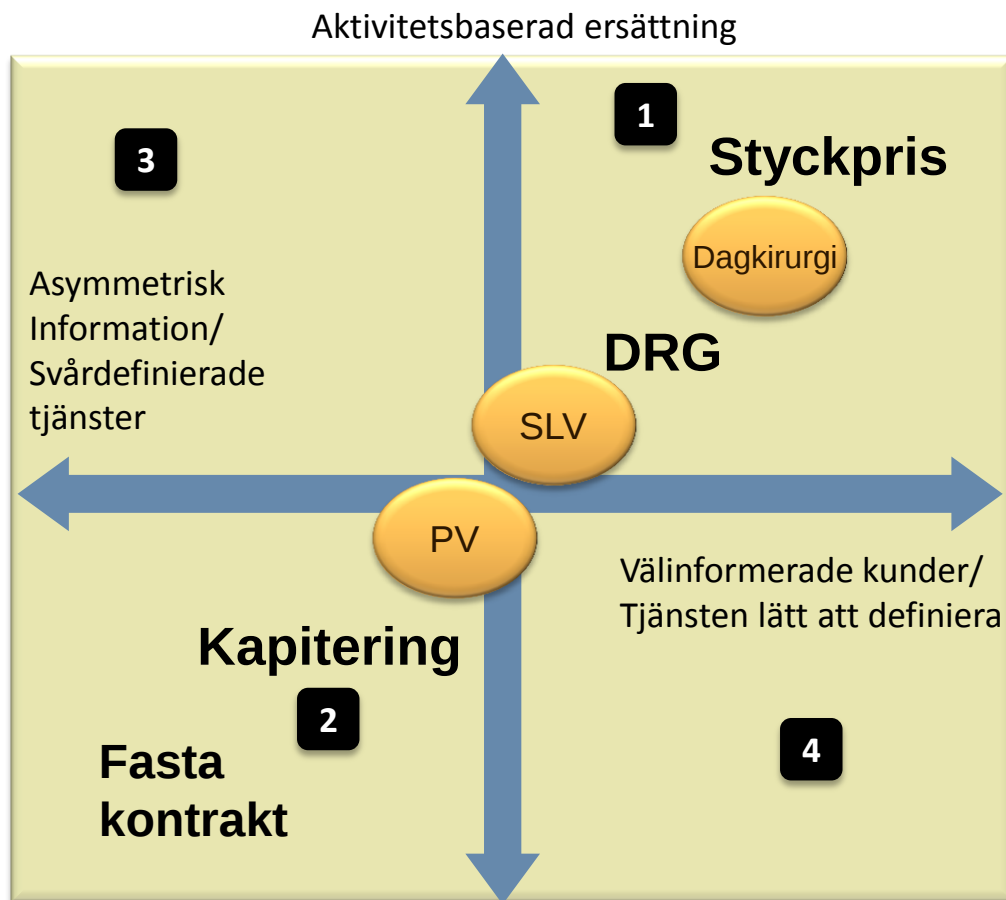
Slutsatser kring ersättnings-system

- Nationellt system vs differentierat, regionalt
- Framtida ersättningssystem för ÖV dagkirurgi i SLL då patientens fria genomförts
- Aktivitetsbaserat (styckprislista) vs DRG – för- och nackdelar för samtliga intressenter
- Läget som det kommer att vara 2011 – vad innebär förändringen? Vad återstår att göra och varför?
- Hur skulle kostnaderna för sjukvården påverkas om ersättningssystemet i Stockholm och Sverige förändrades på samma sätt som i Tyskland?

Introduktion

Finns det ett optimalt ersättningssystem?

Ersättningsmodeller skall skapa samhällsekonomisk nytta – men alla system skapar både önskade och oönskade beteenden



1. Styckpriser är effektiva för väldefinierade tjänster, de eliminerar köer, men riskerar leda till överproduktion - kan minskas med tak, vilka dock måste tillåta dynamik i ett fritt vårdvalssystem
2. Kapitering eller fasta kontrakt användbara då tjänsten är svårdefinierad. Tendens till "passing the bucket", vidareremittering så att intäkten stannar hos vårdgivaren, men kostnaden bärs av annan. Motverkas av straffklausuler i kvalitetsuppföljningen eller integrerade vårdkontrakt.
3. Aktivitetsbaserad ersättning vanligen olämplig då tjänsten är svårdefinierad, som akutmottagningar eller områdesansvar.
4. Fasta kontrakt kan användas för väldefinierade tjänster, men riskerar att leda till låg effektivitet och underkonsumtion av vård.

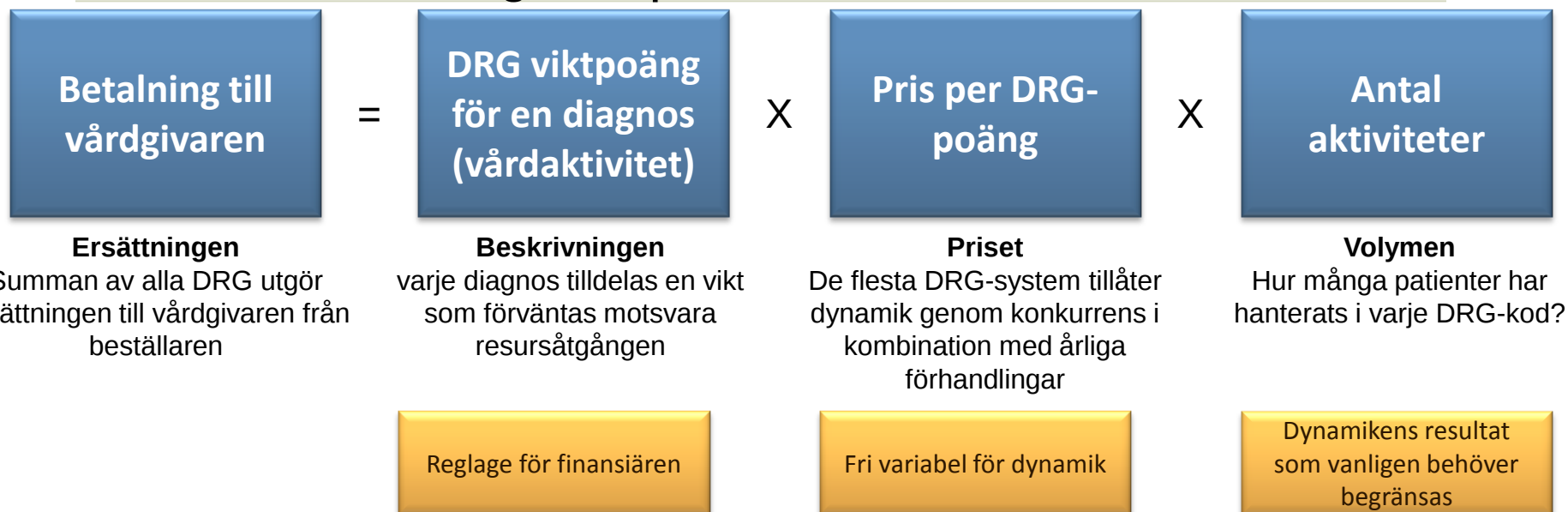
DRG – ett system, men med vilket syfte?

- Uppfattningen om vad DRG är beror på vilket perspektiv man anlägger
- För vårdgivare, offentliga och privata, är det framförallt ett ersättningssystem – ett sätt att få betalt för utförda tjänster
- För myndigheter är det ofta ett beskrivningssystem – ett sätt att klassificera och korrekt registrera vårdproduktion
 - Socialstyrelsen skriver ”DRG är ett system för att dela in patienter i likartade grupper (patientklassificeringssystem) och används för verksamhetsbeskrivning i sjukvården”
 - Vårdinformatik vid SLL ”DRG är framförallt ett beskrivningssystem”
- För finansiärer av sjukvård är det ett sätt att rättvist och rationellt mäta produktionstyngd så att resurser kan fördelas på ett rimligt sätt – men även ett sätt att fördela finansiell risk
- För beställare av vård är det ett sätt att skapa transparens och effektivitet – oberoende av om dessa åstadkoms med konkurrens eller centralt planerad resurstilldelning

DRG skapades i USA som ett sätt att hantera Medicares ersättningar till vårdgivare

- DRG utvecklades av hälsoekonomer vid Yale University under 1980-talet tillsammans med den amerikanska myndighet som ansvarar för Medicare (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)
- Motivet var att skapa ett ersättningssystem baserat på priser som var relaterade till produktionstygnd – men även att skapa incitament som skulle kunna påverka beteendet hos den medicinska professionen. Systemet var inte bra en metod för prissättning, utan ett sätt att flytta finansiell risk till vårdgivaren. Genom övergripande ersättningar för patientprocesser skall totaleffektivitet uppmuntras.
- En pilot genomfördes i New Jersey – följt av introduktion på nationell nivå 1983.
- Under 80-talet vidgades systemet till att omfatta patienter utanför Medicare. Nödvändiga justeringar gjordes då tillsammans med 3M.
- DRG är baserat på ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th rev), den nu gällande upplagan av ICD, en allmänt accepterad standard för klassificering av sjukdomar, utgiven av WHO. ICD-10 färdigställdes 1992 och den senaste versionen är från 2007.
 - Socialstyrelsen ansvarar för den svenska översättningen av ICD-10 - KSH97 (Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem) vilken uppdateras årligen.
- DRG finns idag i ett stort antal länder över hela världen. Australien implementerade DRG i mitten av 90-talet.
- Tyskland är det land i Europa som genomfört den mest genomgripande och homogena implementeringen av DRG, det sk G-DRG vilket utvecklades från Australiens system och introducerades i slutenvården 2004. G-DRG har genomgått en konvergensfas, där villkoren för vårdgivarna blivit alltmer likartade – över landet och mellan vårdtyper.

DRG utvecklades som ett system för att tilldela resurser baserat på priser – beskrivningsdelen var inte syftet, utan en nödvändig komponent



DRG förutsätter att medelvärdet är rättvisande

Ersättning enligt DRG bygger på att den genomsnittliga vikten är rättvisande, dvs en enskild vårdgivare behöver tillräckligt många patienter i varje grupp samt patienter från tillräckligt många DRG-koder för att få en rimlig risk

Ett DRG-system måste även kunna hantera kostnadsytterfall, dvs extremt resurskrävande patienter – antingen som särfall, eller genom ökad differentiering per DRG. Det är dessutom inte ovanligt att en hög andel ytterfall leder till högre kostnader generellt, även för inomfall.

I ett DRG-system måste kvaliteten säkras – två vanliga modeller för kvalitetsstyrning

Nya krav på kvalitetsstyrning

- Med valfrihet för patienten hellre än upphandling följer nya krav på kvalitetsstyrning
- Total etableringsfrihet för vårdgivare kan aldrig accepteras
- Krav på auktorisation eller certifiering finns i de flesta länder
- Exempelvis har Tyskland krav på att sjukhus skall finnas med i den långsiktiga sjukhusplanen, dvs existerande aktörer kan fritt utveckla sin verksamhet, men nya aktörer har höga inträdesbarriärer

Kvalitetsbegreppet måste definieras

- Kvalitet avser vanligen en rad faktorer
- **Medicinsk kvalitet** – kan mätas och följas upp men resultatet kan ofta observeras först efter flera år.
- **Patientupplevd kvalitet** – subjektiva uppfattningar om servicenivå
- **Processkvalitet** – önskade mått, ofta proxies, för tillgänglighet, vårdtider, resursförbrukning, anammande av vårdprogram etc
- **Ekonomisk kvalitet** – vården bedrivs effektivt, med god kännedom om resursförbrukning och kostnader



Styrning via kontrakt

Kvalitetsindikatorer skrivs in i kontrakt eller regelverk – och vårdgivare kan belönas eller straffas beroende på utfall.

Förutsätter inte att patienten har kunskap om den medicinska kvaliteten, bara sin egen upplevelse av vården, vilken mäts.

Modellen underlättar för beställaren att styra vårdgivarens allmännyttiga beteende, ex rapportering, anammande av vårdprogram, integration i systemet etc.

Detaljstyrning kan tendera att motverka sitt syfte, genom att innovation och experimenterande försvåras.

Vårdgivaren fokuserar på beställaren.

Konsumentdriven styrning

Grundläggande kvalitetskrav etableras, ex via auktorisation.

I ett system med fasta priser sker konkurrensen genom kvalitet: Patientens fria val antas leda till att vårdgivarna har incitament att erbjuda hög kvalitet.

Modellen förutsätter informerade patienter – som har tillgång till transparanta kvalitetsregister.

Vårdgivaren fokuserar på remittenten och patienten: Högt patientfokus i genomlyst system, högt remittentfokus där patienten är en svag konsument.

Slutsatser - DRGs framväxt

- DRG utvecklades på 1980-talet och har introducerats i ett stort antal länder – vanligen med ambitionen att skapa en pris- och konkurrensmekanism, för att få mer vård för pengarna
- DRG bygger på vikter som beskriver resursåtgång, vilka definieras av systemet, samt pris per DRG-poäng, vilket vanligen etableras som ett marknadspris på en pseudo-marknad där beställare, finansiärer, vårdgivare och patienter agerar
- DRG i kombination med fritt patientval förutsätter en tydlig definition av kvalitet – och att systemets aktörer har en gemensam uppfattning om kvalitetsindikatorer

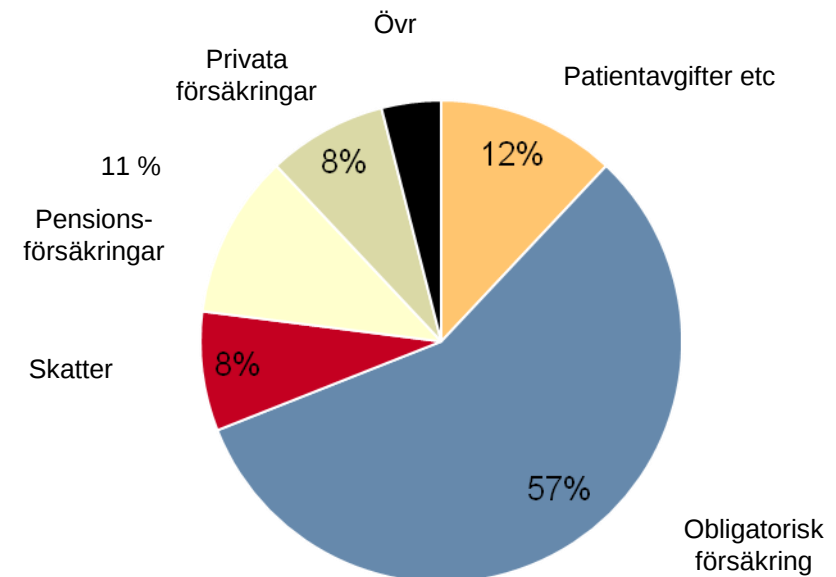
Exempel på ersättningssystem och deras effekter

Tyskland har genomfört den mest genomgripande och harmoniserade implementeringen av DRG i Europa – vad kan Sverige lära av detta?

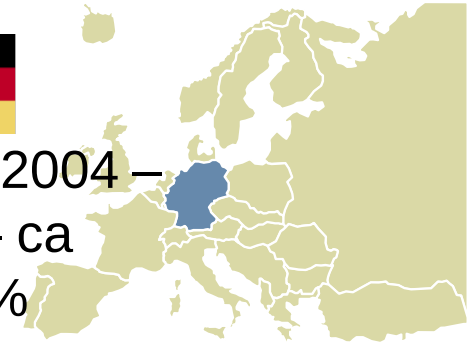


Sjukvården i Tyskland finansieras via sociala avgifter till obligatoriska försäkringskassor

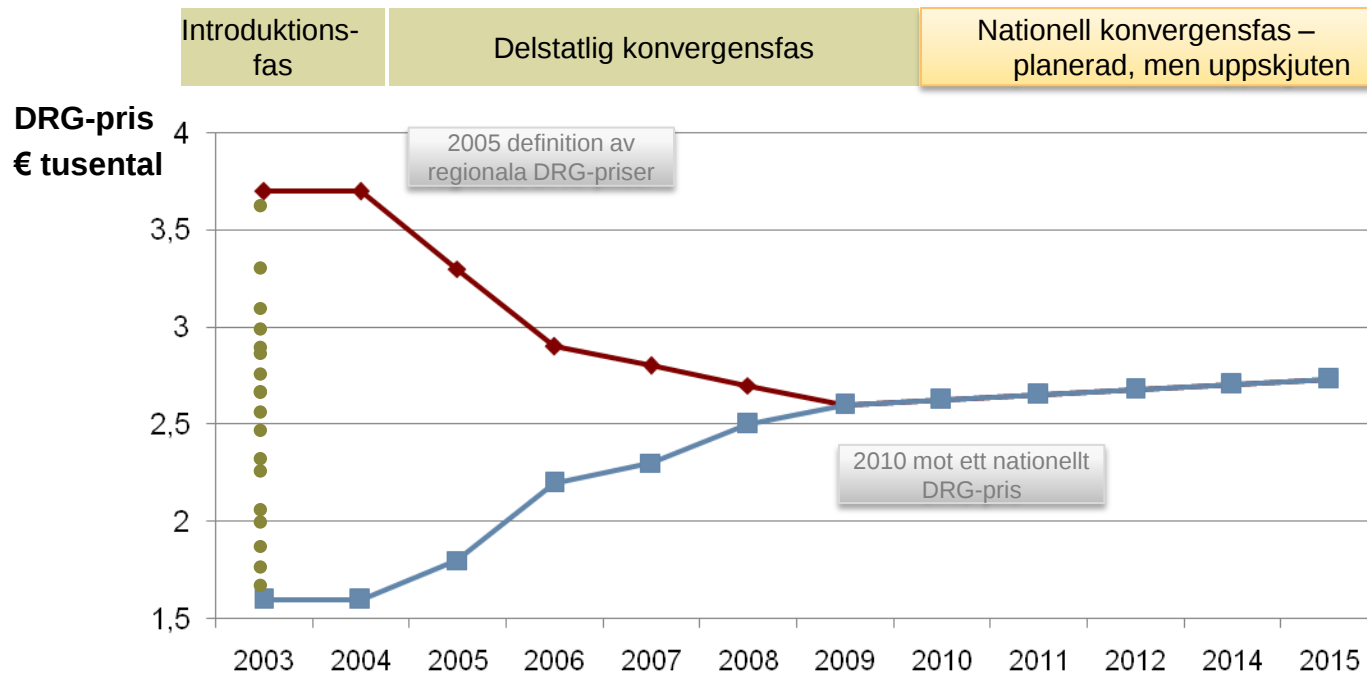
- Solidariskt finansieringssystem baserat på sociala avgifter till försäkringskassor, dessa utgör både offentliga och privata vårdgivares kunder
- Ett minskande antal försäkringskassor, pg av sammanslagningar. 300 för några år sedan ca 160 idag.
- Obligatorisk försäkring för inkomsttagare upp till brytpunkten (drygt 4000€ per år)
- Över brytpunkten kan man hoppa av det offentliga systemet och avgifter behöver ej betalas
- En mångfald av utförare, både privata och offentliga
- Ca 10% av befolkningen har privata sjukförsäkringar – som alternativ till den obligatoriska, ej komplement som i Sverige.



Sjukvårdskostnader som andel av BNP	10,6 %
Statens andel av totala sjukvårdskostnaderna	79 %
Privat andel av totala sjukvårdskostnaderna	21 %



DRG i Tyskland har konvergerat sedan introduktionen 2004 – och samtliga sjukhus arbetar nu under samma villkor – ca €2,900 per DRG poäng med en prisspridning på $\pm 2,5\%$



“Förlorarna”

Dessa sjukhus drabbas hårt av reformen, genom minskade intäkter

“Vinnarna”

Dessa sjukhus får ökade intäkter till följd av reformen.

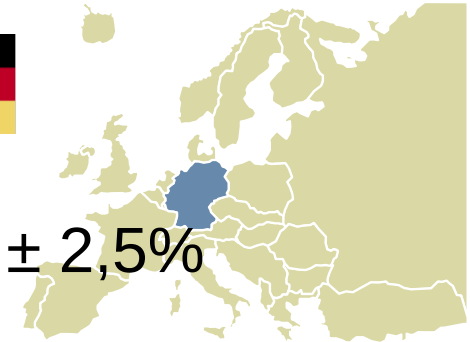
Under den budget-neutrala fasen 2003-2004 sattes priserna så att föregående års budget matchades

2005 inleddes konvergenzen för den individuella DRG-ersättningen

Sjukhus och försäkringskassor började dessutom förhandla patientvolymen

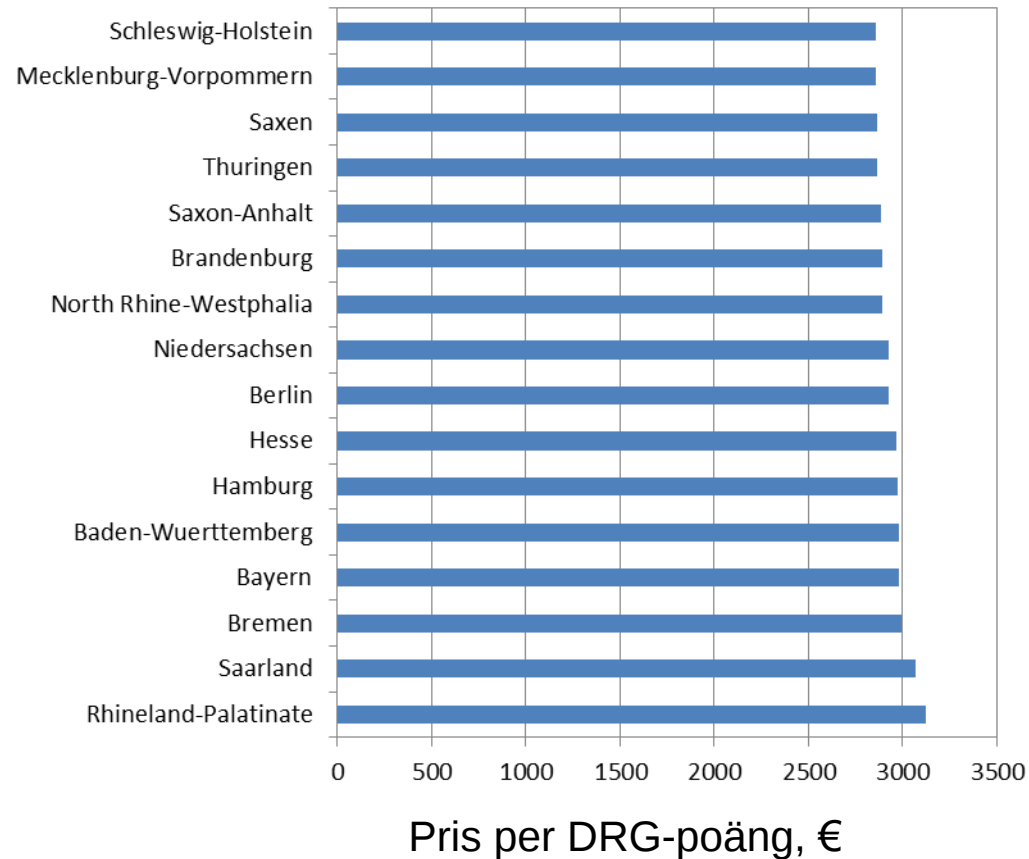
DRG-reformen genomdrevs i bred enighet mellan politiker, försäkringskassor och medicinsk profession, med en gemensam känsla av att ”det här är omöjligt – men nödvändigt”

Ursrungsplanen var att de regionala DRG-priserna skulle konvergera fram till 2015 till en nationell nivå med en spridning på -1,5 till +2,5%. I ett beslut nyligen tilläts regionala skillnader – spridningen kan väntas ligga kvar på $\pm 2,5\%$



Spridningen i DRG-pris mellan delstaterna är $\pm 2,5\%$

- Spridningen mellan delstaterna är begränsad – och inom delstaterna råder ett enhetligt DRG-pris
- Priset är högre i välmående regioner och lägre i socio-ekonomiskt svaga områden (tidigare DDR)
- System för innovation nödvändigt
 - När de stora universitetssjukhusen tvingas till effektiviseringar uppstår en risk att innovationsutrymmet går förlorat.
 - För att säkra innovation och introduktion av ny teknologi finns ett särskilt ersättningssystem
 - Systemet kallas “NUB – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden” (nya diagnostiska och behandlingsmetoder)
 - Sjukhus kan ansöka om ersättning för ny metodik
 - Tyska DRG-institutet granskar om metoden redan ersätts bland de nästan 1,200 DRG-koderna
 - Om metoden är ny så godkänns ansökan – och DRG-institutet fastställer ett pris, vilket är bindande för alla sjukhus som vill använda metoden samt försäkringskassorna
 - För närvarande ersätt 146 metoder enligt detta system
 - Efter 1-3 år inlemmas metoden i DRG





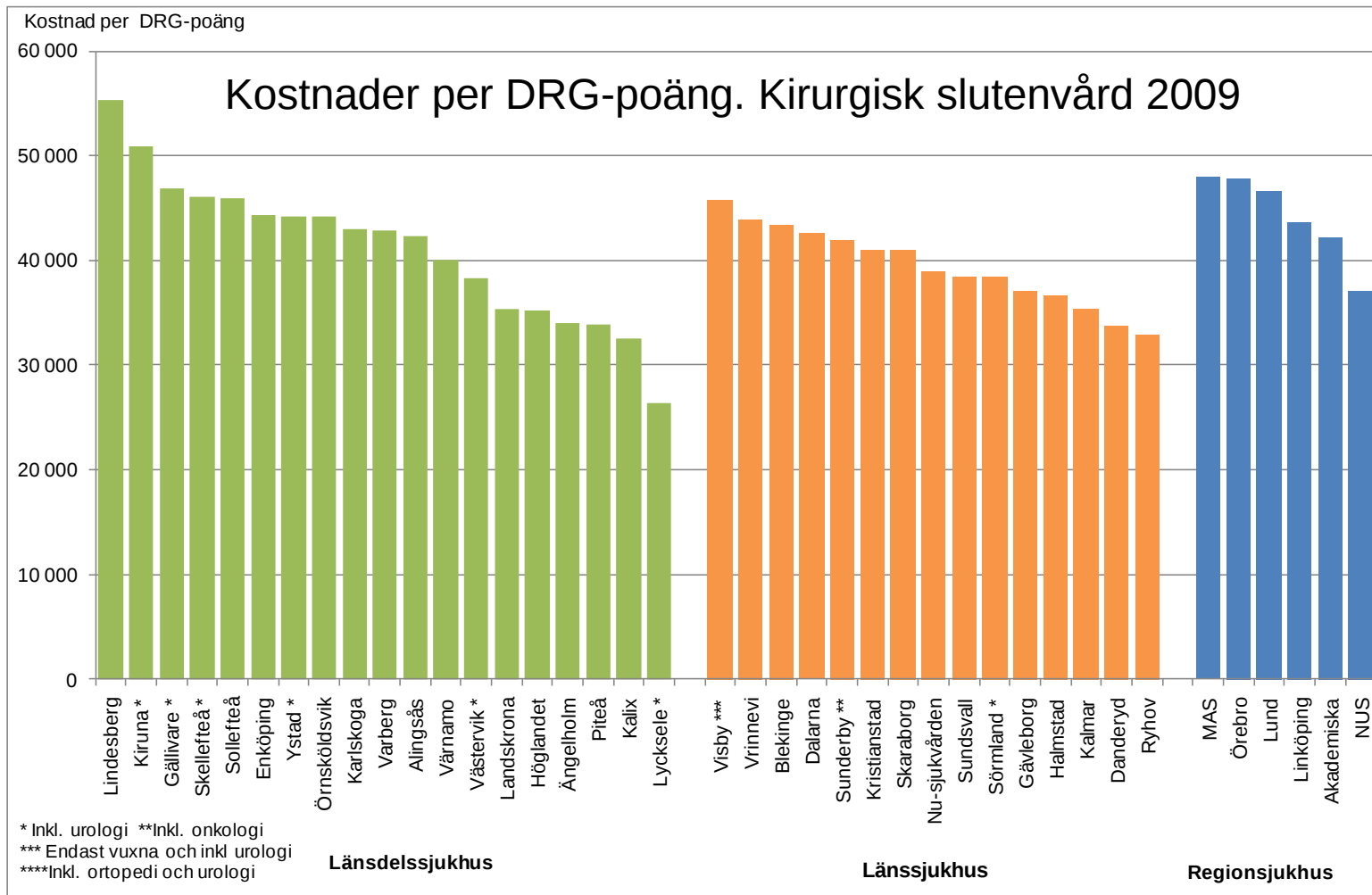
DRG-priset per poäng i Tysklands delstater har konvergerat de senaste 5 åren – nationellt och regionalt

- Det maximala gapet i DRG-pris har minskat från 450€ till 265€
- Angivna DRG-priser gäller för de enskilda delstaternas medelvärde – inom delstaterna har en kraftig konvergens skett
- Vissa vårdgivare låg under 2,000€ då reformen inleddes
- De stora sjukhusen hade priser i intervallet 4-7,000€
- Observera att det är DRG-priserna som konvergerat – systemet och DRG-vikter var nationella redan inledningsvis

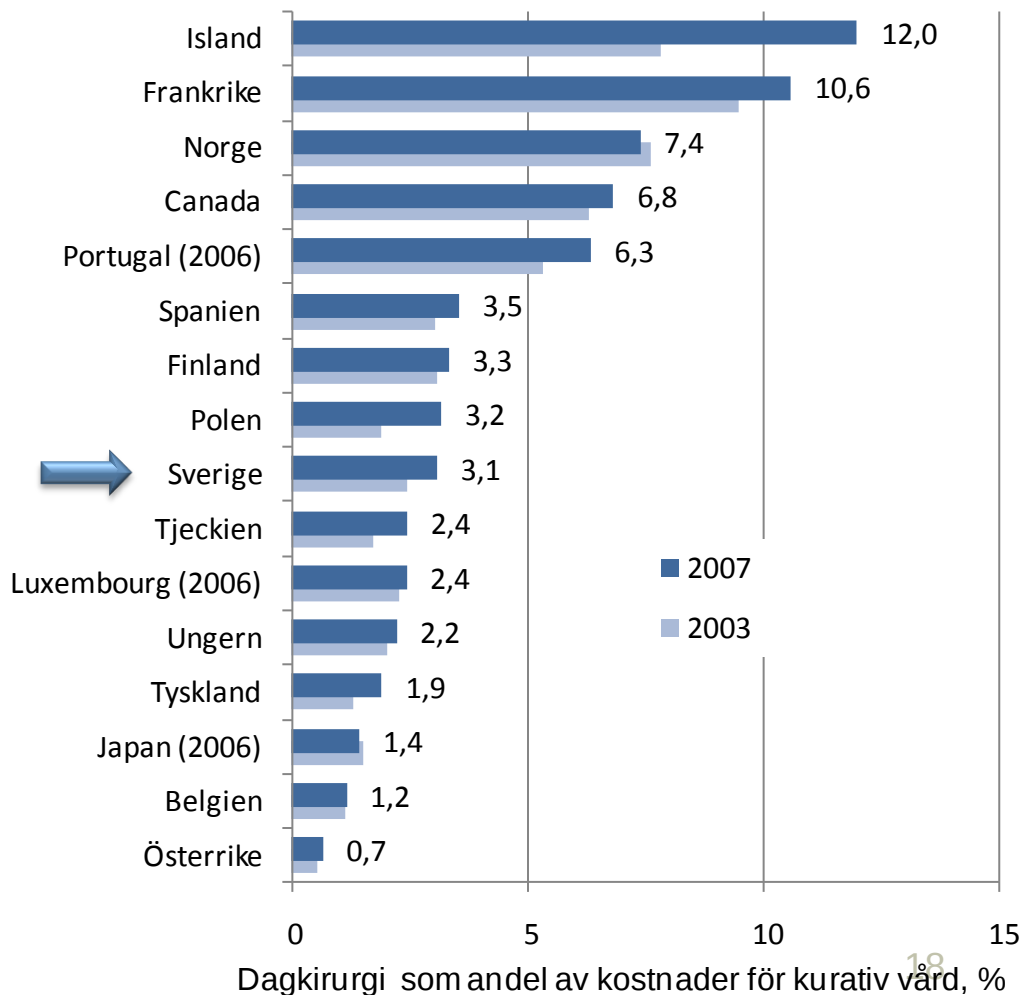
DRG-prisers utveckling Tyskland, €						
Delstat	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Baden-Wuerttemberg	2 856	2 850	2 845	2 854	2 919	2 978
Bayern	2 790	2 789	2 805	2 819	2 941	2 983
Berlin	3 086	2 990	2 960	2 898	2 900	2 927
Brandenburg	2 639	2 669	2 723	2 765	2 854	2 893
Bremen	2 915	2 899	2 885	2 878	2 967	2 991
Hamburg	2 971	2 893	2 850	2 824	2 930	2 975
Hessen	2 748	2 793	2 808	2 826	2 928	2 969
Mecklenburg-Vorpommern	2 636	2 650	2 680	2 733	2 796	2 855
Niedersachsen	2 785	2 792	2 787	2 785	2 876	2 923
North Rhine-Westphalia	2 734	2 741	2 736	2 754	2 848	2 895
Rhineland-Palatinate	2 928	2 960	2 960	2 960	3 073	3 120
Saarland	2 930	2 935	2 935	2 935	3 008	3 069
Saxen	2 705	2 728	2 754	2 754	2 825	2 864
Saxon-Anhalt	2 744	2 780	2 780	2 775	2 833	2 884
Schleswig-Holstein	2 650	2 666	2 673	2 685	2 777	2 855
Thuringen	2 730	2 730	2 743	2 761	2 835	2 867
Standardavvikelse	4,6%	3,7%	3,2%	2,6%	2,7%	2,6%
Medel DRG-pris	2 803	2 804	2 808	2 813	2 894	2 941
Max - min	450	340	287	275	296	265



Kostnaderna per DRG-poäng varierar kraftigt i Sverige – och är allra högst vid universitetssjukhusen samt i glesbygd



Sverige har en internationellt sett låg andel dagkirurgi

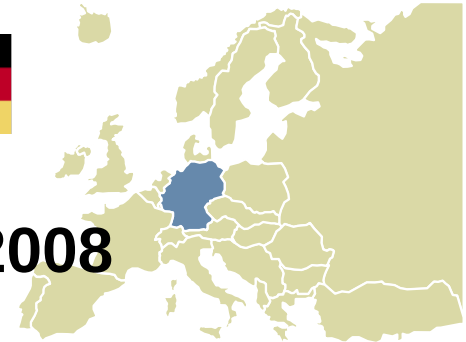


Dagkirurgi som andel av kurativ vård		
Land	2007	2003
Island	12,0	7,8
Frankrike	10,6	9,5
Norge	7,4	7,6
Canada	6,8	6,3
Portugal (2006)	6,3	5,3
Spanien	3,5	3,0
Finland	3,3	3,1
Polen	3,2	1,9
Sverige	3,1	2,4
Tjeckien	2,4	1,7
Luxembourg (2006)	2,4	2,3
Ungern	2,2	2,0
Tyskland	1,9	1,3
Japan (2006)	1,4	1,5
Belgien	1,2	1,1
Österrike	0,7	0,5

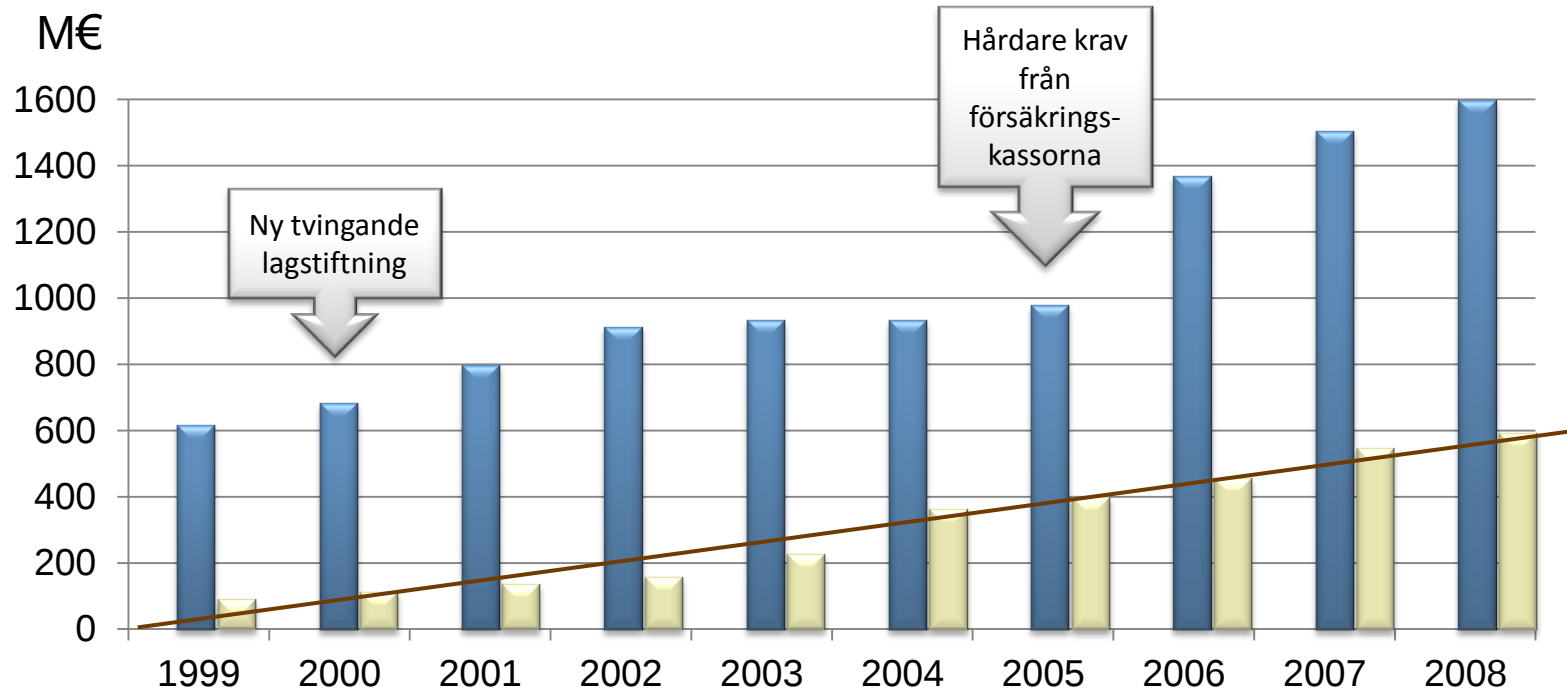


Dagkirurgi i Tyskland var länge underutnyttjat – mycket beroende på att den endast fick utföras i öppenvården, utanför sjukhusen

- Dagkirurgi var ursprungligen något som utfördes av specialister i den icke-sjukhusbaserade öppenvården
- Sjukhus var förbjudna att bedriva öppenvård – eftersom Tyskland av tradition har haft en tydlig skiljelinje mellan sluten- och öppenvård
- 1993 tilläts sjukhus att utföra dagkirurgi – vilken dock inte ledde till någon förändring i andelen slutenvård kontra öppenvård, eftersom ersättningen till sjukhusen var betydligt högre för slutenvård
- De politiska beslutsfattarna var missnöjda med situationen och införde år 2000 tvingande lagstiftning
- Vårdgivarna och försäkringskassorna var tvungna att komma överens om en katalog med ca 300 ingrepp som måste utföras som dagkirurgi
- Överenskommelser gjordes även som tillät sjukhusen att hantera dagkirurgiska patienter i slutenvården
- Lagen föreskrev också att ersättningen skulle vara baserad på en styckprislista och vara densamma för sjukhus och övrig öppenvård
- Sjukhus som lägger in patienter utan att detta kan medicinskt motiveras ersätt enligt dagkirurgitaxa, vilket ledde till en kraftig ökning av dagkirurgi, inom och utom sjukhus.

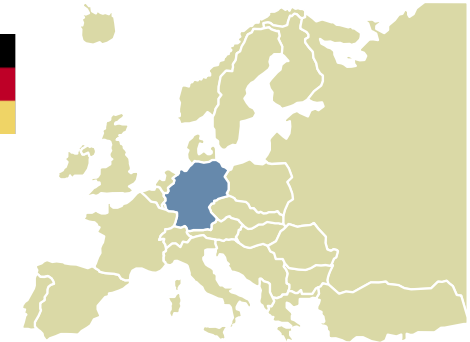


Kostnader för dagkirurgi i Tyskland 1999-2008



Utanför sjukhus

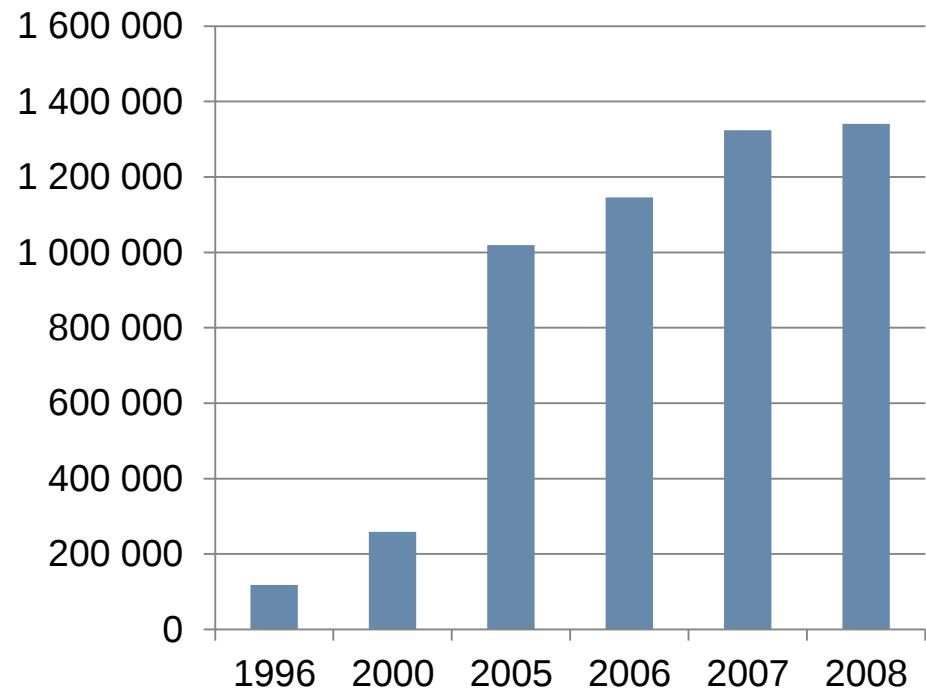
På sjukhus



Dagkirurgi i Tyskland – antal fall

- 1996 utfördes endast 118,000 dagkirurgiska ingrepp vid sjukhus
- 2008 var detta antal 1,34 milj
- Totala antalet dagkirurgiska ingrepp åt försäkringskassor var 1,76 milj år 2008
- Statistiken för övrig öppenvård bristfällig: 3,8-4,2 milj uppskattade fall
- 1,303 av Tysklands 2083 sjukhus utför dagkirurgi
- Totala antalet fall, inkl även privatförsäkrade patienter, är 1,8 milj
- Merparten av de sjukhus som utför dagkirurgi har investerat i särskilda enheter för detta – dit ofta öppenvårdsläkare kontrakteras för att operera

**Antal dagkirurgiska
behandlingar vid sjukhus**

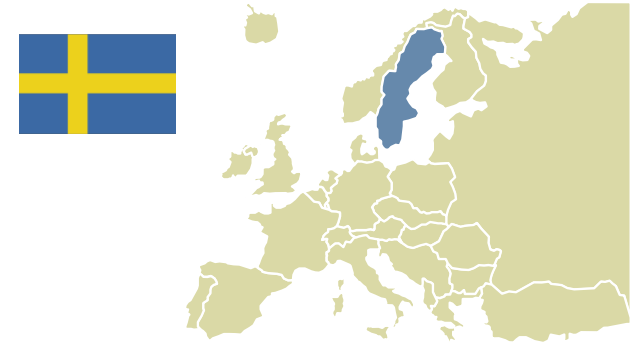


Slutsatser – ersättningssystemen och dagkirurgi

- Tyskland har – med sina 82 miljoner invånare – konvergerat mot ett homogent DRG-system. Man ser detta G-DRG som ett instrument för priskonkurrens och har under de senaste fem åren medvetet arbetat mot ett enhetligt marknadspris – där samtliga sjukhus nu arbetar under samma villkor
- Konvergensen i G-DRG har lett till väsentligt lägre priser. Även om systemen inte är helt jämförbara så kan man konstatera att priset för en DRG-poäng är lägre i Tyskland än i Sverige
- Pris- eller kostnadsspridningen i Sverige är betydligt större än i Tyskland som konvergerat mot $\pm 2,5\%$ spridning på nationell nivå
- De tyska erfarenheterna samt den stora variationen i användning av dagkirurgi i Sverige visar på att en ökning av andelen dagkirurgi kräver både incitamentsystem och ett kraftfullt agerande från politiska beslutsfattare och vårdfinansiärer
- Hårt driven effektivisering med DRG kräver instrument för att säkra innovation

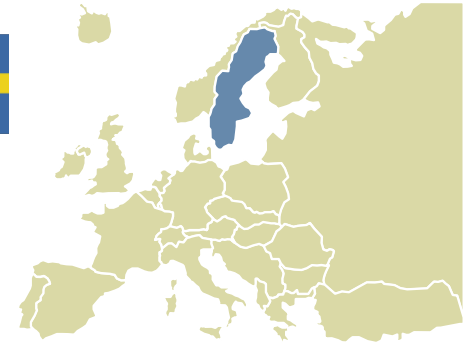
Ersättningssystem och deras effekter i Sverige

Sverige införde DRG inom slutenvården för nästan 20 år sedan – och inom öppenvården för ca fem år sedan



DRG i Sverige – NordDRG

- I Sverige används NordDRG, som utvecklats av de nordiska länderna gemensamt.
- NordDRG började utvecklas 1994 på initiativ av NOMESCO (Nordic Medico-Statistical Committee).
- NordDRG har i grunden samma grupperingslogik som det ursprungliga amerikanska HCFA-DRG (version 12, 1995) men är anpassat till nordisk diagnoskodning enligt ICD-10 och åtgärdskodning enligt NCSP
- 2003 tillkom en grupperingslogik för dagkirurgi och polikliniska endoskopier (NordDRG-O).
- 2006 infördes grupperingslogik för hela den övriga specialistöppenvården utöver dagkirurgi och endoskopier, dock inte för primärvård.
- Socialstyrelsen förvaltar och underhåller den svenska delen av NordDRG.
- NordDRG 2010 innehåller totalt 985 DRG, 578 för sluten- och 407 för öppenvård.
- De kortvårds-DRG som fanns tidigare blir 2010 rena öppenvårds-DRG, vilket innebär att alla DRG-koder som slutar med bokstaven O eller P bara avser öppenvård.
- NordDRG var, som alla DRG-system, initialt avsett för slutenvård men har under de senaste åren kompletterats även för den öppna specialistvården.
- När öppenvårds-DRG konstruerades var tillgången på KPP-data (KPP = Kostnad per patient) för öppenvård bristfällig varför gruppernas verkliga kostnader varit osäkra. Kvaliteten i KPP har dock förbättrats de senaste åren.
- Eftersom DRG för hela specialistöppenvården infördes först 2006 är KPP-data för denna mer bristfälliga än för slutenvården.



NordDRG - öppenvården

- De flesta av öppenvårdsgrupperna är mer eller mindre parallella med de klassiska slutenvårdsgrupperna, dvs. de innehåller samma diagnoser och åtgärder.
- Dessa ”parallella” öppenvårdsgrupper är diskontinuerligt numrerade från 003O upp till 521O och kan sammanfattande betecknas som 500-serien.
- Merparten av 500-seriens grupper är kirurgiska DRG (dagkirurgi) men det finns även grupper för pacemakeråtgärder (DRG 115O), hjärkatetrisering (DRG 125O), dialys (DRG 317O & 317P), vaginala förlossningar (DRG 373O), aborter (DRG 381O & 381P), kemoterapi (DRG 410O & 492O) och stamcellstransplantation (DRG 481O & 481P).
- Öppenvårdsvårdsgrupperna för endoskopier är numrerade från 701O till 720O och de har inga parallellgrupper inom slutenvårdslogiken.
- DRG 750O och uppåt är specifikt svenska öppenvårds-DRG och för dessa finns inte heller några parallellgrupper inom slutenvårdslogiken.

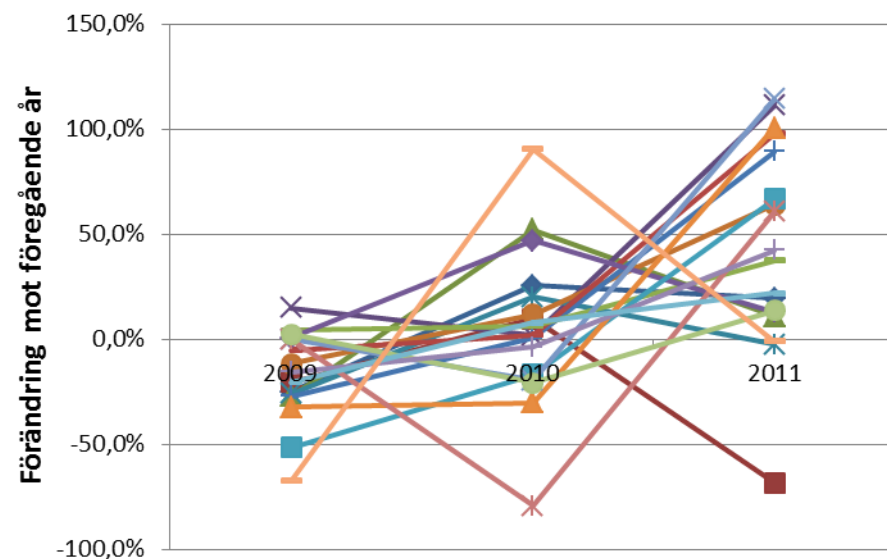
Stockholmsmodellen för DRG i öppenvården – rimlig ersättning för patientbesök, men ibland orimligt låg för operationer

- SLL har implementerat NordDRG i öppenvården med det avgörande undantaget att man definierat egna viktlistor – dvs den beräknade resursåtgången i Stockholm skiljer sig från det nationella systemet. Det är i Sverige alltså inte bara priset per DRG som varierar kraftigt – utan även vikterna.
- Viktfördelningen i Stockholm baseras på KPP-data från de stora sjukhusen: Karolinska universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus, Södersjukhuset samt Södertälje sjukhus
- Privata vårdgivare sammanställer KPP-data internt, men lämnar inte dessa till SLL eller Socialstyrelsen eftersom priser och kostnader betraktas som affärskonfidentiell information, som då skulle bli offentlig. Undantag från detta är Capio St Göran, som förser SKL med data, vilken hanteras konfidentiellt eftersom SKL inte lyder under offentlighetsprincipen.
- Fördelen med Stockholms metod har varit att fastställande av vikter baserats strikt på KPP och faktiska underliggande kostnader – till skillnad mot den nationella listan som administreras av Socialstyrelsen, där medicinska bedömningar till del ligger till grund för DRG-vikter.
- En nackdel med tillvägagångssättet är att KPP data för öppenvården har varit bristfälliga – pga av brister i insamlingen, men också för att de bara reflekterar öppenvård vid större sjukhus. Bristerna har bl.a. lett till att mottagningsverksamhet ges rimlig eller hög ersättning, men operationer och ingrepp ges en lägre – ibland orimligt låg - ersättning.
- Privata vårdgivare har i vissa fall avstått från att ta på sig nya kontrakt som rör behandling. Ett aktuellt exempel är det privata vårdföretaget Aleris som under hösten 2010 fick en förfrågan från SLL om möjligheten att ta emot patienter för mottagningsbesök samt utföra operationer inom handkirurgi. Aleris sade sig vara villiga att ta emot patienter i mottagningsverksamheten, men bedömde att ersättningen för operationerna inte ens skulle täcka kostnaden för operationssalstid – varför man erbjöd sig att utföra endast ett begränsat antal operationer.
- Bristerna i KPP har lett till kraftiga variationer i marknadsvillkoren: Vid flera tillfällen under de senaste åren har SLL tillämpat den nationella listan för enskilda DRG. Denna har gett högre vikt och har använts i stället för Stockholmslistan då vårdgivare inte velat producera till gällande DRG-poäng, vilket kortsiktigt löser upp situationen, men inte utgör en långsiktig grund för investering i ytterligare kapacitet. I extrema fall har skillnaden i ersättning mellan nationell och Stockholmslista varit 50-200%

Variationerna i vikter för enskilda DRG har varit kraftiga – en skapad oförutsägbarhet som är onödig och kostnadsdrivande

Dagkirurgi		DRG-vikt - procentuell förändring mot föregående år		
DRG		2009	2010	2011
0060	Op karpaltunnel O	-25,1%	25,6%	19,5%
0550	Div op öra näsa mun hals O	-20,5%	9,6%	-68,3%
055P	Div små op öra näsa mun hals O	-27,2%	52,2%	10,9%
0600	Op tons/aden O	15,0%	2,0%	111,3%
1190	Underbindning & stripping O	-26,0%	20,0%	-2,4%
1580	Op analregion & stomirev O	-11,5%	11,9%	63,9%
1620	Op inguinal-/fem bräck O	-27,0%	0,5%	89,2%
2220	Knäop ej diagn artroskopi O	-5,2%	2,0%	98,0%
2240	Andra armop O	4,4%	6,4%	37,5%
2290	Hand-handledsop ej stor led O	0,7%	47,0%	13,1%
2700	Andra op hud/underhud O	-51,5%	-16,7%	66,8%
3090	Mindre blåsoperationer O	-32,4%	-30,1%	100,7%
3430	Omskärelse O	0,0%	-19,4%	114,3%
3590	Op uter/adn vid benign sjd O	0,0%	-79,2%	60,8%
3600	Op cervix vagina vulva O	2,5%	-20,7%	13,7%
3640	Skrap/kon/radioimpl O	-15,4%	-3,7%	42,5%
3810	Kirurgisk abort O	-20,5%	8,0%	21,9%
4610	Op annan sjukvårdskontakt O	-67,4%	90,7%	-0,8%

Dagkirurgi - DRG-viktens förändring

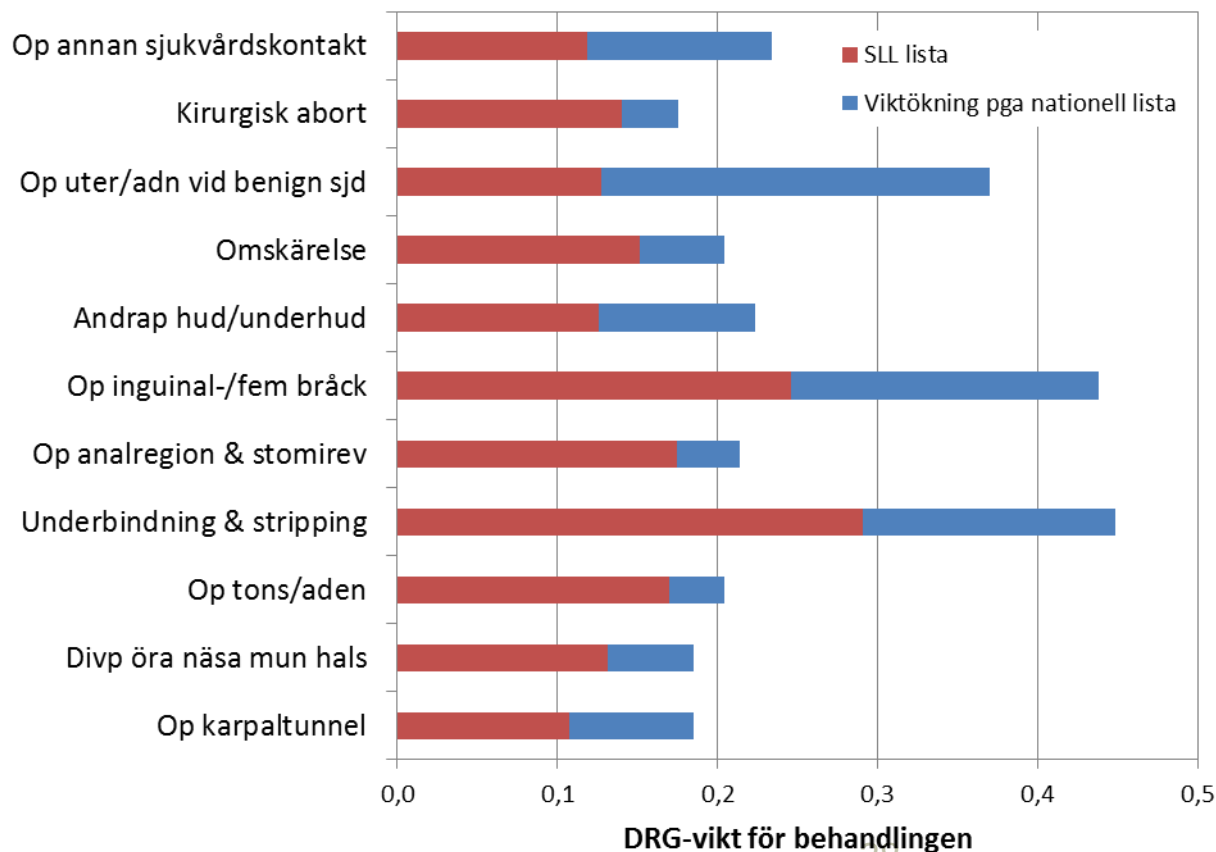


Diagrammet visar variationerna i DRG-vikterna för dagkirurgi, vilka varit stora pga förändringar i systemet och brister i underliggande KPP-data.

Systemet har genererat en artificiell oförutsägbarhet som bör kunna undvikas. Varje marknad innehåller fluktuationer, men både köpare och leverantör vinner på långsiktigt förutsägbara villkor. Landstinget tvingas betala ett indirekt pris för den skapade oförutsägbarheten, utan att motsvarande nytta uppstår genom ökad flexibilitet.

Utöver de variationer i DRG som uppstått som en följd av förändringar systemet har för vissa behandlingar den nationella listan tillämpats vid behov

DRG där nationell taxa tillämpats vid behov



DRG-vikten är inte det enskilda landstingets eller vårdgivarens pris, utan en beskrivning av resursåtgången.

Det finns inget egentligt skäl till att dessa bör skilja sig dramatiskt åt över landet.

De observerade skillnaderna har endast sitt ursprung i olika sätt att samla in och analysera KPP-data

Ett nationellt system bör innefatta även nationella DRG-vikter

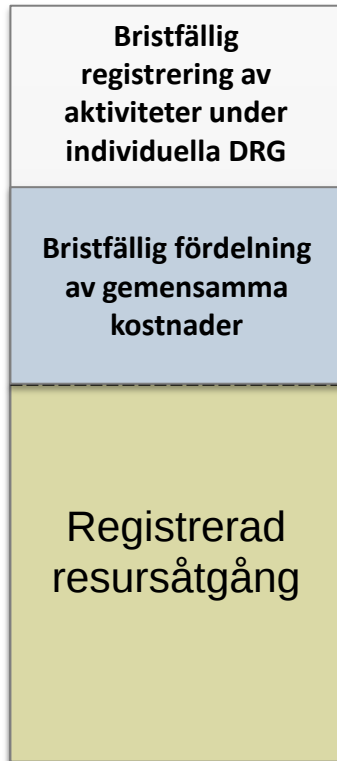
Varför har Stockholmsmodellen för DRG i öppenvården lett till brister i KPP-data?

"Korrekt" KPP

"Mörkertal" av ej registrerad resursåtgång

Idag mätt KPP

Dessa kostnader registreras och ligger till grund för DRG-ersättningen



Schematisk bild för illustration

- KPP-data samlas enbart in från de stora sjukhusen - Karolinska universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus, Södersjukhuset samt Södertälje sjukhus
- KPP-data har två huvudsakliga felkällor:
 - Gemensamma kostnader för overhead, gemensamma resurser etc har inte fördelats på dagkirurgin, vilket har lett till en underskattning av resursåtgången
 - Många av aktiviteter under enskilda DRG för operationer registreras inte korrekt, eftersom systemstöd för detta saknas, vilket också det har lett till en underskattning av resursåtgången
- Felen har inte lett till en lägre samlad ersättning från beställaren till sjukvården – mörkertalet har i stället dykt upp som kostnader inom slutenvården.
- Viktlistorna för år 2011 som nyligen fastställts innebär att en del av detta mörkertal elimineras – genom att gemensamma kostnader nu fördelas bättre. Många DRG-koder i dagkirurgi har getts högre vikt.
- Representanter för SLL Vårdinformatik menar dock att ett kostnadsgap kvarstår för många ingrepp, eftersom operationerna fortfarande inte registreras korrekt
- Systemet har i sin tillämpning varit intäktsneutralt för större vårdgivare som bedriver såväl slutenvård – som öppenvård – men missgynnat mindre och medelstora leverantörer som bedriver stor andel öppenvård.

Stockholmsmodellen för DRG i öppenvården – kostnadskontroll genom tak för enskilda aktörer, hellre än för hela marknaden

- När konkurrens på en marknad skapas genom DRG kan inte aktörerna tillåtas att agera helt fritt
- Målet är att åstadkomma priskonkurrens, varför finansiären inte bör reglera priset
- Viktfördelningen bör ges hög förutsägbarhet och reflektera den verkliga resursåtgången – dvs inte användas som ett instrument för dynamik
- Särskilda insatser behöver dock göras kring viktfordelningen för att uppmuntra innovation och förnyelse
- Vårdfinansiären har ett starkt behov av att kontrollera totalkostnaden – vilket fordrar förhandlingar och kontrakt med enskilda vårdgivare, eftersom volymerna annars skulle öka okontrollerat
- Sådana tak kan dock läggas på antalet patienter hellre än budget eller alltför hårt styrd case-mix
- Tak bör kombineras med rimliga marginalvillkor, så att dynamiken i systemen gynnas, samt att patientens fria val alltid tränger igenom



Viktglidning – hot eller möjlighet?

Viktglidning kan ha en rad samhällsekonomiskt negativa orsaker och är därför inte självklart en fördel – men frånvaron av viktglidning är ofta negativt.

I Stockholm tenderar sjukhusens genomsnittliga DRG-poäng per patient att öka. Bakom detta finns flera underliggande orsaker.

Sjukhusen blivit bättre på att registrera sina åtgärder och patientens huvud- och bidiagnoser.

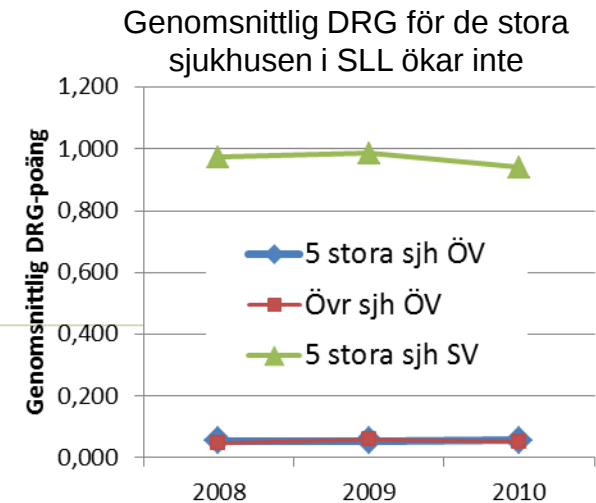
Primärvården och privata specialister bör ta en större del av öppenvårdsbesöken och sjukhusen öka sin andel tyngre vård – vilket tydligt skett i Tyskland efter introduktionen av DRG 2004.

Ett exempel på hur olika perspektiv kan anläggas på detta är den diskussion som förts mellan SÖS och HSNF. Trots att SÖS gjort lika många DRG-poäng som tidigare, vilket sjukhuset anser beror på ökad vårdtyngd, menar HSNF att viktglidningen är för hög.

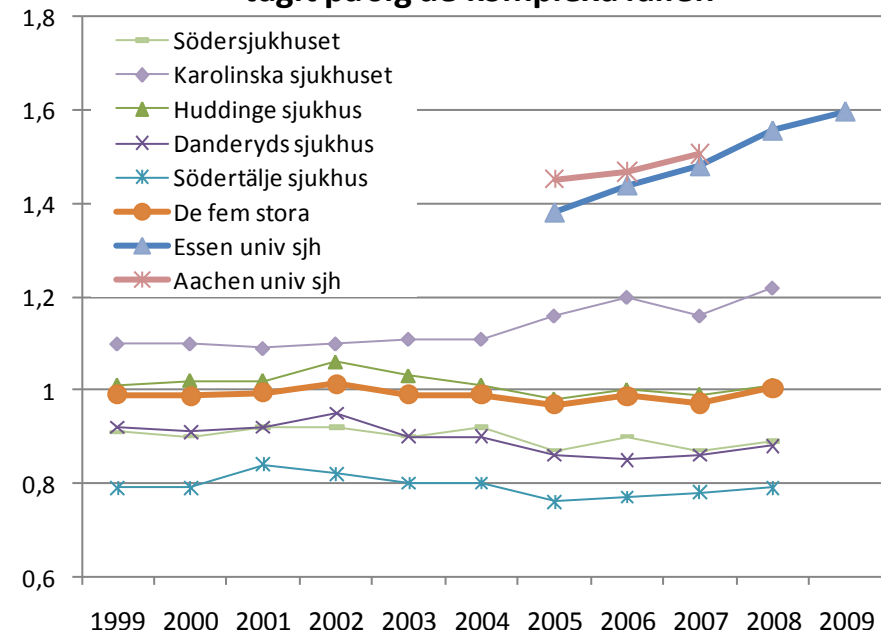
Beställarna anser att sjukhuset inte håller sig till den produktionsmix som poängberäkningen baseras på, sjukhuset menar att det är volymen DRG-poäng som är målet, inte produktionsmixen.

Sjukhuset menar att viktglidningen har naturliga orsaker och följer landstingets långsiktiga strategi. Tar sjukhusen sitt uppdrag på allvar kommer de att öka den tyngre vården som kräver sjukhusets resurser och att arbeta för att föra ut patienter med mindre behov till närsjukvården.

Tydligt är dock att viktglidningen i Stockholm varit mindre än i Tyskland.



Tyska universitetssjukhus har i ökande grad tagit på sig de komplexa fallen



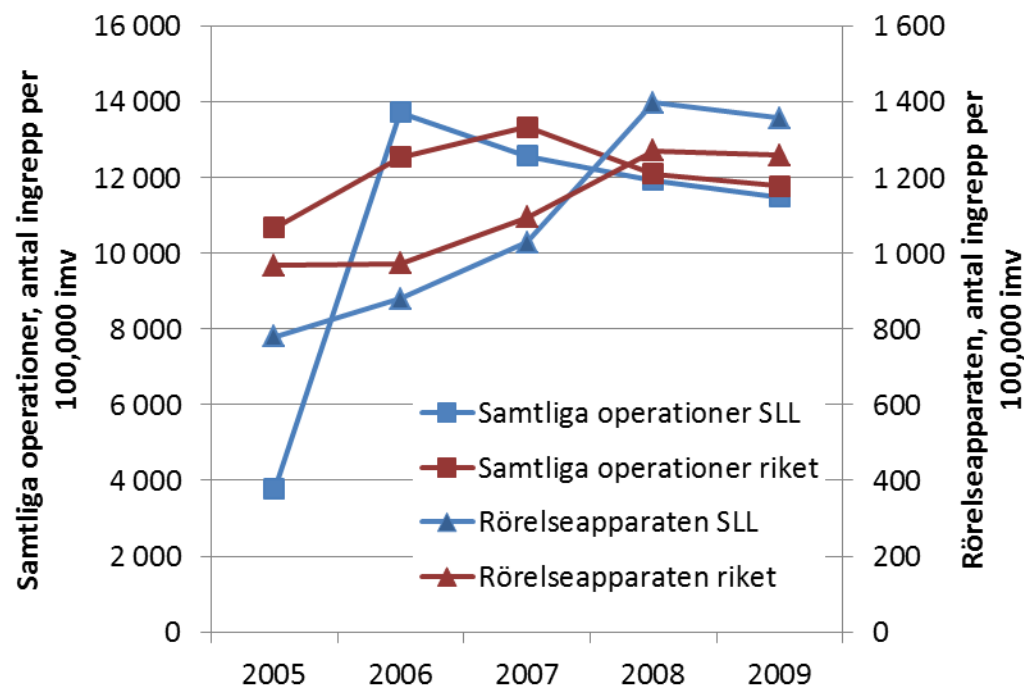
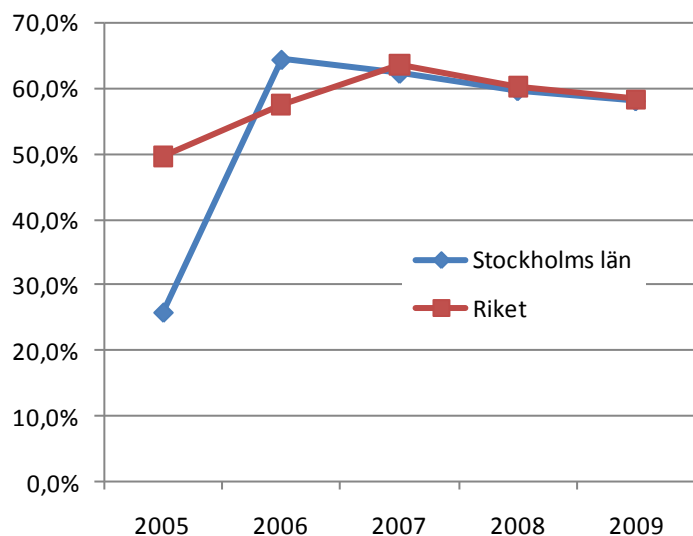
Landstingsrevisorerna har konstaterat att viktglidningen möjligen är för låg

- Den kraftiga viktglidning som konstaterats på vissa sjukhus har aktualiserat att ägardirektiv och avtalsmodell inte är i överensstämmande.
- Enligt ägardirektiven ska sjukhuset utveckla sin profil som akutsjukhus och samverka med närsjukvården för att patienter ska tas om hand på lämplig vårdnivå.
- Samtidigt hävdar beställaren att volymen DRG-poäng ska tjänas in i enlighet med den kalkylerade produktionsmixen av vårdtillfällen och patientbesök.
- Förutsatt att viktglidningen i första hand handlar om en uppväxling mot mer akut och tyngre vård, är detta inte bara en diskussion mellan beställare och enskilt sjukhus, utan bör även involvera ägaren.
- Avtalad målvolym överenskomms mellan HSN och respektive sjukhus utifrån en viss mix av besök och vårdtillfällen. Dessa genererar tillsammans ett visst antal DRG-poäng, som i sin tur ersätts med ett givet pris per poäng.
- Resultatutfallet påverkas också av förändrade registreringsregler. Från och med 2009 räknas t ex inte längre telefon- och brevkontakter som besök.



Andelen dagkirurgiska operationer i förhållande till samtliga operationer har minskat de senaste åren

Andel dagkirurgi, samtliga operationer

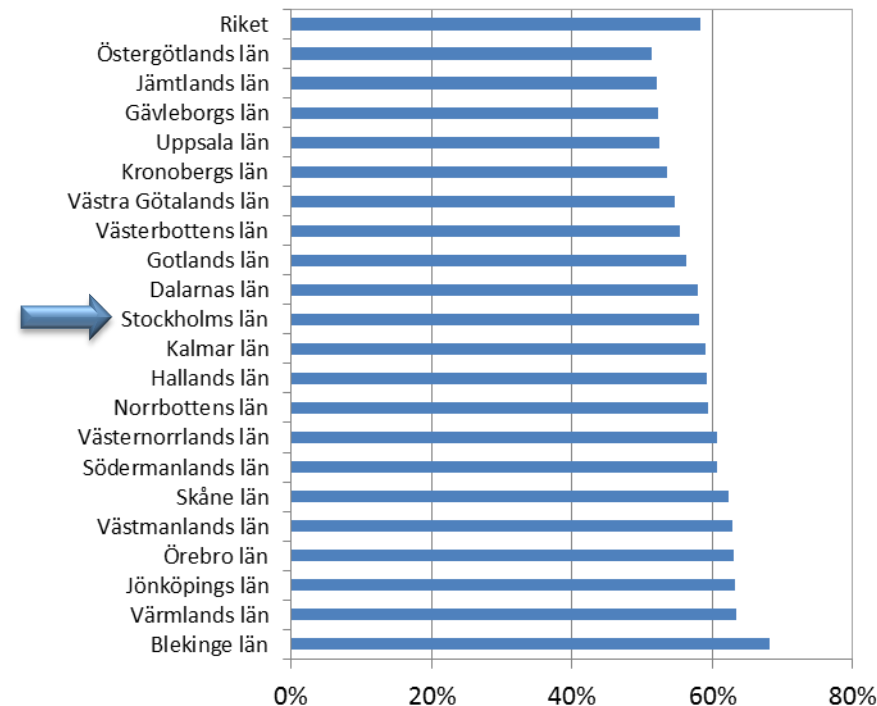




Andelen dagkirurgi varierar kraftigt mellan landsting – mer än vad som kan medicinskt motiveras

- En intressant indikator på effektivt resursutnyttjande är andelen operationer som görs som dagkirurgi.
- För ljumskbråck var 2008 andelen i riket 77 procent, men det finns landsting där över 90 procent av operationerna sker som dagkirurgi.
- För framfallsoperationer har andelen dagkirurgi ökat något under de senaste två åren, men skillnaderna mellan landstingen är påtagliga - från landsting där andelen är fem procent eller under, till landsting där 45–50 procent av operationerna utförs i dagkirurgi.
- Även andelen kejsarsnitt varierar. Vid okomplicerad graviditet, där ingen medicinsk motivering till kejsarsnittet kan hittas i tillgängliga registerdata, är andelen knappt 8 procent. Bland en större grupp förstföderskor är andelen kejsarsnitt 17 procent. Kejsarsnitt kostar över 40 000 kronor och är ungefär dubbelt så dyrt som vaginal förlossning.

Andel dagkirurgiska ingrepp, samtliga operationer

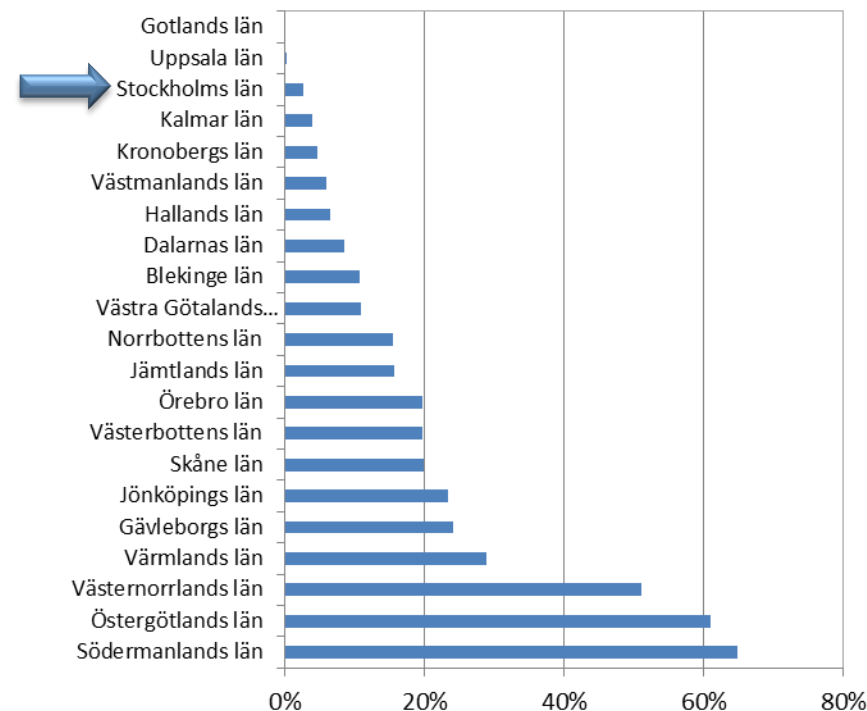




Prolapsoperationer är ett exempel på ingrepp där skillnaderna i andel dagkirurgi är stora

- År 2009 opererades mer än 7,000 kvinnor för livmoderframfall.
- Operationen kan göras dagkirurgiskt vid möjlighet till postoperativ övervakning
- Diagnosen prolaps (framfall) är bred och kan avse helt olika svårighetsgrader.
- Även operationen kan spänna från att vara en enkel standardoperation till ett komplicerat ingrepp.
- Det finns medicinska förklaringar som svårighetsgrad, patientens ålder och allmäntillstånd etc som påverkar hur stor andel av operationerna som kan göras i dagkirurgi.
- Men även andra faktorer påverkar andelen dagkirurgiskt opererade, vilket framgår av de stora variationerna mellan landstingen.
- Sannolikt skiljer sig inte kvinnornas allmän- och sjukdomstillstånd radikalt mellan olika landsting. Lokal tradition och kultur har en avgörande betydelse.
- De landsting som har en hög slutenvårdsandel kan sannolikt minska sina kostnader för dessa operationer, utan att kvaliteten försämras.

Andel dagkirurgiska ingrepp, prolapsoperationer

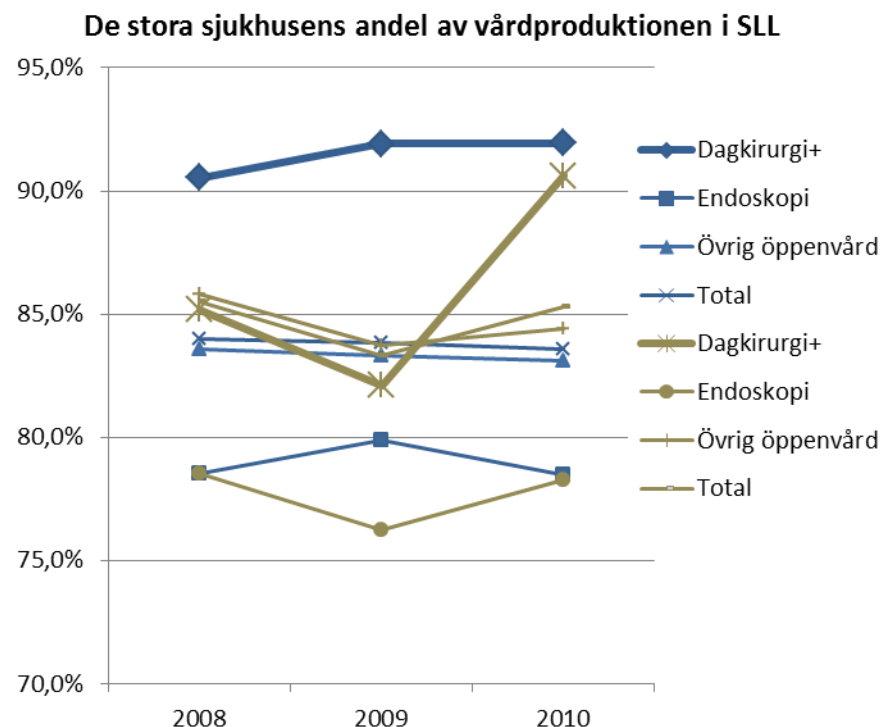


Köer inom elektiv vård är ingen naturlag – tvärtom är Sverige ett av de få länder i Europa där köer uppstått

- I december 2010 presenterades rapporten Kåren och köerna - *En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård*
- Rapporten granskar av vårdgarantin inom sjukvården – men utgår från ett stationärt synsätt där ökad effektivitet skall åstadkommas genom att pressa fler patienter genom existerande processer
 - *"I föreliggande rapport undersöks om det är möjligt att styra läkares agerande genom politiskt fattade beslut."*
 - *"Aldrig tidigare har man på ett så tydligt sätt, från statens sida, gått in och reglerat inom vilken tidsram en behandling ska ske – detta har traditionellt betraktats som den medicinska professionens domän."*
- Läkarna i studien menar att fler operationer kan genomföras men att det saknas operationsutrymmen och vårdplatser till detta.
- Rapporten drar slutsatsen att
 - *"Ska tidsgränserna i vården skärpas ytterligare, vilket diskuteras i dag, bör ansvariga beslutsfattare för sjukvården uppmärksamma de strukturella hinder i vården som en majoritet av läkarna uppfattar som flaskhalsar i vårdkedjan."*
- Samtidigt finns stora möjligheter att öka andelen dagkirurgi inom exempelvis ortopedi – men även att utnyttja den mångfald av vårdgivare som existerar. Kapacitet för att eliminera köer finns redan tillgänglig.
- ESOs analys är korrekt ur det perspektiv de valt, men vi vill lyfta fram att man även kan anlägga ett annat perspektiv: Ökad tillgänglighet och minskade köer bör åstadkommas genom att öka dynamiken i systemet – inte genom att försöka göra den enskilde anställda mer dynamisk.
- Man kan även påpeka att åtgärder för att hantera totala vårdtider och tillgänglighet genomförs världen över av politiska beslutsfattare och vårdfinansiärer, varför en ansträngning i denna riktning från den svenska statens sida inte kan anses anmärkningsvärd

De stora sjukhusens andel av dagkirurgiverksamheten ökar – vilket driver landstingets kostnader eftersom dessa erhåller högre ersättning per DRG-poäng

De fyra stora sjukhusens andel av total produktion			
	2008	2009	2010
Av vårdtillfällen			
Dagkirurgi+	90,5%	91,9%	91,9%
Endoskopi	78,5%	79,9%	78,5%
Övrig öppenvård	83,6%	83,3%	83,1%
Total	84,0%	83,8%	83,6%
Av DRG-produktion			
Dagkirurgi+	85,2%	82,1%	90,6%
Endoskopi	78,5%	76,3%	78,3%
Övrig öppenvård	85,8%	83,7%	84,4%
Total	85,5%	83,3%	85,3%



Vårdtillfällen
DRG-poäng

Utvecklingen för de två privata vårdgivarna Aleris och Proxima visar att de senaste årens konkurrens varit framgångsrik – men dynamiken verkar ha avtagit

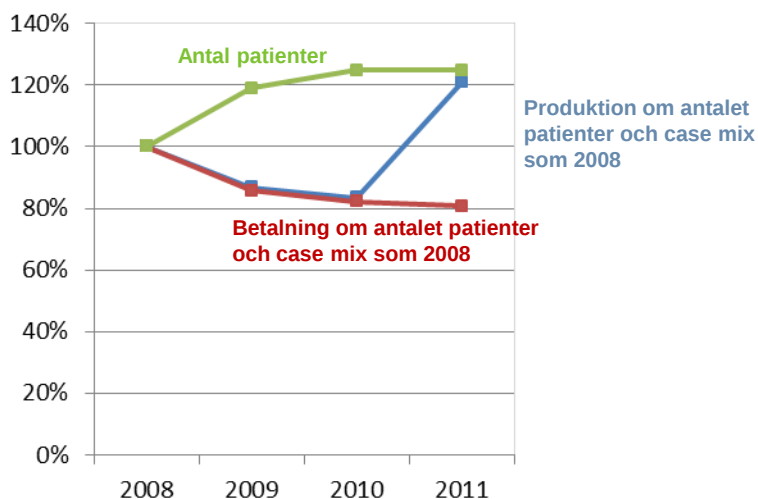
Analysen bygger på de 20 vanligaste DRG-koderna – analyserad produktion avser alltså dessa 20 DRG

Marknadspriset har fallit under flera år, vilket får ses som en gynnsam utveckling som skapat samhällsekonomisk nytta

Antalet patienter ökade initialt, men har nu planat ut, vilket med tanke på prisnivåerna inte är samhällsekonomiskt gynnsamt

Variationen i enskilda DRG-vikter har varit stor – vilket förstärkts av den återkommande tillämpningen av den nationella listan

20 vanligaste DRG-koderna



Dagkirurgi	2008	2009	2010	2011*
Producerad volym med Stockholmslistan	959	1 214	1 329	1 998
Producerad volym med justerad Stockholmslista	1 219	1 337	1 329	1 998
Betalning med Stockholmslistan	25 062 163	31 621 434	34 214 622	51 429 730
Betalning med justerad Stockholmslista	31 790 907	34 708 040	34 214 622	34 214 622
Antal patienter	4 844	5 767	6 044	6 044
Pris per DRG-poäng, kr	26 075	25 813	25 757	17 123
Genomsnittlig betalning per patient, kr	6 563	6 018	5 661	5 661
Produktion om antalet patienter och case mix som 2008	1219	1058	1017	1473
Betalning om antalet patienter och case mix som 2008	31 790 907	27 246 326	26 121 863	25 698 916

* Prognos 2011 baserad på ny viktlista, 2010 års patientunderlag, samt HSNFs tillämpning av tak

Slutsatser - ersättningssystem och deras effekter i Sverige

- **Dagkirurgin minskar**
 - Dagkirurgins andel av totala operationer har minskat under de senaste åren – vilket torde vara ofördelaktigt ur samhällsekonomisk synvinkel
 - Andel dagkirurgi varierar kraftigt över landet – där Stockholm befinner sig vid rikets genomsnitt sett till samtliga ingrepp, men i botten för vissa ingrepp
 - Konkurrenstrycket verkar ha utövats framförallt mot medelstora privata aktörer – vilket skulle kunna förklara att dynamiken avtagit
- **DRG i öppenvården är ännu inte stabilt – variationerna har varit stora**
 - DRG är sedan länge etablerat inom slutenvården – systemet har stabiliserats och KPP-data samt DRG-koder ger en hyggligt rättvisande bild av resursåtgången för enskilda diagnoser
 - DRG etablerades för ca 5 år sedan inom öppenvården – systemet konvergerar alltjämt och kan inte sägas ge en rättvisande bild av resursåtgången, vare sig för enskilda diagnoser eller öppenvården i dess helhet
 - DRG-vikter inom dagkirurgin i SLL har varierat kraftigt de senaste åren, vilket genererat en artificiell oförutsägbarhet som inte skapar samhällsekonomisk nytta – tvärtom är det rimligt att anta att variation skapar kostnader som i slutändan bärs av kunden, dvs landstinget
 - Samlade KPP-data skulle få högre noggrannhet om även privata vårdgivare kunde delta i insamlingen
 - Bristerna i KPP har lett till kraftiga variationer i marknadsvillkoren: Vikterna har fluktuerat kraftigt och omställning mellan Stockholmslistan och den nationella listan har gjorts på ett godtyckligt sätt då ersättningen varit för låg.
- **DRG används inte fullt ut som instrument för effektivitet**
 - Socialstyrelsen, SKL samt flera landsting betonar att DRG framförallt är ett beskrivningssystem – och har rätt i så motto att det i Sverige har används främst som detta. I de flesta andra länder där DRG implementerats har syftet främst varit att skapa effektivitet genom konkurrens och transparens.
 - Den ”goda” viktglidningen genom en differentiering av patienter i vårdstrukturen har inte skett i Stockholm – men mekanismer för att detta skall ske verkar saknas
 - DRG används inte i Stockholm eller i Sverige fullt ut som ett instrument för att skapa totaleffektivitet och samhällsekonomisk nytta

Valfrihet i öppenvården

Vårdval inom den öppna specialistsjukvården kommer att ställa nya krav på ersättningssystem – vilka är de frågeställningar som landstingets beslutsfattare har att adressera?

Vårdvalet inom specialistsjukvården ställer nya krav på ersättningsystemet

- Patientens fria val kommer i allt högre grad, av sin egen kraft och logik, att bryta upp det nuvarande systemet med kontrakterade volymer
- Ett väl implementerat DRG-system bör tillåta priskonkurrens och dynamik
- Det finns dock inget system någonstans i världen som bygger på ett helt fritt patientval, utan förhandlade priser och volymer – vårdfinansiären måste ha möjlighet att garantera totalkostnadskontroll
- Stockholms läns landsting har två viktiga principiella frågeställningar att förhålla sig till:
 - Vill man eftersträva ett nationellt DRG-system?
 - Vilket av två tänkbara ersättningssystem vill man etablera i vårdvalet inom specialistsjukvården: Aktivitetsbaserad ersättning i form av en styckprislista, eller utveckling av nuvarande DRG-system?
- Landstingsstyrelsen har sagt sig stödja att SLL ansluter sig till det nationella systemet

Vad talar för och emot att etablera ett nationellt DRG-system?

Fördelar

- DRG bygger på medelvärden – en nationell lista baseras på fler patienter och är mer tillförlitlig – och SLL ger sitt bidrag till denna lista
- Konkurrenstrycket från privata aktörer kommer att öka i små och medelstora landsting när det blir enklare att förstå lokala villkor
- Diskussioner om kostnader för utomlänspatienter underlättas
- Värdet av benchmarking och lärande över landet ökar
- Sannolikt är mekanismerna för effektiv vård mer verksamma med ett nationellt system – mer vård för pengarna

Nackdelar

- Kommer att kräva kompromisser – både Socialstyrelsen och de landsting som avviker från NordDRG anser att deras system är överlägsna
- Systemet blir svårare att anpassa till lokala förutsättningar

Två tänkbara ersättningssystem i vårdvalet inom den öppna specialistsjukvården: styckprislista - eller utveckling av nuvarande DRG-system

Nuvarande DRG

- Det har tagit fem år för systemet att konvergera. Systemet är inte lika stabilt som för slutenvården än, men har genomgått årliga förbättringar.
- Kommer att kräva förbättrad insamling av KPP-data
- Ger automatiskt de stora sjukhusen högre ersättning för ett ingrepp än de mindre – eftersom DRG-ersättningen är högre
- Bör kombineras med tvingande regler, eller särskilda DRG-priser för öppenvården, där de stora sjukhusen konkurrerar på samma villkor som övriga vårdgivare.

Ny styckprislista

- Möjliggör samma pris för samma ingrepp, oberoende av vårdgivare
- Kommer att kräva ytterligare fem år av stabilisering och justeringar
- Ökar risken för behov av tillfälliga justeringar av det slag som gjorts i DRG för öppenvård, vilket minskar vårdgivarnas vilja att bygga upp kapacitet
- Skapar mekanismer för att driva dagkirurgi och öppenvård från de stora sjukhusens högkostnadsstrukturer till mindre vårdaktörer
- Kvaliteten i inrapportering av DRG-data till Socialstyrelsen, samt KPP-data, kommer att urholkas – när dessa blir en administrativ börda, hellre än viktiga data för verksamheten och intjänandeförmågan

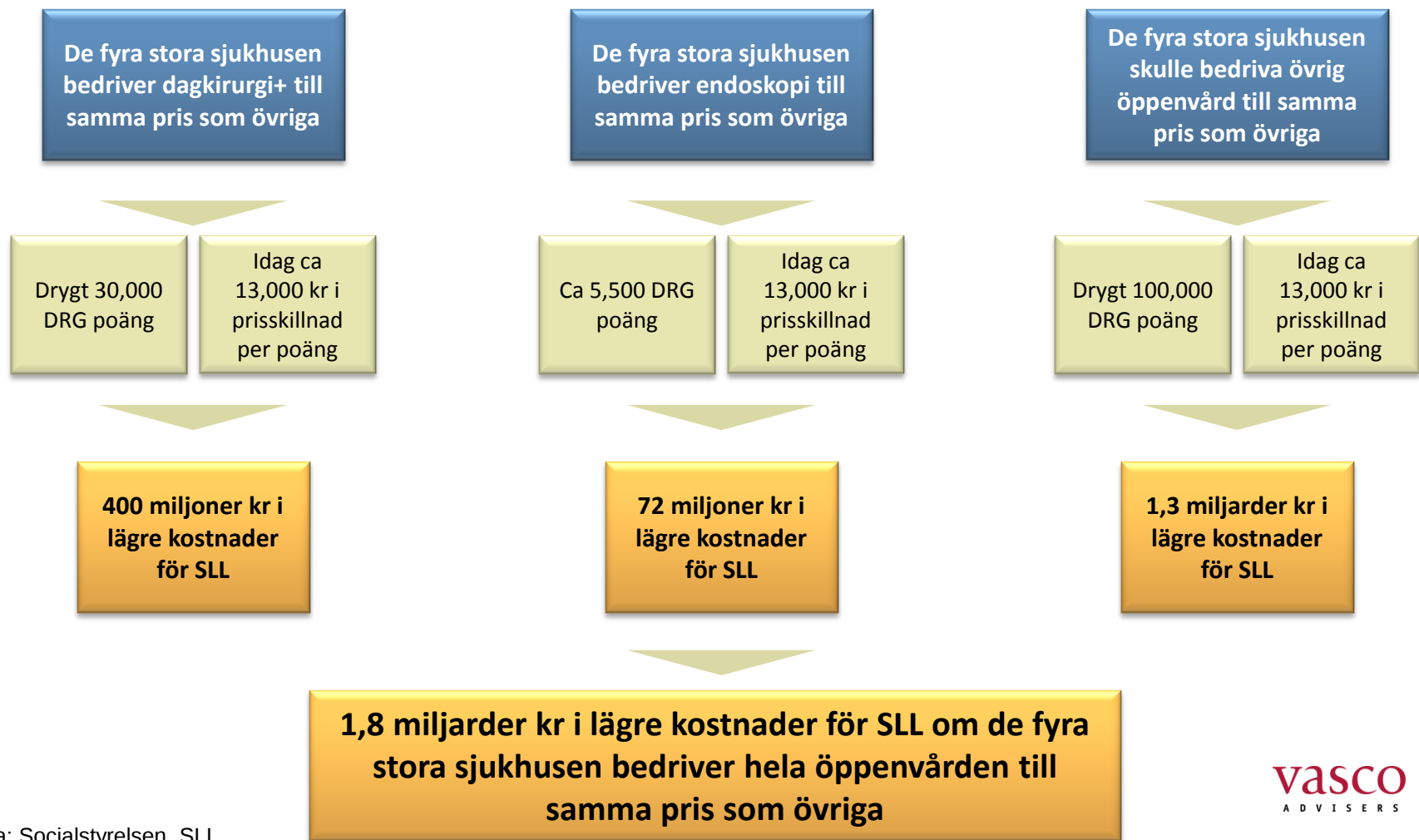
Några scenarion

Hur skulle kostnaderna för sjukvården påverkas om ersättningssystemet i Stockholm och Sverige förändrades på samma sätt som i Tyskland?

Vilka åtgärder vore realistiska för Stockholms läns landsting?

- Analys av två tänkbara åtgärder:
 - ersättning i öppenvården harmoniseras, så att samtliga vårdgivare ersätts enligt samma taxa
 - DRG-ersättningen harmoniseras på samma sätt som i Tyskland
- I fallet harmonisering i öppenvården analyseras hur stora effektiviseringar som är möjliga vid enbart de fyra stora sjukhusen – det potentiellt möjliga utfallet skulle vara större eftersom fler än dessa vårdgivare skulle påverkas
- För DRG-harmoniseringen antas en utveckling och dynamik som är mindre dramatisk än i Tyskland – med en minskning av DRG-priset för de stora sjukhusen med ca 10,000 kr per poäng

Några tänkbara scenarion baserat på de tyska erfarenheterna – harmoniserad ersättning för öppenvården



Några tänkbara scenarion baserat på de tyska erfarenheterna – harmoniserad DRG-ersättning



- Tyskland har visat att en nationell harmonisering av DRG är möjligt – och att detta kan leda till lägre priser
- Sjukvård för 82 miljoner människor tillhandahålls under ett samlat DRG-system med en prisspridning på $\pm 2,5\%$ - DRG-priset för större sjukhus har minskat 10-15,000 kr
- Antag att detta vore möjligt även i Sverige – med en prisnivå som den tyska skulle Stockholms läns landsting sänka sina kostnader med närmare 4 miljarder kr
- Den tyska situationen är dock inte helt tillämpbar på Sverige eftersom vi saknar den mångfald av vårdgivare och större sjukhus som finns i Tyskland
- De tyska universitetssjukhusen hade dock prisnivåer som låg över DRG-priset för de fyra stora sjukhusen i Stockholm – men har klarat konvergensen genom att ta hand om mer komplexa fall och ligger nu på DRG-priser på 26,000-27,000 kr per poäng

Sammanfattande slutsatser

- DRG utvecklades på 1980-talet och har introducerats i ett stort antal länder – vanligen med ambitionen att skapa en pris- och konkurrensmekanism
- Tyskland har – med sina 82 miljoner invånare – konvergerat mot ett homogent DRG-system, vilket lett till lägre kostnader
- Dagkirurgins andel av totala operationer har i Sverige minskat under de senaste åren – vilket torde vara ofördelaktigt ur samhällsekonomisk synvinkel
- Andel dagkirurgi varierar kraftigt över landet – där Stockholm befinner sig vid rikets genomsnitt sett till samtliga ingrepp, men i botten för vissa ingrepp
- En ökning av andelen dagkirurgi kräver både incitamentsystem och ett kraftfullt agerande från politiska beslutsfattare och vårdfinansiärer
- DRG är sedan länge etablerat i slutenvården, men introducerades för ca 5 år sedan i öppenvården – systemet konvergerar alltså och kan inte sägas ge en rättvisande bild av resursåtgången, vare sig för enskilda diagnoser eller öppenvården i dess helhet
- DRG-vikter inom dagkirurgin i SLL har varierat kraftigt de senaste åren, vilket genererat en artificiell oförutsägbarhet som inte leder till samhällsekonomisk nytta
- Med tillämpning av samma ersättning för samma aktivitet i öppenvården skulle Stockholms läns landsting sänka sina kostnader med närmare 2 miljarder kr
- Med samma harmonisering av DRG-priser som Tyskland genomfört skulle Stockholms läns landsting sänka sina kostnader med närmare 4 miljarder kr

Tack för er uppmärksamhet

www.vascoadvisers.com