

Fyra miljarder kronor

Hur ökad digitalisering kan
spara pengar och förbättra vården.

Introduktion	3
Uppenbara problem i den svenska vården	4
I denna rapport	5
Framtidens vård	6
Vårdkostnaderna fördelade på olika åldersgrupper.....	7
Effektiviseringspotential i ökad andel digitala besök	9
Diagnoser för fysiska respektive digitala läkarbesök	10-12
Avslutningsvis	13

Introduktion

Utvecklingen under den pågående coronakrisen visar att digitalisering av vården på bred front är möjlig. För att öka tillgängligheten till vården, minska risken för smitta och ge vårdens medarbetare flexibla arbetssätt har sjukvården snabbat på användningen av ny teknik, ofta i samverkan med privata aktörer. När möjligheterna till fysisk vård begränsades visade det sig vara genomförbart att ta snabba beslut och införa digitala lösningar i en helt annan takt än tidigare.

Det är viktigt att inte allt går tillbaka till de gamla arbetssätten när coronakrisen klingat av. Kraven på att förbättra och effektivisera vården kommer att vara fortsatt stora. Därför behöver erfarenheterna från våren 2020 leda till att den digitala omställningen tar fart på allvar inom hälso- och sjukvården.

I denna rapport diskuterar vi hur en ökad andel digital vård kan bidra till att lösa de svåra utmaningar som den svenska sjukvården står inför. Bara genom att öka andelen digitala läkarbesök inom primärvården från nuvarande knappt 9 procent till 30 procent skulle drygt fyra miljarder kronor kunna frigöras årligen - en summa som hälso- och sjukvården till exempel istället skulle kunna använda för att anställa ytterligare 6 400 läkare eller 7 400 sjuksköterskor.¹ Rapporten visar också att trots en relativt sett stor ökning av digitala vårdtillfällen de senaste åren så ökar inte det totala antalet besök till läkare och sjuksköterskor i primärvården i samma takt, vilket talar för att det sker en substitution.

Uppenbara problem i den svenska vården

Köerna, den demografiska utvecklingen och välfärdskontraktet

Sverige har en åldrande befolkning, som lever allt längre. Många lever med flera olika kroniska sjukdomar parallellt och samtidigt finns förväntningar, inte minst, från den yngre generationen på att tjänster ska levereras smidigt, snabbt och anpassade utifrån individens önskemål. Vården håller generellt en hög kvalitet, men vi har långa vårdköer och det är svårt att få den hjälp man behöver, när man behöver den.

Vårdens kompetensförsörjning

Sverige har stora utmaningar med både nuvarande och framtida kompetensförsörjning inom vård och omsorg, detta gällde såväl före coronapandemin och det kommer att gälla även efter pandemin. Före pandemin och den vårdskuld som kommer addera ytterligare börda räknade Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) fram att välfärden kommer att behöva öka antalet anställda med knappt 200 000 personer fram till 2026, om inga förändringar sker. Därutöver förväntas cirka 300 000 medarbetare gå i pension under perioden. Behovsökning och pensionsavgångar fram till 2026 summeras alltså till över en halv miljon medarbetare.²

Kostnaderna - effektivisering och digitalisering av vården

Vården i sin nuvarande form kostar för mycket. Finansdepartementet har pekat på att kommuner och regioner kommer att behöva cirka 90 miljarder kronor mer år 2026 jämfört med i dag om välfärden ska utvecklas i takt med behoven från det ökande antalet äldre, barn och unga.³ Det är en bedömning som SKR delar.⁴ Samhället måste hitta nya arbetsätt som bättre tillvaratar kompetens och resurser. Lösningen är inte enbart att addera pengar till systemet – här är digitalisering en nyckel till förändring och framgång. Digitaliseringen av vården handlar främst om en genomgripande verksamhetsomvandling med stöd av en ökad teknologianvändning.

Digitala effektiviseringsmöjligheter

I denna rapport fokuserar vi på effektiviseringsmöjligheterna och visar att en ökad andel digitala läkarbesök i primärvården, från nuvarande 8,7 procent till 30 procent, skulle kunna minska kostnaderna med åtminstone fyra miljarder.

I kalkylen har vi förutsatt att ett digitalt läkarbesök ersätter ett besök som annars hade ägt rum fysiskt. Vi har räknat på diagnoser som idag i stor utsträckning fortfarande hanteras fysiskt men som skulle kunna omhändertas digitalt. I beräkningen ingår endast de direkta kostnaderna för fysiska respektive digitala läkarbesök i primärvården. Således har vi inte tagit med de kostnader som är förknippade med andra effekter av ökad digitalisering såsom kostnader för resande, förlorad arbetstid för vårdtagaren eller vad ökad smittorisk kan föra med sig för kostnader på samhälls- såväl som på individnivå. En ökad digitalisering av vården kan också föra med sig andra fördelar såsom ökad trygghet (faktisk eller upplevd), ökad följsamhet till vårdplaner inklusive läkemedelsanvändning, minskad miljöpåverkan och ett ökat förtroende för hälso- och sjukvården. Alla dessa övriga aspekter som också kan räknas som vinster, har denna rapport valt att inte försöka beräkna - även om det är rimligt att anta att den allra största potentialen återfinns i variabler som dessa. Vi har endast tittat på de direkta summor för produktion och ersättning inom hälso- och sjukvårdssystemet som vi har kunnat hitta och med säkerhet göra beräkningar kring.

Att en övergång till en större andel digitala besök innebär en effektivisering ligger i linje med bedömningar gjorda av andra. Konsultföretaget McKinsey publicerade år 2016 en rapport om värdet av digital teknik inom den svenska sjukvården.⁵ Här beräknades de totalt möjliga kostnadsbesparingarna genom digital teknik till 180 miljarder kronor till år 2025. När det gäller digitala konsultationer på distans angavs en möjlig bruttobesparing på 20 miljarder kronor till 2025. Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) redovisade år 2019 en bedömning av värdet av ökad användning av AI i offentlig förvaltning till 140 miljarder kronor årligen.⁶ Samtidigt framhöll man att det inte är möjligt att lösa utmaningarna inom välfärden på traditionellt sätt, med fler människor. SKR har i ett flertal ekonomirapporter lyft fram digitalisering som en viktig möjlighet för regionerna, för att öka effektiviteten i hälso- och sjukvården.

Sammanfattningsvis är den dominerande bedömningen att en ökad andel digital vård skulle bidra till effektivare hälso- och sjukvård, det vill säga en hälso- och sjukvård som skapar större värde givet de resurser som används.

Framtidens vård

Det är inget nytt att ny teknik ger nya möjligheter. Tvärtom, historiskt är det genomgående genom ny teknik, inklusive nya läkemedel, som tillgången till vård ökat och kvaliteten förbättras. Digitaliseringen utgör nutidens möjlighet att förbättra tillgången till vård och höja dess kvalitet och effektivitet.

Digitaliseringen handlar inte främst om tekniken i sig, utan om den genomgripande verksamhetsomvandling som den möjliggör. I denna förändring måste patienternas behov vara i fokus, men även vårdpersonalens behov av bra arbetsmiljö behöver väga tungt. Med ökad digitalisering kommer vården att kunna bli en mer attraktiv arbetsgivare, där personalen har tillgång till moderna arbetsverktyg och en flexibilitet i vardagen.

Patienter kommer att kunna vara mer delaktiga och bli en tydligare resurs i vården. Digitala verktyg möjliggör ökad kontinuitet mellan patient och vårdgivare, vilket gör det möjligt för patienter att vara engagerade i sin egen vård och hälsa. Eftersom att digital vård inte känner geografiska begränsningar så blir även ökad jämlikhet avseende tillgång till vård en direkt följd.

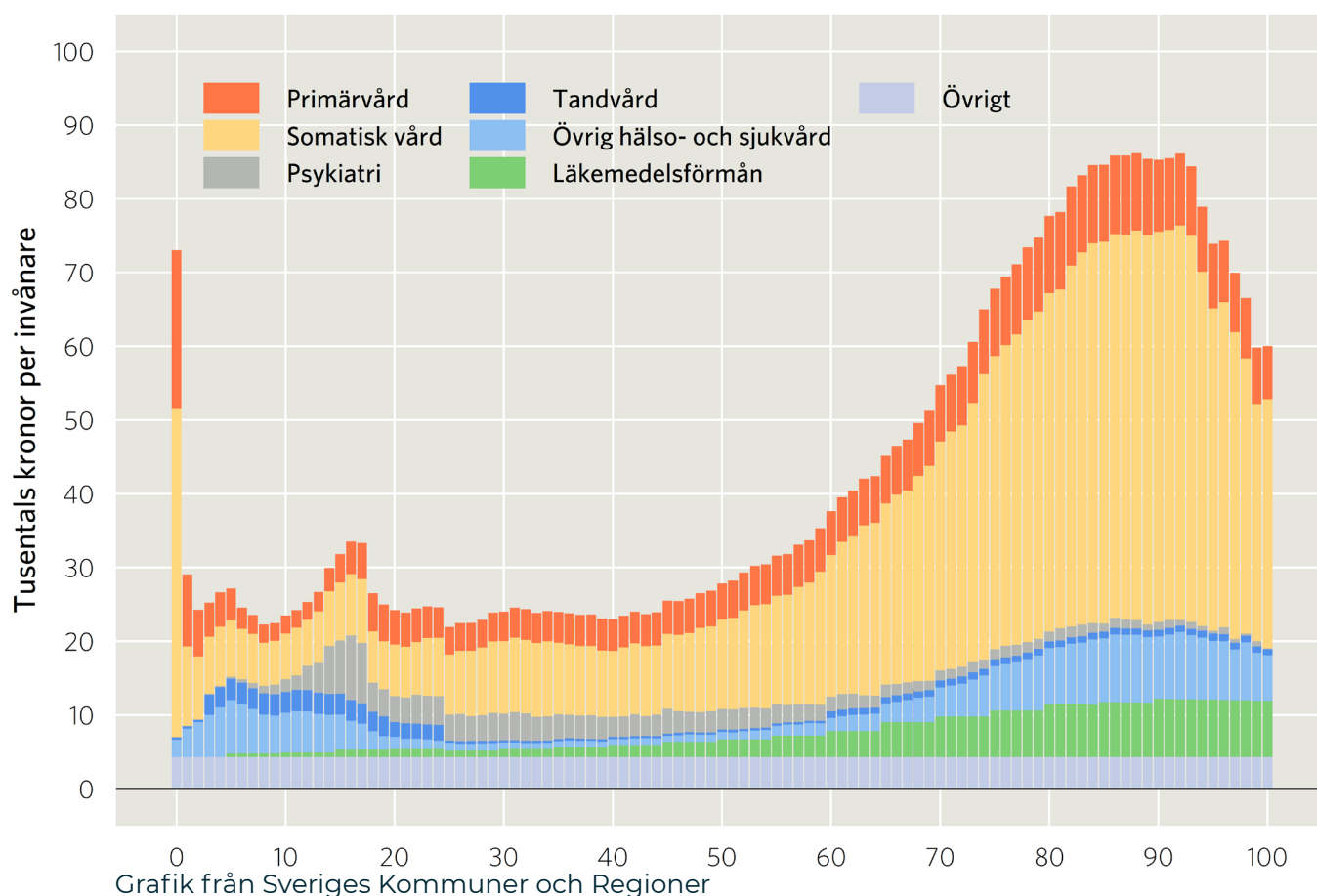
Framtidens vård är också mer proaktiv och förebyggande. Kvalitet och patientsäkerhet stärks genom bättre stöd i data och bättre beslutsstöd. Riskfaktorer kan kartläggas bättre, vilket innebär att vården kan verka förebyggande i ett tidigt skede - innan ohälsan bitit sig fast. Digital vård är med andra ord bra för patienterna, för medarbetarna och för samhället i stort.

Vårdkostnaderna fördelade på olika åldersgrupper

De årliga nettokostnaderna för hälso- och sjukvård överstiger 300 miljarder kronor. För att avgöra var det finns effektiviseringsmöjligheter har vi via SKR:s verksamhetsstatistik⁷ undersökt hur kostnaderna är fördelade mellan olika åldersgrupper. Statistiken visar att det är stora skillnader när det gäller vårdens genomsnittskostnader för olika åldersgrupper i befolkningen. Personer i 80 – 90 årsåldern kostade 2018 i genomsnitt mer än fyra gånger så mycket som personer i åldrarna 30 – 40 år, se graf nedan.

Regionernas kostnader per invånare 2018

tusentals kronor

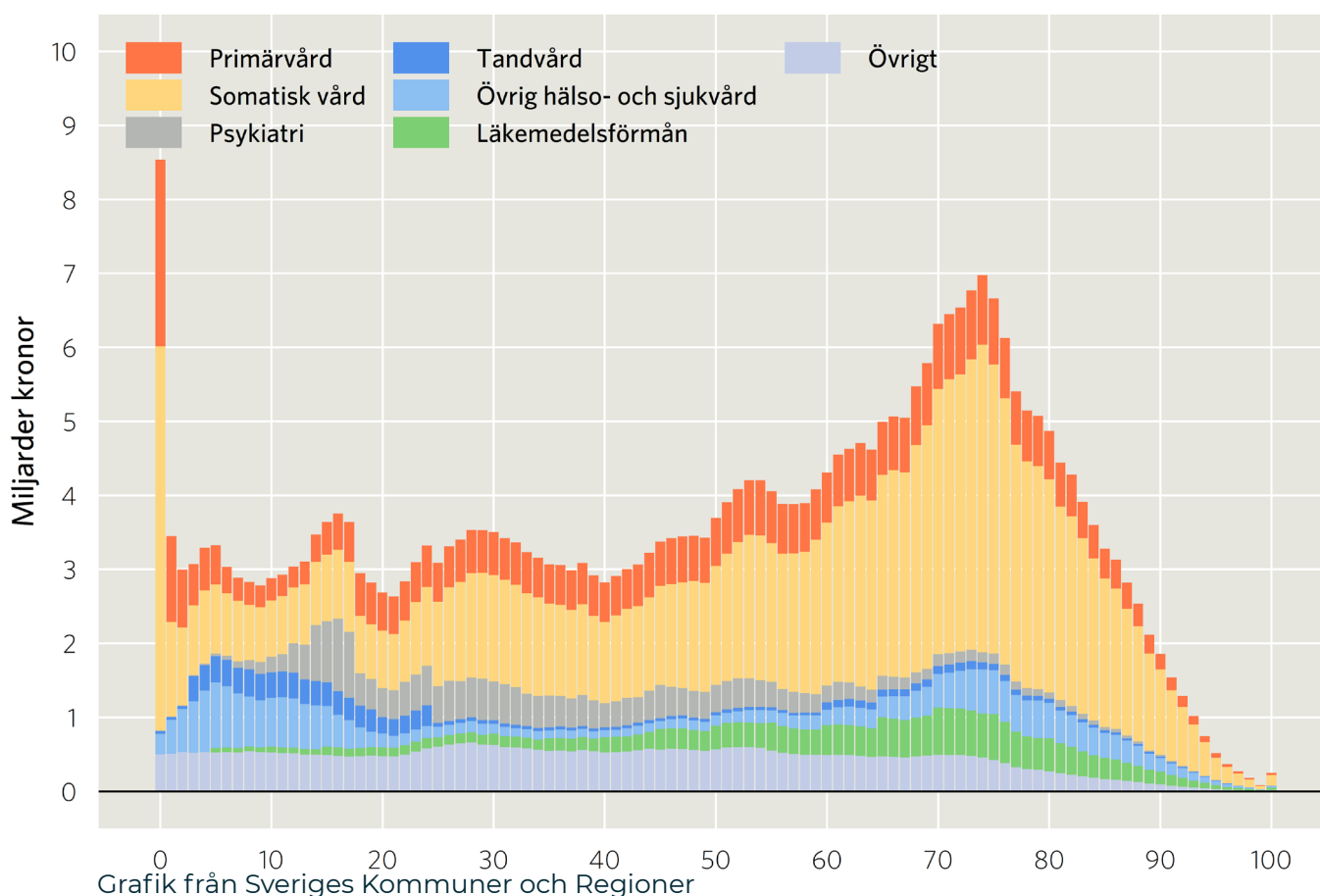


När det gäller den totala vårdkostnaden för olika åldersgrupper blir dock bilden annorlunda; den är nämligen högre för personer mellan 30 och 40 år än för personer mellan 80 och 90 år. Totalkostnaden för personer 80 år och äldre utgjorde år 2018 ca 12 procent av vårdens totala kostnader. Denna åldersgrupp står med andra ord inte för huvuddelen av de totala vårdkostnaderna, vilket den höga genomsnittskostnaden kan ge intryck av. Inte ens om man sänker åldersgränsen till 65 år dominerar de äldre vårdens kostnader; vården av personer 65 år och äldre kostade 2018 drygt hälften av vad vården av personer under 65 år kostade, se graf nedan.

Eftersom genomsnittskostnaderna för de äldre åldersgrupperna är så höga är det lätt att överskatta de äldres andel av totalkostnaderna, men med tanke på att de yngre åldrarna dominerar totalkostnaden är det viktigt att se till att alla delar av vården sköts effektivt. Genom att bättre planera resurserna för yngre åldersgrupper kan de mer komplexa patientgrupperna med större behov i sin tur resurssättas adekvat.

Regionernas kostnader per åldersgrupp 2018

miljarder kronor



Effektiviseringspotential i ökad andel digitala besök

Trots att ökad digitalisering skapar förutsättningar för effektivare vård dominerar de fysiska läkarbesöken i primärvården, knappt 9 procent av läkarbesöken sker digitalt. Vi har undersökt effektiviseringspotentialen i att öka andelen digitala läkarbesök till 30 procent för att illustrera vad som står på spel.

För att beräkna potentialen har vi använt kostnadsdata för att tillhandahålla fysiska läkarbesök i primärvården, respektive digitala läkarbesök i primärvården. Vi har tagit hänsyn till att de diagnoser som hanteras vid fysiska respektive digitala läkarbesök skiljer sig åt genom uppgifter om hur respektive besökstyp fördelas på olika diagnoser. Då den nationella verksamhetsstatistiken inte innehåller kostnadsdata fördelade på olika diagnoser, har vi här behövt utgått från andra källor.

Vi har kunnat använda de uppgifter som SKR börjat ta in från regionerna om diagnoser, både vid fysiska besök och digitala besök i primärvården.⁸ Försök med sådan datainsamling har pågått i några regioner, med bland annat uppgifter för Region Jönköping för 2017 och 2018. Dessa år var flera av de stora digitala vårdgivarna etablerade i Jönköping, vilket gör det möjligt att därifrån få fram diagnosmönstret för digitala läkarbesök i primärvården. I beräkningen nedan har vi utgått från dessa uppgifter. Det har också gått att ta fram uppgifter om kostnader för olika diagnoser vid fysiska läkarbesök genom det arbete som gjorts med att utvidga KPP⁹ till att även omfatta primärvården.¹⁰ Ännu finns inte uppgifter tillgängliga nationellt för alla regioner, men för Sörmland, Östergötland och Värmland finns nationellt tillgänglig kostnadsredovisning per diagnos för år 2017.¹¹ De avser nästan uteslutande fysiska besök. I vår beräkning representerar kostnaderna i dessa tre regioner kostnader vid olika diagnoser för fysiska läkarbesök i hela primärvården.

Med data från dessa båda källor är det möjligt att göra en grov beräkning över effektiviseringspotentialen i att ersätta den del av dagens fysiska läkarbesök i primärvården som istället skulle kunna genomföras som digitala besök. Beräkningen utgår från 2018 års kostnader, då det är de senaste kostnadsuppgifter som är tillgängliga.

I avsnittet nedan visas hur diagnosmönstret skiljer sig mellan fysiska respektive digitala läkarbesök i primärvården. I den beräkning vi gör nedan behålls skillnaden i diagnosmönster mellan fysiska och digitala läkarbesök, även vid en ökad andel digitala läkarbesök.

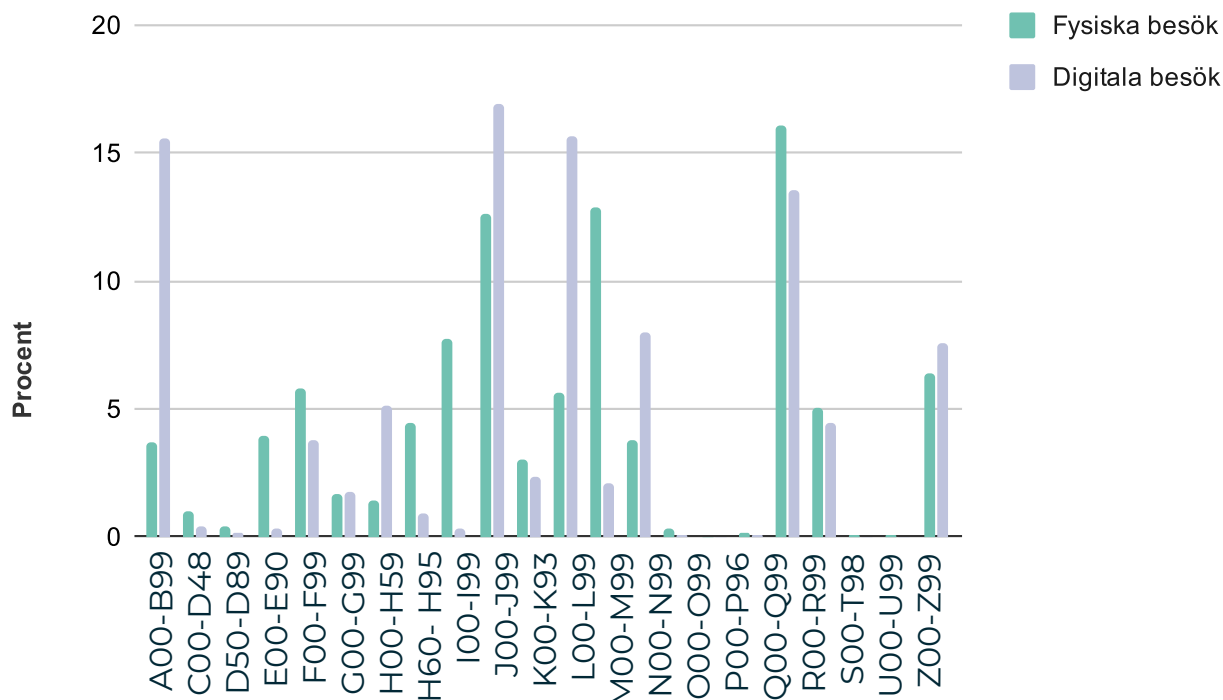
8. Bearbetningar av diagnosuppföljning inom ramen för Väntetider i vården vid SKR. <https://www.vantetider.se/> Se även bilaga om Utvidgad modell för uppföljning av tillgänglighet i primärvården.

9. Kostnad per patient. <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/kostnadperpatientkpp.1076.html>

10. Bearbetningar av KPP-data. <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/kostnadperpatientkpp.1076.html> Se även bilaga om KPP för primärvård

11. Se bifogad grafik.

Diagnoser för fysiska respektive digitala läkarbesök



- A00-B99 Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar
- C00-D48 Tumörer
- D50-D89 Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet
- E00-E90 Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar
- F00-F99 Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteende störningar
- G00-G99 Sjukdomar i nervsystemet
- H00-H59 Sjukdomar i ögat och närliggande organ
- H60-H95 Sjukdomar i örat och mastoidutskottet
- I00-I99 Cirkulationsorganens sjukdomar
- J00-J99 Andningsorganens sjukdomar
- K00-K93 Matsmältningsorganens sjukdomar
- L00-L99 Hudens och underhudens sjukdomar
- M00-M99 Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven
- N00-N99 Sjukdomar i urin- och könsorganen
- O00-O99 Graviditet, förlossning och barnsängstid
- P00-P96 Vissa perinatale tillstånd
- Q00-Q99 Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser
- R00-R99 Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboriefynd som ej klassificeras annorstädes
- S00-T98 Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker
- U00-U99 Koder för särskilda ändamål
- Z00-Z99 Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården

Kostnaden för ett fysiskt läkarbesök i primärvården är i genomsnitt 2 073 kronor, med en spridning mellan olika diagnoser från 1 435 kronor till 2 858 kronor per besök. Med de digitala läkarbesökens diagnosmönster är snittkostnaden 1 952 kronor. Det är främst något mindre kostnadskrävande diagnoser som hanteras genom digitala läkarbesök. Kostnaderna har anpassats till kostnaden för ett genomsnittligt läkarbesök 2018 för samtliga regioner.

För de digitala läkarbesöken har vi utgått från den ersättning för digitala besök som nu gäller, det vill säga 500 kronor per besök.

År 2019 genomfördes 12,7 miljoner allmänläkarbesök i primärvården inklusive jour enligt preliminära uppgifter från SKR:s verksamhetsstatistik. År 2019 genomfördes dessutom 1,2 miljoner läkarbesök digitalt, dvs 8,7 procent digitala besök.¹²

I kalkylen nedan antas de nuvarande skillnaderna i diagnosmönster mellan digitala och fysiska läkarbesök kvarstå, även med en annan fördelning mellan de båda besökstyperna. Det totala antalet besök per diagnos antas vara oförändrat. Vi beräknar vilken möjlig kostnadsminskning en ökning från dagens 8,7 procent digitala besök till 30 procent, med de digitala vårdgivarnas diagnosmönster, skulle kunna innebära.

Givet att ett digitalt läkarbesök ersätts med 500 kronor blir effektiviseringspotentialen $1\,952 - 500 = 1\,452$ kronor per läkarbesök som omvandlas från ett fysiskt läkarbesök till ett digitalt. En ökad andel digitala läkarbesök från 8,7 procent till 30 procent ger en ökning av antalet digitala läkarbesök från 1,2 miljoner till 4,2 miljoner; en ökning med 2,9 miljoner besök. Givet en kostnadsskillnad på i genomsnitt 1 452 kronor per besök uppgår den totala effektiviseringspotentialen till cirka 4,3 miljarder kronor.

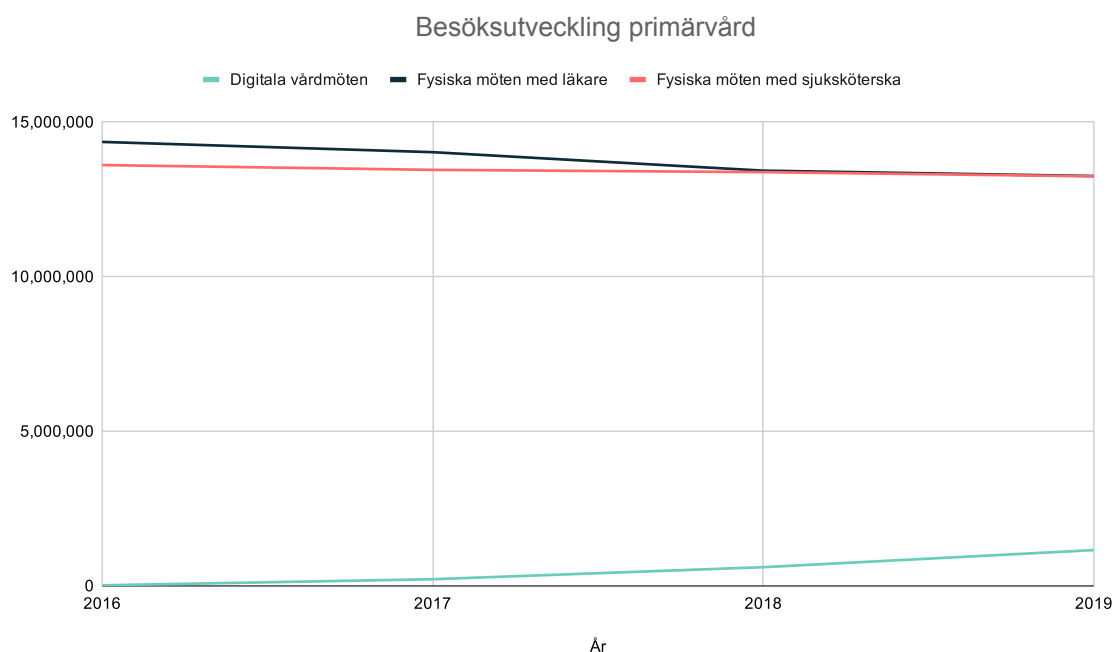
Vi har endast tagit med de direkta kostnaderna för de två olika besökstyperna. Således har vi inte tagit med de kostnader som är förknippade med att patienten vid fysiska besök behöver förflytta sig till mottagningen. Vi har inte heller inkluderat kostnader för den frånvaro från arbetet som kan vara förknippade med ett fysiskt läkarbesök. Inte heller har kostnader för väntetiden till fysiska läkarbesök medtagits, med den risk för försämring som kan uppstå under väntetiden och därmed eventuella kostnader för akut annan vård. Den smittorisk som föreligger vid fysiska besök och de kostnader som kan uppkomma därav har inte heller beaktats. Inte heller har vi försökt beräkna den effekt generellt

ökad tillgänglighet i vården har för befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården.

I vissa fall kan det vara så att ett digitalt läkarbesök i praktiken ersätter ett besök som annars skulle ha gjorts som ett fysiskt besök hos en sjuksköterska. Då blir kostnadsminskningen inte lika stor som när besöket ersätter ett fysiskt läkarbesök, men det blir likafullt en direkt kostnadsminskningsmöjlighet i och med att även fysiska besök hos sjuksköterskor har högre genomsnittlig kostnad än digitala läkarbesök. 2018 var genomsnittskostnaden för ett fysiskt besök hos sjuksköterska 775 kronor. För en vanlig diagnos som urinvägsinfektion¹³ var samma år genomsnittskostnaden för ett fysiskt besök hos sjuksköterska 1 164 kronor.

Vi har antagit att de tillkommande digitala besöken fullt ut ersätter fysiska besök. Skulle substitutionsgraden vara lägre blir kostnadsminskningspotentialen lägre.

De senaste årens besöksutveckling i primärvården talar för att det finns en substitution. Mellan 2006 och 2014 ökade antalet fysiska läkarbesök per 1000 invånare från 1428 till 1514, en ökning med sex procent. Mellan 2015 och 2019, efter det att de digitala besöken tillkommit, har de fysiska besöken per 1000 invånare i stället minskat, från 1481 till 1289, en minskning med 13 procent. Även de fysiska besöken för sjuksköterskor minskade mellan 2015 och 2019, från 1386 per 1000 invånare till 1283 per 1000 invånare - en minskning med 7 procent¹⁴. Se grafik nedan.



Avslutningsvis

Genom att sätta människans behov i centrum och använda ny teknik vill vi förändra hela vården i grunden. Ökad digitalisering gör att fler människor kan få vård, att vården blir mer attraktiv för både patienter och personal och att vi använder våra gemensamma skattepengar smartare.

Framtidens vård är inte digital eller fysisk – den är digifysisk. Det betyder bemötande via text- eller videokonsultation i första hand och fysiskt möte om det behövs. Genom att kombinera det bästa av två världar kan vi åstadkomma högre tillgänglighet till lägre kostnad.

De senaste fem åren har KRY gjort några av de största investeringarna som någonsin gjorts i svensk primärvård. Över 1,5 miljoner nöjda KRY-patienter har tillsammans med oss tänt gnistan till en välbehövlig strukturomvandling. Det är viktigt att utvecklingen får fortsätta, så att svensk sjukvård får mesta och bästa möjliga värde för skattepengarna.

Om rapporten

Framtidens vård är inte digital eller fysisk – den är digifysisk. Rapporten diskuterar hur en ökad andel digital vård kan bidra till att lösa de svåra utmaningar som den svenska sjukvården står inför. Beräkningar baserade på statistik från bland annat Sveriges Kommuner och Regioner visar att bara genom att öka andelen digitala läkarbesök inom primärvården från nuvarande knappt 9 procent till 30 procent skulle drygt fyra miljarder kronor kunna frigöras årligen. Rapporten visar också att trots en relativt sett stor ökning av digitala vårdtillfällen de senaste åren så ökar inte det totala antalet besök till läkare och sjuksköterskor i primärvården i samma takt, vilket talar för att det sker en substitution.

Om KRY

KRY startade 2015 och våra läkare, sjuksköterskor och psykologer har hittills hjälpt över 1,5 miljoner patienter i Sverige genom digitala och fysiska möten. KRY är Europas största digitala vårdgivare och finns även i England, Norge, Frankrike och Tyskland. Målet är att vara den ledande aktören som kombinerar en fysisk och digital patientupplevelse och därmed bidra till ökad innovation, effektivitet och tillgänglighet i primärvården.

