

Mest resurser – bäst sjukvård?

Om effektiviteten i Stockholms sjukvård



OM EFFEKTIVITETEN I STOCKHOLMS SJUKVÅRD

Göran Stiernstedt, Stiernstedt & Stiernstedt Konsult AB

1. Uppdraget.

Socialdemokratiska partiet i Stockholms läns landsting (SLL) har gett undertecknad i uppdrag att utifrån analys/förslag i den statliga utredningen "Effektiv vård" (SoU 2016:2) analysera den landstingsfinansierade vården inom Stockholms läns landsting (SLL). Det handlar om en granskning på systemnivå. Är sjukvårdssystemet i SLL effektivt?

Denna rapport är en första kort preliminär rapport avsedd som underlag för diskussion och debatt, i första hand i Almedalen. Rapportens tonvikt ligger vid problembeskrivning. Senare under året planeras en slutrapport vars tonvikt kommer ligga på förslag till lösningar. Data i denna rapport är inte fullt ut kvalitetssäkrade.

2. Arbetssätt/metod

Rapporten bygger till del på utredningen "effektiv vård" (SOU 2016:2), som överlämnades till regeringen i januari 2016 och där undertecknad var ansvarig utredare. Arbetssättet inom utredningen innebar ett utåtriktat arbetssätt där utredningen träffade samtliga landsting i olika former. Besök gjordes på alla "nivåer". Givetvis omfattades även SLL av denna utåtriktade verksamhet. Intryck från utredningsarbetet i 2016:2 har utgjort en av flera underlag för denna rapport.

Rapporten utgör till stor del en jämförelse av data mellan SLL och övriga landsting/regioner. Öppna jämförelser och data i Kolada (www.kolada.se) har utgjort viktiga källor. SLL är landets största landsting/region med 2,2 milj. invånare och härbärgerar närmare 23% av landets befolkning. Det innebär vissa statistiska svårigheter i samband med jämförelser med mindre landsting. Den statistiska säkerheten för SLL-data är i många fall större för SLL:s del än för ett normallandsting (ca. 300.000 invånare). Detta kan man bl.a. se när man studerar det s.k. konfidensintervallet i kvalitetsdata från öppna jämförelser. Data från ett landsting som hyser 23% av befolkningen har dessutom i vissa typer av analyser en stor inverkan på rikets medelvärde. P.g.a. svårigheterna att jämföra rättvist har jag valt att i första hand jämföra med de två andra stora regionerna i landet, Region Skåne (RS) och Västra Götalandsregionen (VGR). RS har 1,3 milj. invånare och VGR har drygt 1,6 milj. invånare. Tillsammans har de tre stora mer än 50% av landets befolkning (53 %).

3. SLL i siffror

3.1. Demografi mm.

Tabell. 1. Befolkningsdata 2015.

	Inv/kvadratkilometer	Förändr. 2014-15 (%)	Eftergymnasial utbildning 25-64 år (%)
SLL	342	1,5	50
Riket	49	0,9	38
Region Skåne	119	1,1	43
VGR	69	1,0	42

Stockholms län är i jämförelse med övriga Sverige extremt tätbefolkat (tab. 1). SLL har en stark befolkningstillväxt (tab. 1). Länet har också en ung befolkning, med en förhållandevis högre andel barn (<18 år) och lägre andel äldre (>65 år). Som framgår av fig. 1 och 2 så är befolkningen yngre även i jämförelse med RS och VGR.

Fig. 1. Invånare 0-19 år, andel (%)

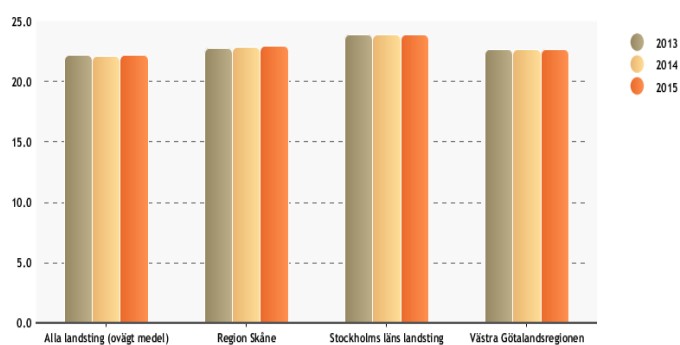
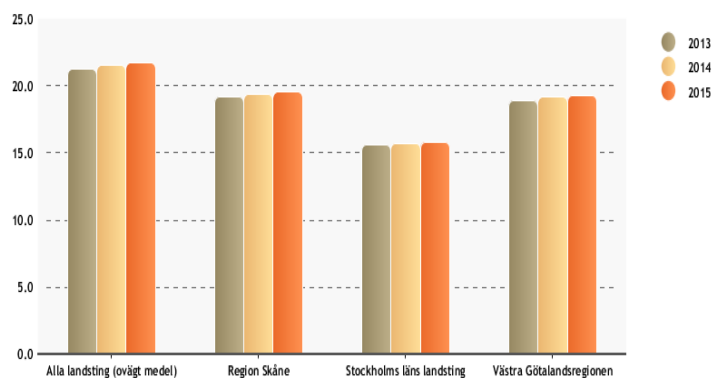


Fig. 2. Invånare 65+, andel (%)



Befolkning i SLL är välutbildad (tab. 1) och har väsentligt högre inkomst (skattekraft 223.000/inv, jmf. med rikets 181.00, RS 176.000, VGR 187.000). 29,6% av befolkningen är utrikes födda, i jämförelse med 17,0% i riket.

Stockholm har sammanfattningsvis således många gynnsamma faktorer. Man kan planera utifrån ett tillväxtperspektiv och även om den mycket starka befolkningstillväxten i sig utgör en utmaning så är det ett gynnsamt läge i förhållande till motsatsen, stagnation eller befolkningsminskning. Även om skatteutjämning eliminerar större delen av skillnaderna när det gäller skattekraft så är den höga skattekraften en tillgång. Slutligen utgör det faktum att nära 50% av all medicinsk forskning utförs i Stockholm en tillgång, även om forskningen medför ekonomiska insatser.

3.2. Folkhälsa

Tabell 2. Vissa folkhälsodata 2014-15.

	Medellivslängd kvinnor (år)	Medellivslängd män (år)	Inv 16-84 med bra självskattad hälsa (%)	Inv 16-84 med nedsatt psyk välbefinnande (%)	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet, döda/100.000 inv 1-79 år
SLL	84.3	80.6	75	19	41
Riket	83.6	79.9	72	16	38
R. Skåne	83.9	80.1	74	18	46
VGR	83.8	80.2	73	18	37

Tabell 2 presenterar ett litet urval av traditionella folkhälsodata. Som framgår är skillnaderna relativt marginella. Vården står för 20-30% av påverkan när det gäller folkhälsa. Övriga påverkansfaktorer avser främst socioekonomi och livsstil. Den högre medellivslängden i SLL förklaras sannolikt till stor del av socioekonomiskt gynnsamma faktorer.

3.3. Sjukvårdens finansiering

Det föreligger inga principiella skillnader mellan landstingens sätt att finansiera verksamheten. Den särklassigt största inkomstkällan är landstingsskatten. Stockholm har landets högsta landstingsskatt på 12,10 kr (2015). Som jämförelse 2015 hade RS 10,69 kr och VGR 11,48 kr. Jämförelsen försvåras dock av att kollektivtrafikens utbyggnad varierar stort över landet. Stockholm har landets i särklass mest utbyggda kollektivtrafik och därmed också de högsta kostnaderna/invånare. 14% av landstingets nettokostnader i SLL avser kollektivtrafik att jämföra med 7% för RS och 9% för VGR. Även med hänsyn tagen till kollektivtrafiken kvarstår bilden av att SLL och VGR har en hög skattesats avseende landstingsskatten.

3.4. Sjukvårdens styrning/organisation

I denna kortversion görs ingen närmare analys av skillnader i styrmodeller. Grunden i SLL:s styrning är en beställar - utförarorganisation. Generellt utmärks SLL av hög andel privata

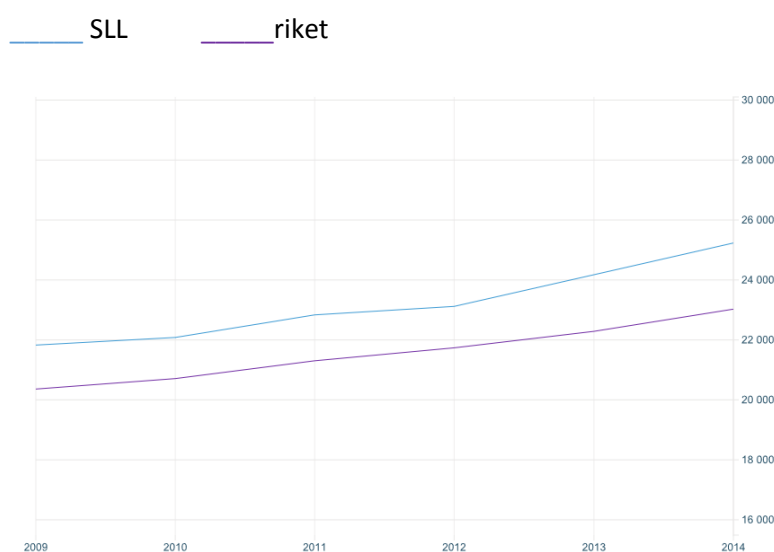
vårdgivare. Andelen köpt vård från privata vårdgivare utgör 22%. Även RS ligger högt, 23% medan motsvarande siffra för VGR är 7%.

En ökande andel av den öppna vården organiseras och utförs inom ramen för vårdval. SLL har flest vårdvalsområden i landet 34 st. RS har 12 st, VGR 2 st.

3.5. Sjukvårdens kostnader.

SLL har höga sjukvårdskostnader vid en nationell jämförelse. Vid en jämförelse av strukturjusterade kostnader ligger SLL tydligt högst i landet, 25 233 kr/inv. Motsvarande siffror för VGR och RS är 22 952 kr resp. 21 782 kr. Sett över tid finns en tendens att skillnaderna mellan SLL och övriga Sverige ökar, se fig 3.

Fig. 3. Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Löpande priser



Landstingen/regionerna fördelar sina kostnader olika avseende olika delar av vården. SLL lägger mer resurser på psykiatri med en andel på 11% att jämföra med 8% för RS och 9% för VGR. 18% av kostnaderna i SLL läggs på primärvård, 53% på specialiserad somatisk vård. VGR lägger 20% på primärvård och 51% på specialiserad somatisk vård. Motsvarande siffror för RS är 18% resp. 57%, således avsevärt större andel på specialiserad somatisk vård.

Vid en jämförelse av kostnader för olika procedurer framträder en annan bild. Kostnaderna för besök är genomgående lägre i SLL (tab 3). Kostnaden per DRG/poäng ligger likaså lågt (tab 3), talande för en förhållandevis hög produktivitet på sjukhusen i Stockholm.

Tabell 3. Kostnader/DRG-poäng och per besök PV resp. psykiatri. 2014.

	DRG, kr/poäng	PV, kr/kontakt	Psyk, kr/kontakt
SLL	44 072	1 366	3 728
Riket	49 485	1 561	4 859
Region Skåne	50 110	1 408	4 058
VGR	50 845	1 529	4 656

Sammanfattningsvis har SLL höga sjukvårdskostnader per capita men låga kostnader per procedur.

3.6. Sjukvårdskonsumtionen

Stockholmaren har en hög konsumtion av öppen vård (fig. 4-8). Framför allt gäller detta läkarbesök inom primärvård och psykiatri (fig. 7 resp. 8), men även annan öppen specialistvård ligger högt (fig. 6). Sett över tid har SLL legat relativt högt i öppenvårdskonsumtion sedan länge. Det skedde dock en markant ökning av läkarbesöken inom primärvård när vårdvalet infördes (fig. 7). Med stor sannolikhet spelade ersättningssystemet härvidlag roll eftersom SLL lade en större andel på besöksersättningen än andra landsting. Även när det gäller besök till andra kategorier än läkare ligger SLL högt (fig. 5).

Fig. 4

Läkarbesök hälso- och sjukvård (exkl mvc/bvc), antal/1000 inv. (Värde):

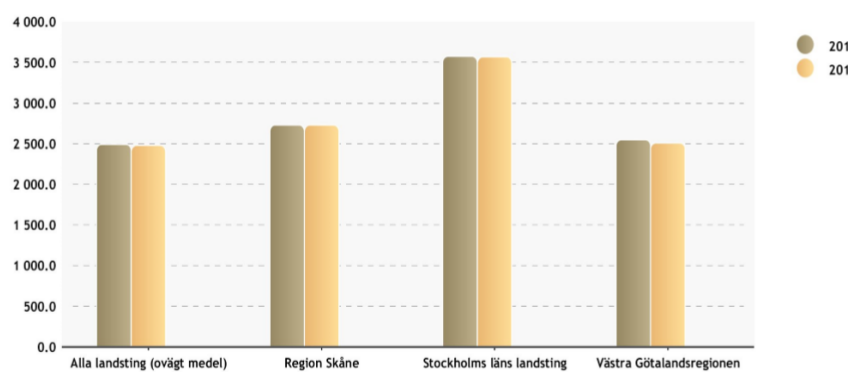


Fig. 5. Andra besök än läkarbesök, antal/1000 inv.

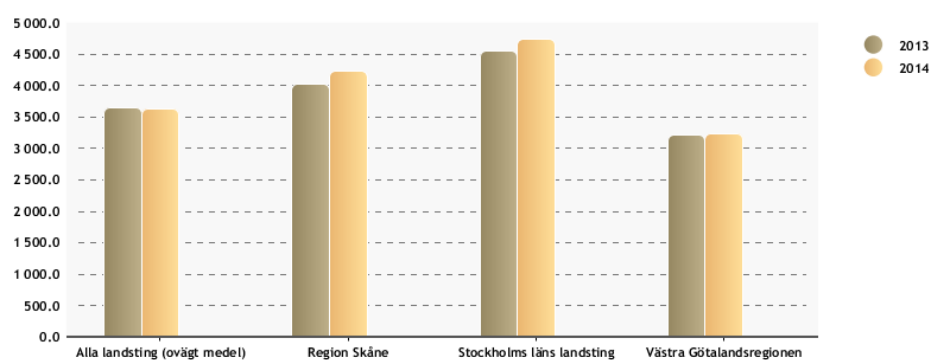


Fig. 6. Läkarbesök specialiserad somatisk vård, antal/1000 inv.

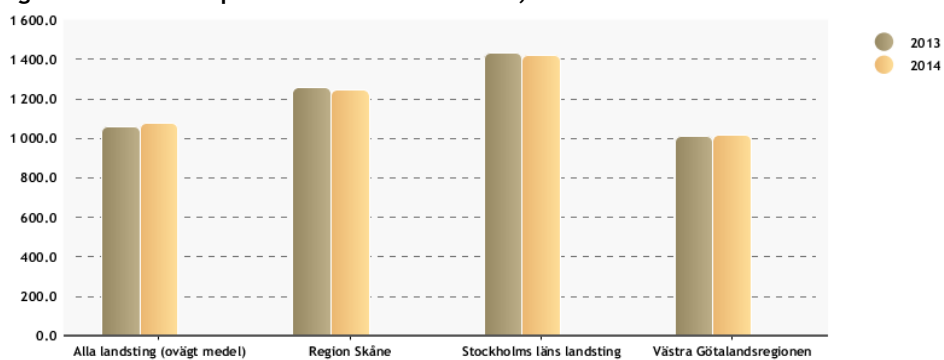


Fig. 7. Läkarbesök primärvård, antal/1000 inv.

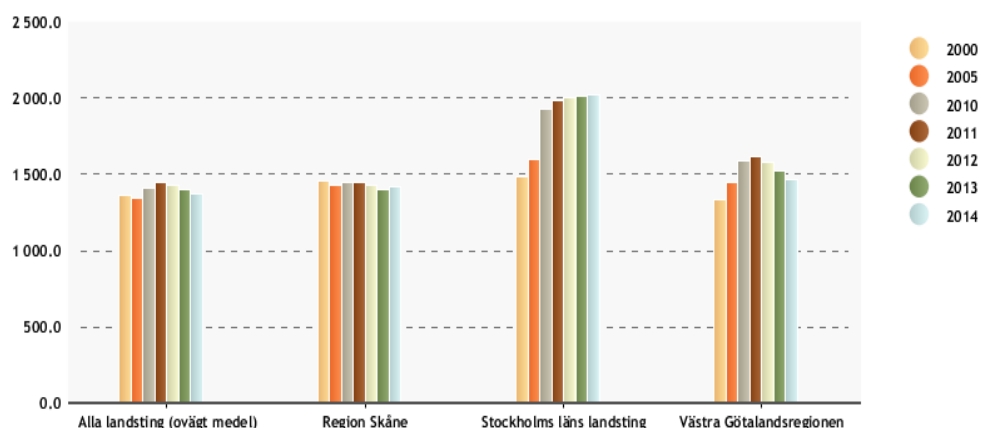
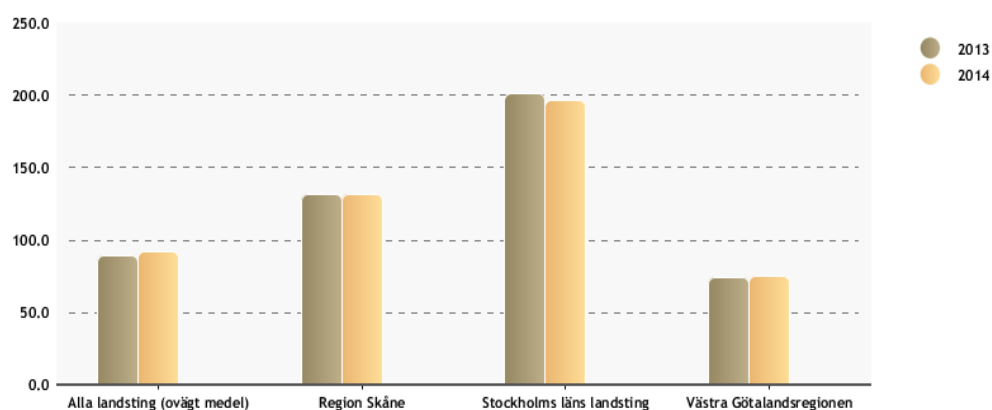


Fig. 8. Läkarbesök specialiserad psykiatrisk vård, antal/1000 inv.



När det gäller slutenvård ligger SLL åldersjusterat något högre när det gäller vårdtillfällen (fig. 10). Det som sticker ut är den mycket höga konsumtionen inom psykiatri (fig. 11). När det gäller somatisk vård är det en tydlig tendens att ju högre ålder desto mer avvikelse från genomsnittet i Sverige och VGR och RS. I den högsta åldersgruppen, >85 år, har SLL markant fler vårdtillfällen än både riket, VGR och Skåne (fig. 9).

Fig. 9.

Vårdtillfällen i åldersgruppen 85+, antal/100 000 inv. (Värde)

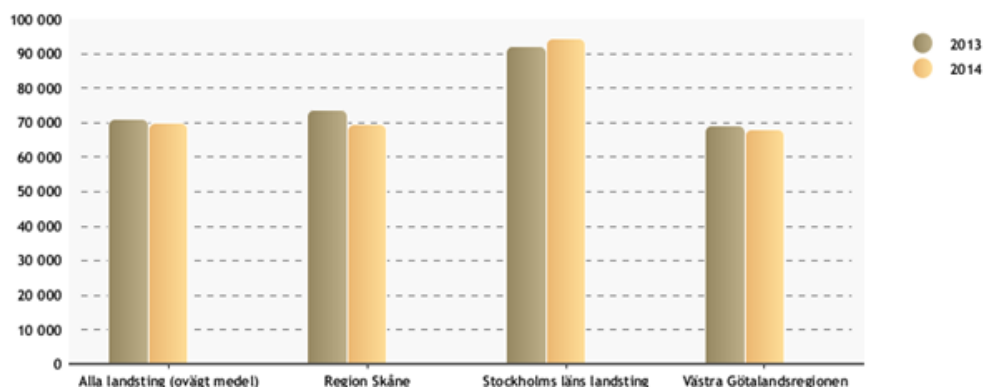


Fig. 10 . Vårdtillfällena, ålderstandardiserade värden, antal/100 000 inv

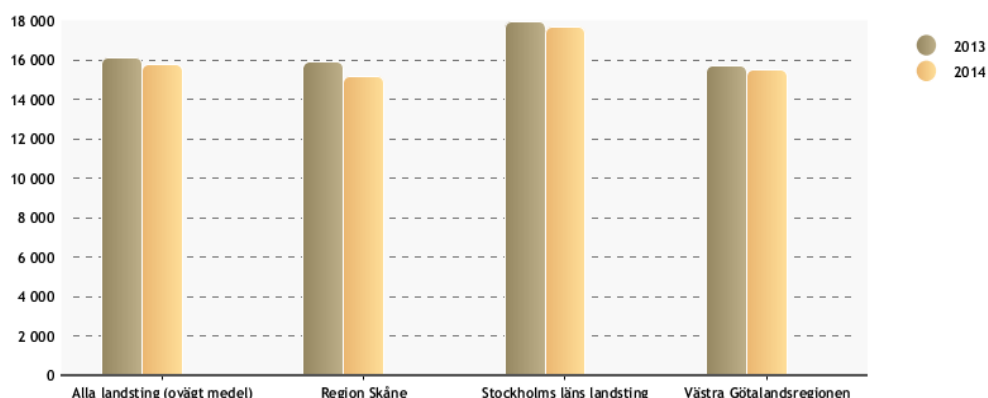
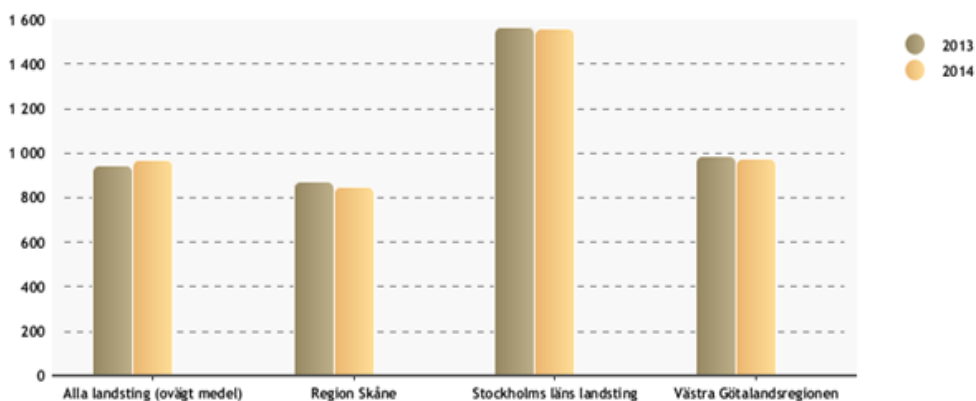


Fig. 11.

Vårdtillfällen i specialiserad psykiatrisk slutenvård, antal/100 000 inv. (Värde



Praxis. Om man tittar på konsumtionen av olika procedurer framkommer en splittrad bild. På många områden, t.ex. protesoperationer av höfter och knän, ligger SLL i paritet med flertalet övriga landsting. På andra områden, t.ex. artroskopier i knäleden eller tonsillektomi (borttagande av tonsillerna) ligger SLL extremt högt. I vissa fall kan åsiktsskillnader inom professionen om indikationer mm skilja sig åt, i andra fall kan ersättningsystemen spela roll.

3.7. Kvalitet

Kvalitet kan inkludera många olika typer av indikatorer. Självkla kvalitetsparametrar är utfallet av vården i form av medicinska resultat, t.ex. dödlighet i cancer eller hjärtinfarkt, blodsockerkontroll mm. Komplikationer är en annan viktig typ av resultatparameter. Tillgänglighet är en viktig kvalitetsparameter. Slutligen är det befolkningen och patienterna

som ska utvärdera vården och inte minst deras förtroende för vården är en viktig kvalitets- och effektivitetsparameter. Vårdmötet är ett samspel och förtroende är en viktig komponent för att uppnå kvalitet och därmed även effektivitet. Försök har gjorts att skapa olika typer av index. I tabell 4 visas ett sådant index. Påfallande är att de tre stora SLL, VGR och RS alla ligger påtagligt nära riksgenomsnittet.

3.7.1. Medicinska resultat.

Det är viktigt framhålla att en jämförelse aldrig kan bli heltäckande. Alla områden omfattas inte av heltäckande och välfungerande register. Jag har gått igenom ett flertal olika parametrar och dom befäster intrycket att det inte är några större skillnader mellan SLL, VGR och RS. Det finns toppar och dalar för alla tre aktörerna.

Tabell 4. Vägt totalindex kvalitet (från öppna jämförelser)

Landsting	2011*	2012*	2013*	Vägt index 2014
Kalmar	3	5	3	0,64
Östergötland	9	4	5	0,64
Halland	1	1	1	0,64
Jönköping	10	3	4	0,64
Blekinge	11	6	16	0,59
Kronoberg	2	2	2	0,58
Jämtland	18	19	18	0,57
Stockholm	14	7	9	0,57
Gotland	15	10	6	0,56
Västerbotten	7	11	12	0,55
Västra Götaland	4	9	11	0,55
Skåne	12	18	21	0,54
Norrbottn	5	13	14	0,54
Uppsala	6	17	20	0,54
Västmanland	21	21	7	0,53
Sörmland	17	12	17	0,52
Dalarna	19	20	19	0,52
Värmland	8	8	13	0,52
Gävleborg	16	14	15	0,51
Örebro	13	16	10	0,49
Västernorrland	20	15	8	0,48

**Index med tidigare vägning och delvis andra indikatorer*

3.7.2. Tillgänglighet.

Tillgänglighet mäts oftast i form av väntetider. Genomgående har SLL klarat sig bättre än RS och VGR och SLL är även bättre än riksgenomsnittet vid en sammanfattande bedömning (tabell 5).

Tabell 5. Tillgänglighetsdata 2014

	PV besök <7dagar (%)	Spec. vård <90 dagar (%)	Upplevd rimlig väntetid PV (%)	Upplevd rimlig väntetid sjukhus (%)
SLL	93	96	64	45
Riket	92	93	62	
Region Skåne	92	85	55	37
VGR	94	87	57	38

3.7.3. Befolkningens värderingar av vården.

Befolkningen i SLL har större förtroende för vården än invånarna i VGR och Skåne (tabell). Det gäller i första hand vården vid sjukhus. Invånarna i SLL anser sig också i högre utsträckning ha tillgång till den vård man behöver, men färre invånare i SLL anser att vården ges på lika villkor.

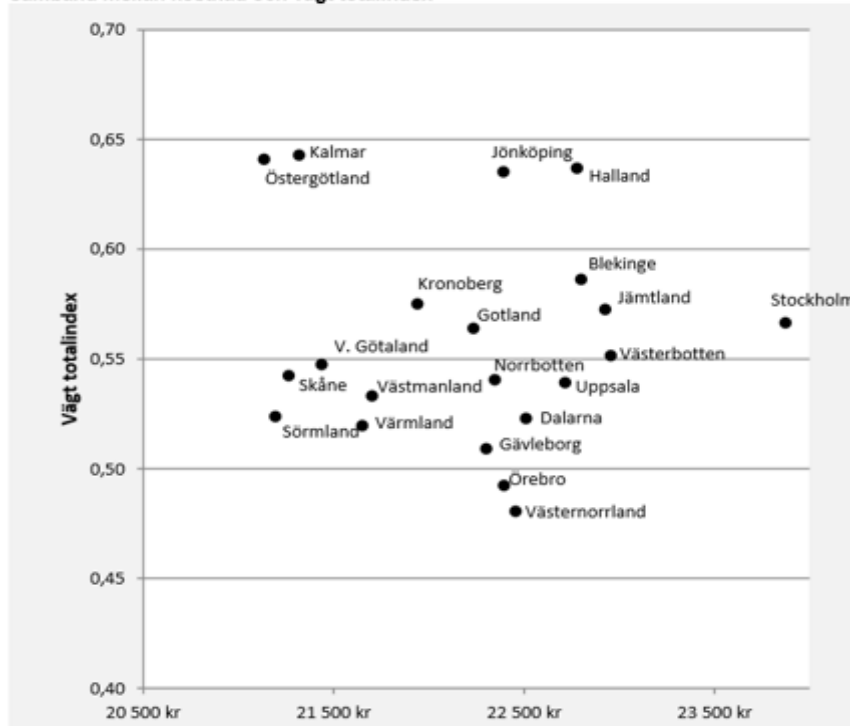
Tabell 6. Befolkningens förtroende för vården mm. 2014.

	Stort förtroende för vården (%)	Stort förtroende för vårdcentral (%)	Stort förtroende för sjukhus (%)	Tillgång till den vård man behöver (%)	Vård på lika villkor (%)
SLL	64	63	69	82	51
Riket					
Reg Skåne	59	62	66	77	54
VGR	61	65	67	77	53

4. Effektivitet

Fig. 13. Effektivitetsmatris

Samband mellan kostnad och vägt totalindex



Källa: SKL 2015, Öppna jämförelser 2014.

Utredningen "Effektiv vård" konkluderar att det är svårt mäta effektivitet. Det vanligaste sättet är att identifiera ineffektivitet. Den svenska sjukvården utmärks av decentraliserad styrning och man skulle kunna säga att varje landsting har sitt system och därmed skulle Sverige ha 21 sjukvårdssystem. Stockholm har det största och sannolikt det mest komplexa systemet. Det är ingen tvekan att det innehåller vissa inslag av hög effektivitet i jämförelse med andra landsting. Framför allt är produktiviteten högre. Styckkostnaden för besök, ingrepp och andra procedurer är lägre och kvaliteten är i paritet med övriga Sverige. Den medvetna satsningen på konkurrens har sannolikt skapat incitament för effektiva arbetssätt. Privata entreprenörer har utgjort viktiga benchmarkingobjekt för offentligt driven vård. S:t Görans sjukhus är otvetydigt effektivt och har använts flitigt som jämförelseobjekt för övriga sjukhus i SLL, vilket verkar ha resulterat i att även dessa står sig väl vid nationella jämförelser. Positivt ur effektivitetssynvinkel är också traditionella tillgänglighetsmått som indikerar bättre tillgänglighet än i de flesta andra landsting.

Uppdraget handlar om att värdera systemeffektiviteten på övergripande nivå. Bilden blir då annorlunda. Totalkostnaderna är höga och konsumtionen, främst av öppenvård, är avsevärt högre än i övriga Sverige. Vissa typer av jämförelser kan dock påverkas av befolkningens sammansättning och storstadsmiljön. Det är t.ex. välkänt att hälsotfaktorer påverkas i hög utsträckning av socioekonomiska faktorer. Det är svårt värdera om storstadsmiljön i sig skapar andra typer av krav när det gäller service mm. VGR och RS valdes delvis som jämförelseobjekt för att de hyser rikets andra resp. tredje stad i storlek och därmed åtminstone till del borde ha inslag av ev. särdrag som storstadsmiljön kan medföra. Det finns också en tendens till högre öppenvårdskonsumtion i RS och VGR i jämförelse med övriga riket. Detta gäller i högre utsträckning RS än VGR. Att Stockholm ligger högt i öppenvårdskonsumtion kan sannolikt till del förklaras av storstadsmiljön, inkl. närhet och utbud. Skillnaden är dock så stor, (30-50%. Se fig. 4-9) att även andra faktorer troligen påverkar. Psykiatri kräver fördjupad analys, men det känns rimligt att storstadsmiljön kräver särskilda resursinsatser inom psykiatri och kan motivera större skillnader än inom somatisk vård.

Att höga kostnader och avsevärt högre konsumtion inte resulterar i signifikant bättre kvalitet talar för ett fragmentiserat system. Åtgår det fler besök och fler kronor för att uppnå samma resultat utgör detta faktum en ineffektivitet. Ett effektivt system i dagens alltmer komplexa vård kräver koordination och det förefaller som systemet i SLL saknar incitament till koordination.

5. Viktigaste förslagen i "Effektiv vård" i ett Stockholmsperspektiv

I denna första version har jag valt att kort belysa sjukvården i Stockholm utifrån några av utredningens viktigaste principiella förslag på landstings-/regionnivå.

5.1. Primärvården (PV).

Stockholms primärvård är förhållandevis väl utbyggd och har dessutom den stora fördelen att vara förhållandevis väl personalförsörjd i jämförelse med övriga Sverige. Utredningen

konstaterade att PV i SLL var detaljstyrd. Ett annat särdrag var att i inget annat landsting utgjorde besöksersättningen en så stor andel som i Stockholm. Dock har andelen sänkts 2016. PV i SLL har god tillgänglighet och hög produktivitet. Effektivitetsproblemet är det stora antalet besök – man kan inte frigöra sig från tanken att man med ett annat styrsystem och andra incitament skulle kunna klara av samma uppdrag på ett mindre antal besök.

Det faktum att den höga besöksfrekvensen i primärvården inte leder till jämförelsevis färre besök i den dyrare specialiserade vården, inkl. sjukhusinläggningar, talar för att primärvården i SLL inte fungerar optimalt i sin grindvaks- och koordinationsroll. PV utgör inte ett naturligt förstahandsval i önskvärd utsträckning.

Utredningen förslår att PV:s dygnet-runt uppdrag förtydligas och föreslår dessutom ett remisstväng (pragmatiskt utformat) för akutbesök på sjukhusen. SLL har en lovvärd ambition att ändra på detta via en satsning på s.k. närakuter. Sådana satsningar har gjorts tidigare i SLL och då lett till att den totala konsumtionen av akutvård ökat utan att vården på sjukhusens skutmottagningar minskat annat än marginellt. Hur vore det att som alternativ låta akutuppdraget dygnet runt ingå i PV-uppdraget? Med en sådan konstruktion blir det upp till varje PV-leverantör att tillse att ens patienter har möjlighet till vård dygnet runt veckan runt. Detta skulle rimligen medföra att ett stort antal leverantörer under stora delar av dygnet/veckan gick ihop och hade gemensam akutverksamhet (jmf. Norge – legevakten = PV:s akutfunktion.). Möjligheten att använda täckningsgrad i ersättningsystem i anslutning till en förändring enligt ovan skulle också kunna övervägas. SLL är med sin stora resurskapacitet och goda personalförsörjning dessutom sannolikt det landsting i Sverige som har störst förutsättningar att i närtid realisera ett remisskrav för akutvård. I anslutning till förändringar inom PV:s akutverksamhet borde uppdraget för 1177 ses över. För att leva upp till kraven på kontinuitet, koordination mm. vore det önskvärt att en större del av telefonrådgivningen sköttes lokalt. Telefonen utgör alltjämt en viktig ”ingång” i vården. För systemeffektiviteten är sorteringen i samband med första kontakten extremt viktig. Tilläggas kan att det finns en stark kritik mot 1177 inom andra delar av vårdsystemet. Bl.a. framförs ofta att 1177 bidrar till den höga besöksfrekvensen vid sjukhusens akutmottagningar. Jag har så här långt inte kunnat värdera om det finns substans i denna kritik.

5.2. Mest sjuka äldre

Ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem kräver god samverkan mellan kommun och landsting. Det handlar om vården storkonsumenter som kräver stora insatser från bägge huvudmännen. Mycket talar för att Stockholm har en stor utmaning på detta område. Inte minst det faktum att äldre i SLL har en klart högre slutenvårdskonsumtion än i övriga Sverige talar starkt för att utmaningen i SLL är större än på andra håll i riket. Betydelsen av att kommunerna i Stockholms län har klart lägre kostnader för äldreomsorgen än i övriga Sverige kräver ytterligare analys, där bl.a. det faktum att Stockholm är det enda landsting där hemsjukvården inte gått över till kommunerna skall vägas in.

SLL skulle således ha mycket att vinna med förändrade arbetssätt inom gruppen mest sjuka äldre. SLL har haft framgångsrika projekt kring vården storkonsumenter, men dessa projekt

har i relativt ringa omfattning involverat kommunerna. SLL satsar stort på en förändrad sjukhusstruktur i samband med att Nya Karolinska tas i bruk. I detta ingår att flytta ut vård från sjukhusen till öppnare vårdformer. En av de största potentialerna för att minska trycket på sjukhusen torde utgöras av förändrade arbetssätt för de multisjuka äldre. Genom en nära samverkan med kommunerna inkl. gemensamt utförd verksamhet i enlighet med utredningens förslag kan kapacitet frigöras, vilket dessutom är långsiktigt nödvändigt om man skall klara ökade behov utifrån den starka befolkningstillväxten. Även trycket på akutmottagningarna kan härigenom minska. Utredningen föreslår gemensamt utförd primärvård med kommunerna, och förordar efter förebilder från bl.a. Skåne och VGR mobila team i avsevärt högre utsträckning än idag. Stockholm har förhållandevis hög kapacitet inom geriatriken, vilket kan medföra att delvis annan utformning kan övervägas. Dessutom kan lösningarna inom SLL behöva variera geografiskt utifrån olika förutsättningar.

Även multisjuka äldre bör naturligtvis ha möjlighet till inflytande över sin vård och möjlighet att välja är en komponent i detta. För att motverka fragmentisering och stimulera till den för effektiviteten så viktiga samverkan skulle en möjlighet att välja mellan utförare av ett samlat vårdutbud inkluderande t.ex. primärvård, hemtjänst och hemsjukvård kunna vara ett alternativ. Inget landsting torde ha större möjligheter än SLL att erbjuda ett antal leverantörer av ett samlat utbud av sammanhållen vård med ett proaktivt arbetssätt. Erfarenheter från det nu tioåriga Tiohundra i Norrtälje borde rimligen kunna användas i utformningen av ett sådant vårdval. Det skulle dock behöva kompletteras med projekt t.ex. i Stockholms innerstad eftersom förutsättningarna skiljer sig en del.

5.3. Kontinuitet

Se även 5.1. och 5.2 angående kontinuitet i PV mm. Dessutom borde kontinuitet tydligare ingå i uppdraget även inom den specialiserade vården. Många exempel där patienter med cancer träffat ett 50-tal olika läkare härrör från Stockholm. Detta är inte acceptabelt. SLL har en tradition av att rapportera många kvalitetsindikatorer och har också inkluderat ett flertal i olika ersättningssystem. Varför inte minska antalet och i stället satsa på kontinuitet som en avgörande kvalitetsindikator?

5.4. IT

Avgörande för framtida effektivisering är fungerande IT-system för vården. SLL har glädjande nog ökat investeringarna på detta område. Jag anser dessutom att SLL har ett stort ansvar för bättre IT-lösningar inom vårdområdet på nationell nivå.

5.5. Akademiskt sjukvårdssystem.

50% av den medicinska forskningen utförs i Stockholm. SLL har därmed ett stort nationell ansvar för att Sverige skall ligga i framkant. Alla patienter är en potentiell källa för forskning. Det är viktigt att förändringar inom hälso- och sjukvården utformas utifrån så att de tillgodoser forskning och undervisnings/utbildningens behov.

6. Avslutande reflektioner.

Sammanfattningsvis uppvisar Stockholms sjukvård hög produktivitet, låga kostnader för varje insats, god tillgänglighet och medicinsk kvalitet i nivå med övriga Sverige.

Effektivitetsbetyget dras ned av den höga konsumtionen och de höga kostnaderna. Systemet förefaller starkt fragmentiserat och lider brist på koordination, vilket främst drabbar vårdens storkonsumenter. I ett fragmentiserat system riskerar patient eller anhöriga att i alltför stor utsträckning själva få stå för koordination.

Man kan nästan drabbas av viss vanmakt när man ser totalbilden. Är det ett axiom att det man vinner på låga "styckpriskostnader" förlorar systemägaren (landstinget) på höga volymer? Kräver hög tillgänglighet stora volymer? Eller för att försöka framställa utmaningen: Är det möjligt att ta till vara procedureffektiviteten, den goda tillgängligheten och skapa ett system som utifrån patientperspektivet upplevs som koordinerat och där sjukvårdskonsumtionen mätt i antal vårdtillfällen och öppenvårdsbesök per capita rent av skulle minska?

I en diskussion kring ett framgångsrikt system kanske begreppet tillgänglighet behöver diskuteras. Utan att ta ställning till företeelsen som sådan är jämförelsen med privata sjukvårdsförsäkringar intressant. Vari ligger deras attraktivitet? Tillgänglighet brukar framhållas. Men kanske inte bara det vi brukar traditionellt väga in i tillgänglighet, väntetider och liknande? Det finns möjligen en annan form av tillgänglighet som är svår att mäta. Det är enkelheten att hitta rätt i systemet. Har man en privat försäkring ringer man ett telefonnummer och vips får man besked, oftast i form av en besökstid inom en mycket nära framtid. Patienten upplever trygghet och känner sig omhändertagen. Är det omöjligt för offentligt finansierade system att konkurrera när det gäller trygghet och tillgänglighet?