

LÅNGTIDS-
UTREDNINGEN
Hälsa- och
sjukvården
2040

PERSPEKTIVRAPPORT

Finansiering



Långtidsutredningen Hälsa- och sjukvården 2040
Sjunde delrapporten: Finansiering
Birger Forsberg, hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Projektledare: Yvonne Lettermark, hälso- och sjukvårdsförvaltningen
yvonne.lettermark@sll.se
Foto: Daniel Gual (sid. 1, 7, 22), Danish Saroe (sid. 8, 16, 27),
Karolinska Universitetssjukhuset (sid. 18), Denny Lorentzen (sid. 20)
Grafisk form: Luxlucid
April 2021

Innehåll

Förkortningar.....	4
Sammanfattning	5
1 Inledning och bakgrund.....	6
2 Metod.....	8
3 Historik och nuläge	9
3.1 Den ekonomiska utvecklingen i länet.....	9
3.2 Hälsa- och sjukvårdens intäkter	9
3.3 Sjukvårdens finansiering i andra länder.....	11
3.4 Hälsa- och sjukvårdens kostnadsutveckling	11
3.5 Kostnadernas fördelning på olika vårdgrenar.....	11
3.6 Beställd privat vård och vård i egen regi	12
3.7 Produktivitet och effektivitet.....	12
3.7.1 Att mäta produktivitet och effektivitet i hälsa- och sjukvården.....	12
3.7.2 Kostnadsjämförelser	13
3.7.3 Vårdproduktionen i Region Stockholm	14
3.7.4 Produktiviteten i Region Stockholm	14
3.7.5 Väntetider och tillgänglighet	15
4 Framtidsanalys	17
4.1 Ekonomisk utveckling	17
4.2 Hälsa- och sjukvårdens intäktsbas.....	19
4.3 Hälsa- och sjukvårdens kostnadsutveckling	19
5 Diskussion och huvudslutsatser	21
Referenser.....	23
Bilaga 1: Långtidsutredningen Hälsa- och sjukvården 2040.....	24
Bilaga 2: Inriktning och utmaningar i RUF5 2050.....	26

Förkortningar

BNP

Bruttonationalprodukt

BRP

Bruttoregionalprodukt

DRG

Diagnosrelaterade grupper

HSF

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

HSN

Hälsa- och sjukvårdsnämnden

IHE

Institutet för Hälsa- och Sjukvårdsekonomi

KPP

Kostnad per patient

RLK

Regionledningskontoret

RUFS

Regional utvecklingsplan för
Stockholmsregionen

SCB

Statistiska centralbyrån

SKR

Sveriges kommuner och regioner

Sammanfattning

Den ekonomiska utvecklingen i länet har varit god sedan år 2000 fram till 2020. Det har varit positivt för Region Stockholm, vars främsta intäktskälla är den regionskatt som invånarna betalar av sin inkomst. Utvecklingen har möjliggjort mycket inom Region Stockholm, bland annat stora investeringar i infrastruktur och hög tillgänglighet till sjukvården. Långsiktigt är utsikterna för Region Stockholm fortsatt goda, men den ekonomiska osäkerheten har ökat på grund av coronapandemins effekter på inkomster och arbetsmarknad.

Den ekonomiska tillväxten har varit god, men hälso- och sjukvårdens kostnader har ökat mer än tillväxten.

Hälso- och sjukvårdens kostnader har ökat mer än den ekonomiska tillväxten i länet de senaste 20 åren. Det finns anledning tro att det blir så även framöver. Detta kastar ljus på frågor om hälso- och sjukvårdens långsiktiga finansiering och dess prioriteringar. Befolkningsstillväxt, befolkningens förväntningar, medicinsk-teknisk utveckling och investeringar kräver fortsatta insatser – oavsett ekonomiskt läge för verksamheten.

Kostnaderna inom hälso- och sjukvården kommer med stor sannolikhet att öka.

Hälso- och sjukvården i Region Stockholm kostar relativt mycket jämfört med andra regioner, men produktionen är också högre. Det tycks samtidigt finnas potential för att få ut mer av insatta medel.

Kostnaderna inom hälso- och sjukvården kommer med stor sannolikhet fortsatt att öka och Region Stockholms intäktssida är behäftad med osäkerhet. Det kommer fortlöpande att finnas en konkret risk att kostnaderna överstiger intäkterna som då inte kommer att kunna möta behoven av förebyggande verksamhet och vård.

Samverkan och prioriteringar behövs för en kostnadseffektiv vård av hög kvalitet.

De kommande åren kommer det att ställas höga krav på prioriteringar inom den offentligt finansierade vården. Detta kan åstadkommas med både horisontella och vertikala prioriteringar. Det kan också lösas genom ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till att skapa ett sömlöst samarbete mellan alla aktörer och olika nivåer i vårdssystemet. En sådan samverkan är nödvändig för att fortlöpande säkra en kostnadseffektiv vård av hög kvalitet.

Vårdens resurser ska användas där de behövs bäst.

Efterfrågan på vård kan påverkas genom information till invånarna om god egenvård och om att söka vård på rätt nivå. Vårdens resurser ska användas där de behövs bäst utifrån varje enskild persons besvär och behov.

Region Stockholm måste arbeta aktivt för att minska vårdbehoven genom ökade satsningar på hälsofrämjande verksamhet och prevention. Förebyggande arbete riktat mot dem med störst vårdbehov, äldre och socioekonomiskt belastade, kan vara särskilt värdefullt.

1 Inledning och bakgrund

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutade den 22 maj 2018 om utredningsdirektiv för en utredning om hälso- och sjukvårdens utveckling fram till 2040, i dialog med företrädare för profession, patienter och andra intressenter.

Hälsa- och sjukvårdsnämnden fattade beslut om utredningsdirektiv i maj 2018 och om ett reviderat direktiv i augusti 2019 (HSN 2018-0387). Utredningen leds av en parlamentarisk grupp bestående av två ledamöter från varje parti i regionfullmäktige och en styrgrupp i förvaltningen. Arbetet genomförs av en projektgrupp på hälso- och sjukvårdsförvaltningen, i samverkan med olika interna och externa nätverk, referensgrupper och aktörer.

Målet för utredningen är, att utifrån ett framtidsperspektiv, nulägesbeskrivningar och fakta, identifiera behov och utmaningar samt visa på hur dessa kan mötas. Baserat på utredningen kan beslut sedan fattas om att ta fram strategier och förslag till konkreta

reformer. Underlag som tas fram inom ramen för utredningen kan löpande läggas till grund för konkreta beslut i verksamhetens olika delar där det bedöms relevant. Arbetsprocess och tidplan för utredningen beskrivs i bilaga 1.

Denna rapport beskriver förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens finansiering utifrån intäktskällornas och kostnadernas karaktär och möjliga utveckling framöver. Framtida möjliga förändringar beskrivs utifrån belagda trender och nuläge, de sätts också i relation till målsättningen att fortsatt hålla hälso- och sjukvårdens ekonomi i balans. Detta utifrån Region Stockholms grunduppdrag att på lika villkor tillgodose invånarnas och patienternas behov av hälsa och vård.



NU BETJĀNAS

67

2 Metod

Rapporten baseras på fakta om utvecklingen de senaste 20 åren i syfte att skapa en kunskapsbas för diskussioner om finansiering i en framtida hälso- och sjukvård.

Arbetet i regionens långtidsutredning syftar till att skapa en solid kunskapsbas för diskussioner om hälso- och sjukvårdens utveckling fram till år 2040. Ett brett utredningsmaterial från statlig och regional nivå används som underlag, inklusive Region Stockholms utvecklingsplan RUF5 2050. För denna delrapport har Region Stockholms egna uppgifter om vårdens kostnader och intäkter varit av särskilt värde.

Hälso- och sjukvårdens finansieringsbehov är beroende av behov och efterfrågan, vårdstrukturen och dess innehåll. Dessa bestäms i sin tur av många faktorer. Alla de perspektiv som utredningen belyser

och som presenteras i olika delrapporter behövs för en sammansatt bild av finansieringens komplexitet. Det samlade perspektivet mot 2040 där allt vävs ihop, kommer att presenteras i utredningens slutrapport.

Denna rapport är indelad i tre huvudkapitel. Det första kapitlet beskriver utvecklingen under de senaste 20 åren, det andra beskriver framtiden utifrån befintliga data och det tredje diskuterar slutsatser som kan dras. Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården är väsentliga för utfallet av de satsade resurserna och behandlas i ett särskilt delavsnitt.



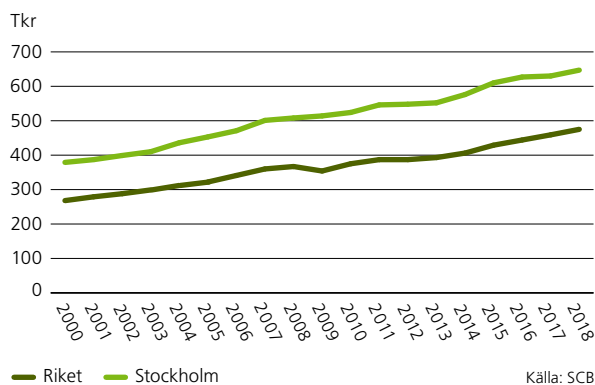
3 Historik och nuläge

Den ekonomiska utvecklingen i länet har varit mycket god de senaste decennierna. Hälsa- och sjukvårdens kostnader har samtidigt ökat mer än tillväxten i ekonomin. Region Stockholm har ändå haft en ekonomi i balans sett över åren.

3.1 Den ekonomiska utvecklingen i länet

Den ekonomiska utvecklingen i Stockholms län har överlag varit positiv sedan millennieskiftet (figur 1). Bruttoregionalprodukten per invånare i länet har ökat från 380 000 kronor/invånare år 2000 till 647 000 kronor/invånare år 2018 i löpande priser. I fasta priser är ökningen 35 procent över de 19 åren, motsvarande en årlig tillväxt av ekonomin med 1,9 procent.

Figur 1. Utveckling av bruttonationalprodukten (BNP) per invånare för Sverige och bruttoregionalprodukten (BRP) för Stockholms län 2000–2018 i löpande priser.



När realvärdet av produktionen stiger i länet så ökar också inkomsterna där. Medelinkomsten per person i åldern 16 och äldre i länet var år 2000 208 900 kronor och år 2018 348 400 kronor, vilket motsvarar en genomsnittlig årlig realinkomstökning på 1,7 procent.

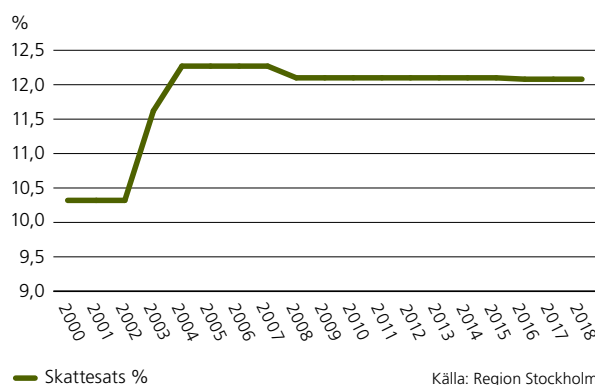
Att Stockholms län har en god situation framgår av flera nyckeltal. Länet hade år 2019 den högsta andelen högutbildade i befolkningen (35,7 procent) och den högsta andelen nyföretagande (13,7/1000 invånare i åldern 16–64 år) och år 2018 den tredje högsta andelen företagare i befolkningen (7,3 procent) av alla län i riket. Förvärvsfrekvensen var den nionde högsta i landet (80,5 procent av befolkningen i åldern 20–64 år, 2018) och arbetslösheten den nionde lägsta (6,1 procent av befolkningen 16–64 år, 2019). [8]

Under de senaste 20 åren har världen och länet gått igenom kraftiga nedgångar i ekonomin, dels vid millenniets inledningsskede, förorsakad av en stor nedgång i IT-industrin, dels under åren 2008–2012 till följd av en global finanskris. Trots detta har tillväxten i regionen varit god sedd över en tjugoförårsperiod från år 2000. Det har möjliggjort stora investeringar i hälso- och sjukvården under perioden, bland annat byggdes ett nytt universitetssjukhus med inriktning på hög-specialiserad vård och flera sjukhus rustades upp.

3.2 Hälsa- och sjukvårdens intäkter

Region Stockholms främsta intäktskälla är regionskatten. Regionskatten (tidigare landstingsskatten) har varit oförändrad sedan 2008 (figur 2). Oaktat, har regionen haft en ekonomi i balans under merparten av åren sedan dess.

Figur 2. Regional skattesats i Region Stockholm/Stockholms läns landsting 2000–2018.



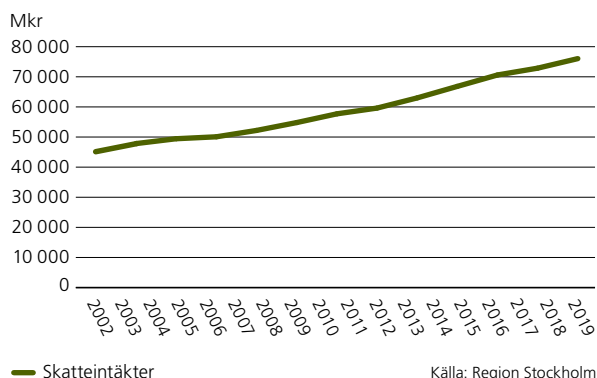
Regionskatten i Stockholms län är i absoluta tal den högsta i landet. Justeras skattesatsen för regionala olikheter i verksamhetsansvar ligger Region Stockholm dock i mitten av landets regionala skattesatser.

SKR redovisar i sin ekonomirapport från maj 2020 att det reala skatteunderlaget för riket har ökat med 8 procent från 2000 fram till 2019. Utvecklingen var

negativ åren runt 2004 och 2010 som en återspeglning av de nedgångar som då skedde i världens och Sveriges ekonomi.

Region Stockholms skatteintäkter 2008–2019 i löpande priser framgår av figur 3. I fasta priser har det skett ungefär en fördubbling av skatteintäkterna över åren.

Figur 3. Skatteintäkter i löpande priser i Region Stockholm, 2002–2019, miljoner kronor.



Region Stockholms intäktskällor 2019 framgår av tabell 1. De samlade intäkterna utgjorde 2019, 106 454 miljoner kronor. Skatteintäkterna svarade för 71,4 procent av dessa.

Tabell 1. Region Stockholms intäktskällor i miljarder kronor och deras andel av de samlade intäkterna, 2019.

Intäktskälla	2019	Andel
Avgifter från enskilda	10 358	9,7 %
Sålda primärtjänster	2 451	2,3 %
Försäljning övriga tjänster, material, varor	4 345	4,1 %
Specialdestinerade statsbidrag	3 208	3,0 %
Övriga bidrag	3 146	3,0 %
Reavinster	65	0,1 %
Övriga verksamhetsintäkter	1 462	1,4 %
Skatteintäkter	76 044	71,4 %
Generella statliga bidrag inom skatter	6 402	6,0 %
Kommunalekonomisk utjämnings	-1 028	-1,0 %
S:a verksamhetens intäkter	106 454	100

Källa: Region Stockholm

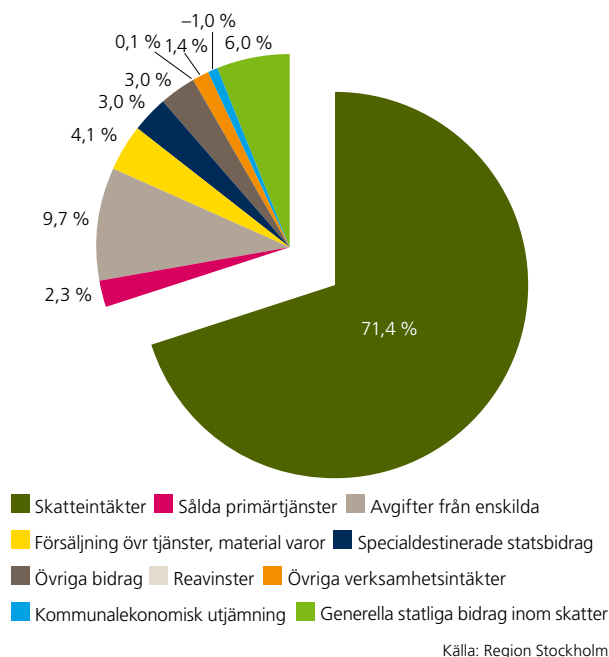
Som framgår av tabellen medförde den kommunalekonomiska utjämningsen att 1 028 miljoner kronor överfördes till utjämningsystemet från Region

Stockholms intäkter. De faktiska intäkterna för Region Stockholm uppgick därför till 107 482 miljoner kronor. Det motsvarade cirka 45 250 kronor per invånare.

Bland "Avgifter från enskilda" i tabell 1 utgör biljettintäkter i lokaltrafiken den dominerande delen. Av de samlade avgiftsintäkterna står patientavgifterna för cirka 13 procent.

Figur 4 illustrerar i ett cirkeldiagram informationen i tabell 1. Diagrammet visar skatternas dominerande ställning på intäktsidan.

Figur 4. Intäktslag och deras andel av de samlade intäkterna i Region Stockholm, 2019.



Region Stockholm har över åren blivit något mer ekonomiskt beroende av staten som finansier av verksamheten. De specialdestinerade statsbidragen, ofta benämnda riktade statsbidrag, ökade i andel av intäkterna från 1,2 procent år 2008 till 3 procent år 2019. År 2019, utgjorde statsbidrag sammantaget 9 procent av Region Stockholms intäkter.

För alla de svenska regionerna som helhet, stod regionskatteintäkter 2019 för 69,5 procent av de samlade intäkterna på 387 miljarder kronor. De generella statsbidragen utgjorde 8,4 procent, specialdestinerade statsbidrag 6,2 procent och taxor och avgifter 3,3 procent. Bidrag för läkemedel som finansieras av läkemedelsförmånen, representerade 7,3 procent av intäktskakan och "Övriga intäkter" 5,3 procent.

HSN:s intäkter är den del av Region Stockholms intäkter som tilldelas sjukvården. Dessa intäkter har utvecklats med 73 procent över perioden 2007–2019 (figur 5). I reala priser ökade intäkterna till HSN årligen i snitt med 3,6 procent under perioden 2007–2019.

Figur 5. HSN:s intäkter i löpande priser i Region Stockholm, 2007–2019, miljoner kronor.



3.3 Sjukvårdens finansiering i andra länder

Rapporten "Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukvård i ett jämförande perspektiv" [9] visar att sjukvårdssystemen i de västeuropeiska länderna allt mer kommit att likna varandra.

I Tyskland och länder i södra Europa är socialförsäkringssystem den grundläggande modellen för finansiering. Dessa system har ursprungligen vuxit fram genom att arbetsgivarna bidragit till finansieringen av sjukvården. Efter hand har de dock kommit att centralstyras allt mer och den offentliga delen av finansieringen har vuxit. Likaså har egenfinansieringens betydelse som intäktskälla minskat.

De nordiska länderna och Storbritannien har skattefinansierade system sedan lång tid tillbaka.

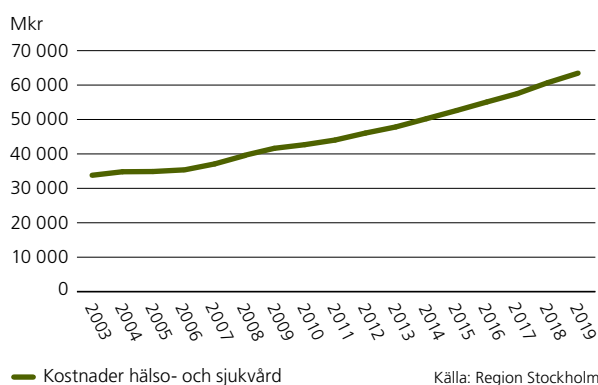
I de nordiska länderna utgör den offentliga finansieringen drygt 80 procent av intäkterna, medan den i länder med ett socialförsäkringssystem ligger något under 80 procent. Skillnaderna för den enskilde brukaren eller patienten i de båda systemen är inte heller så stora längre. Den offentliga kontrollen över systemen är betydande och strävar mot likartade mål: att garantera alla rätten till vård när den behövs. Den skandinaviska modellen för hälso- och sjukvård framstår som mindre unik än vad den gjorde förr. Då var ojämlikheten betydande i andra delar av Västeuropa och särskilt i länderna i södra Europa, där arbetsgivarbaserade socialförsäkringssystem dominerade.

Man kan möjligen dra slutsatsen av denna internationella utblick att det inte finns några garantier för en positiv utveckling av svensk sjukvård om huvudfinansieringen av vården övergår från skatt till försäkring. Regionskatten fungerar också i praktiken som en öronmärkt vårdförsäkring eftersom den helt dominerande delen av den avsätts till hälso- och sjukvård.

3.4 Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling

Kostnaderna för den vård som köpts av Region Stockholm 2003 till 2019 visas i löpande priser i figur 6. (Med "köpt vård" åsyftas den vård som beställs och ersätts av Region Stockholm.) För perioden 2003–2019 var den årliga reala kostnadsökningen i snitt 3,3 procent och för perioden 2008–2019, 3,4 procent, vilket var i paritet med HSN:s intäkter.

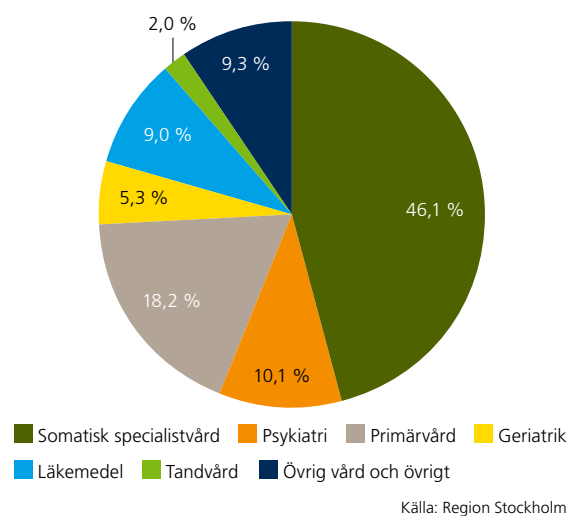
Figur 6. Kostnader i löpande priser för vård som köpts av Region Stockholm, 2003–2019, miljoner kronor.



3.5 Kostnadernas fördelning på olika vårdgrenar

Fördelningen av kostnaderna för köpt vård på olika vårdgrenar framgår av figur 7. Begreppet vårdgren används i olika sammanhang i hälso- och sjukvårdsförvaltningen, inklusive vid ekonomiska analyser.¹ Läkemedel som täcks av läkemedelsförmånen, det vill säga ingår i högkostnadsskyddet, redovisas separat.

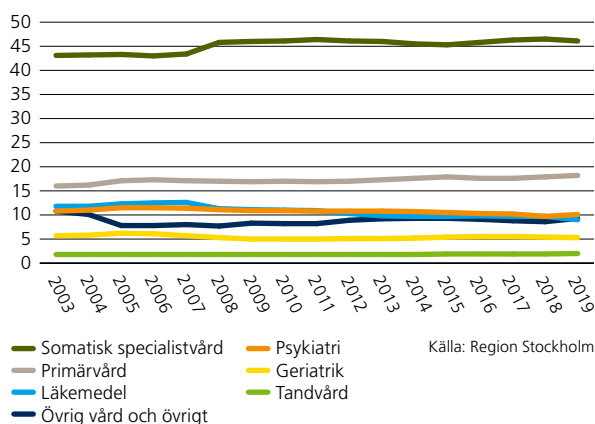
Figur 7. Fördelning av kostnader för hälso- och sjukvården i Region Stockholm på vårdgrenar, tandvård, läkemedel och övrigt 2019.



¹ Information om hur indelningen i vårdgrenar görs, kan erhållas från förvaltningen.

Hur fördelningen av kostnaderna mellan olika vårdgrenar har utvecklats över tid framgår av figur 8. Primärvårdens andel har ökat marginellt från 16,2 procent till 18,2 procent. Somatisk specialistvårds andel av kostnaderna har varit relativt oförändrad över perioden och låg 2019 på 46,1 procent.

Figur 8. Utvecklingen av kostnadernas fördelning över vårdgrenar i Region Stockholm, 2003–2019 (%).

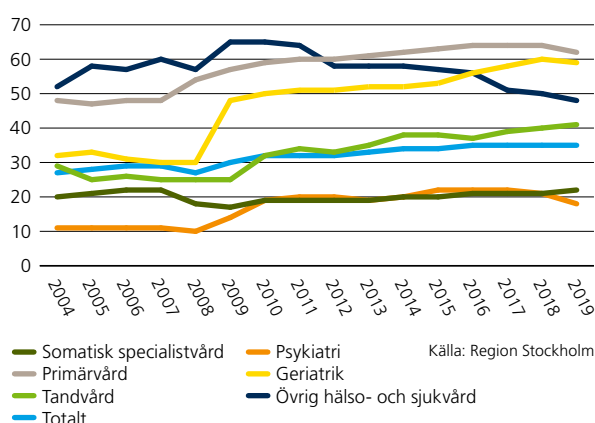


Kostnaderna kan också fördelas mellan öppen och sluten vård. 2018 låg 37 procent av kostnaderna i sluten vård och 63 procent i öppen vård.

3.6 Beställd privat vård och vård i egen regi

Diskussion och analys i Region Stockholm tar ofta sikte på fördelningen av de offentliga medlen mellan privat vård och vård driven i egen regi. I figur 9 ses andelen av kostnaderna per vårdgren som läggs på vård som köps av privata vårdgivare.

Figur 9. Andel privat vård räknat i kostnader för köpt vård i Region Stockholm 2004–2019 per vårdgren, övrig vård och tandvård (%).



Totalt sett stod privata vårdgivare för 35 procent av kostnaderna 2019. Detta kan jämföras med 2004 då andelen var 28 procent.

Störst var andelen i primärvården, där 62 procent av kostnaderna utgjordes av privat vård 2019. Inom den

vårdgrenen ses en liten minskning av privatvårdens andel från en topp år 2017.

Av alla vårdgrenar har den privata vården ökat mest inom geriatriken, från 33 procent till 59 procent. Inom somatisk specialistvård har det däremot skett små förändringar, från 21 procent till 22 procent. En viktig förklaring är att akutsjukhusen, som till övervägande del drivs i regionens egen regi, upptar en stor del av kostnaderna för somatisk specialistvård. De privata vårdgivarna utgör därför en mindre andel av totalkostnaderna för somatisk specialistvård.

3.7 Produktivitet och effektivitet

Vid planering av hälso- och sjukvård är det viktigt att identifiera kostnadseffektiviteten av insatta resurser. Den centrala frågan är vilken nytta dessa resurser ger för invånarna som nyttjar hälso- och sjukvården. Denna fråga är särskilt angelägen i en situation där resurserna inte räcker till för att möta behoven eller efterfrågan. Intäkterna till hälso- och sjukvården är begränsade vilket innebär att de måste användas effektivt. Detta kan ske antingen genom att höja produktionen på varje vårdenhets till oförändrad kostnad eller genom att omfördela resurser mellan olika vårdenheter så att resurserna totalt sett ger mer vård.

Resursplanering kan ha olika tidsperspektiv. På kort sikt kan den möjlighet som står till buds vara att omfördela resurser inom befintlig produktion, medan det på längre sikt kan finnas fler möjligheter, såsom att starta nya, mer effektiva verksamheter, eller att satsa mer på prevention av ohälsa – något som kostar i nutid, men kan ge lägre kostnader i framtiden.

3.7.1 Att mäta produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården

Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården mäts genom att ställa resursåtgången i relation till utfall. Utfallet kan mätas i vårdproduktion, patientnytta eller hälsoutfall. Vårdproduktion kan exempelvis mätas i antal patientkontakter, vård dagar eller vårdtillfällen. Patientnytta kan baseras på självupplevd tillfredsställelse med vården eller förbättrat dagligt liv. Hälsoutfall kan mätas för hela befolkning, såsom i dödlighet i sjukdomar som är åtgärdbara inom hälso- och sjukvården, eller i undvikbar slutenvård. Hälsoutfall kan också mätas för patienterna, såsom i vunna levnadsår, i god hälsa eller, vid svåra sjukdomar, i fem-årsöverlevnad efter diagnos. Alla dessa utfall kan ställas i relation till kostnaderna för att uppnå respektive utfall.

Inga produktivitetmått i hälso- och sjukvården är heltäckande och alla är behäftade med sina specifika svårigheter när det gäller dataunderlag och tolkningar. En samlad grupp av mått bör därför användas när

vårdens produktivitet och effektivitet ska bedömas.

Under 2019 utvecklade Region Stockholm åtta effektivitetsindikatorer för akutsjukhusen, varav en indikator är ett sammansatt index för sju indikatorer. Bland det som nu mäts är strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, genomsnittligt antal vård dagar per vårdtillfälle, kostnad per DRG-poäng och väntetider. Under 2020 har SLSO (Stockholms läns sjukvårdsområde), ett uppdrag att utveckla indikatorer för sin verksamhet. SLSO har ansvar för vård i Region Stockholms regi inom bland annat primärvård, psykiatri och geriatrik.

3.7.2 Kostnadsjämförelser

I ”Vården i siffror”, regionernas gemensamma webbplats för löpande nationell publicering av data kring hälso- och sjukvården, finns det 42 variabler under kategorin ”Kostnader och produktivitet”. I tabell 2 och 3 återges några centrala kostnadsvariabler för Region Stockholm, landets två andra storstadsregioner, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, samt riket som helhet.

Region Stockholm har högre kostnader än riket för fyra av de fem variablerna i tabell 3 och 4. Det är endast för vårdkontakt i primärvård som kostnaden är lägre. I jämförelse med de andra två stora regionerna har Region Stockholm högst nettokostnad för den samlade hälso- och sjukvården och för psykiatrisk

vård och inte lägst kostnad för någon variabel.

Även om data inte ska övertolkas, då det finns en del felkällor till dessa data, så tycks Region Stockholm ha ett något högre kostnadsläge än övriga stora regioner. Samtidigt är Region Stockholms kostnadsbild inte anmärkningsvärd jämfört med alla regioner. För variabeln nettokostnad för hälso- och sjukvård ligger Region Stockholm exempelvis endast på 14:e plats vid en jämförelse av landets 21 regioner. Många av de små regionerna har höga kostnader för hälso- och sjukvård, jämfört med storstadsregionerna.

Kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvården för riket som helhet ökade under perioden 2012–2017 i fasta priser med 20 procent. Kostnaderna för läkarbesök till specialiserad somatisk vård i öppenvården ökade med 7 procent och till andra personalkategorier med 11 procent. De totala kostnaderna för den specialiserade somatiska vården ökade under perioden med 11 procent. [10]

I ”Vården i siffror” finns en variabel benämnd ”Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad”. Den uttrycker kostnaden per invånare i respektive region med hänsyn tagen till glesbygd samt skillnader i befolkningen vad gäller ålder, sysselsättning, inkomster, boende och lönestruktur. Vid jämförelse mellan regionerna, hade Region Stockholm 2018 den fjärde högsta kostnaden och 2019 den högsta kostnaden med 29 888 kronor/invånare.

Tabell 2. Nettokostnader per invånare för valda kostnadsvariabler, 2018. Region Stockholm, Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Sverige.²

Variabel	Region Stockholm	Västra Götalandsregionen	Region Skåne	Sverige
Nettokostnad för hälso- och sjukvård	26 492	25 127	25 229	25 479
Nettokostnad för primärvård	4 649	4 970	4 243	4 546
Nettokostnad för psykiatrisk vård	2 851	2 153	2 092	2 263
Nettokostnad för somatisk vård ³	14 597	12 652	14 613	13 940

Källa: Vården i siffror [6]

Tabell 3. Kostnad per vårdkontakt i primärvården, 2018. Region Stockholm och Sverige.

Variabel	Region Stockholm	Västra Götalandsregionen	Region Skåne	Sverige
Kostnad per vårdkontakt i primärvården	1 503	1 808	1 349	1 706

Källa: Vården i siffror [6]

² Kostnadsbegreppet som används är nettokostnad, det vill säga verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som ska finansieras med regionskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård i den egna regionen som ersätts av det offentliga, liksom den vård som befolkningen konsumerar i annan region ingår. (Källa: Vården i siffror)

³ Specialiserad somatisk vård, definierad som hälso- och sjukvårdsverksamhet, kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård.

Tabell 4. Resultat för valda produktionsmått för Region Stockholm, Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Sverige. (Data anges för senast redovisade år i "Vården i siffror".)

Variabel	Region Stockholm	Västra Götalandsregionen	Region Skåne	Sverige
Antal besök hos läkare i primärvården per 1 000 invånare, 2018	1 588	1 316	1 298	1 327
Antal besök hos andra personalkategorier än läkare i primärvården per 1 000 invånare, 2018	3 746	2 753	2 791	2 803
Antal besök hos läkare i hälso- och sjukvården per 1 000 invånare, 2018	3 336	2 425	2 759	2 673
Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare, 2016. (Åldersstandardiserade värden)	15 761	13 558	13 358	14 189
Antal vård dagar per 1 000 invånare, 2016. (Åldersstandardiserade värden)	861	759	748	757

Källa: Vården i siffror [6]

3.7.3 Vårdproduktionen i Region Stockholm
Några valda produktionsmått för de tre stora regionerna och riket listas i tabell 4.

Det framgår av tabellen att vårdproduktionen i Region Stockholm är högre än i de andra två regionerna och i riket som helhet. I Region Stockholm kostar vården alltså relativt sett mer, men produktionen är även högre.

3.7.4 Produktiviteten i Region Stockholm

Olika specialmått har utvecklats för att förfina mätning av produktionen i hälso- och sjukvården. Ett sådant är DRG (Diagnos-relaterade grupper). DRG ger en systematik där medicinskt likartade och lika resurskrävande diagnoskombinationer sorteras in i samma diagnosrelaterade grupp. Därtill tas även andra faktorer in i klassificeringen av en vårdepisod i DRG-systemet, såsom vilka yrkeskategorier som patienten träffar, vilka åtgärder som utförs, vilken typ av besök som episoden omfattar, med mera. Produktionen på ett sjukhus kan då sammanställas i form av antalet vårdtillfällen i olika DRG-kategorier.

Kostnaderna för vården beräknas idealt genom tillgång till vårdgivarnas kostnader. Data om dessa samlas kontinuerligt in i ett nationellt system kallat "Kostnad per patient" (KPP). Om kostnaderna för varje DRG-grupp beräknas, kan kategorierna relateras till varandra och graderas på en skala med DRG-poäng. Därigenom kan man räkna samman produktionen för en vårdenhet i sådana DRG-poäng. När man dividerar totalkostnaderna med detta utfall i DRG-poäng får man fram en kostnad per DRG-poäng. Det blir då ett mått på vårdenhetens samlade produktivitet. Måttet är beroende av ett antal faktorer, så som patientgruppens sammansättning ("case-mix") avseende ålder, vårdtyngd, det lokala kostnadsläget, med mera.

DRG-systemet har sitt ursprung i strävan att beskriva ett komplett sjukhus och dess utförda vårdkontakter. Uppskattningsvis kan DRG-systemet fånga 70–75 procent av verksamheten på ett sjukhus.

DRG-systemet har använts och används för ersättning för vårdproduktion, inklusive för en del av vården på de region-finansierade akutsjukhusen i länet. Som ersättningsgrund har det dock fått en del kritik. Det har hävdats att det kan snedvridera vårdproduktionen i riktning mot verksamheter som ger relativt sett högre intäkter och att det kan skapa en affärsmoralitet som inte alltid gynnar verksamhet och patient. Som beskrivningssystem är DRG-verktyget mer accepterat, men även dess värde som mått på produktiviteten har ifrågasatts. I svensk sjukvård har det dock sedan lång tid tillbaka etablerats ett system för att mäta produktionen med DRG, framför allt inom somatisk specialistvård.

DRG-systemet bygger på att primärklassifikationen av patienterna är korrekt. Det är också beroende av god information om vårdens kostnader. Det nationella systemet för insamling av vårdgivarnas kostnadsdata, KPP databasen, har fortfarande brister och det pågår ett kontinuerligt arbete för att få landets regioner och sjukhus att rapportera in tillförlitliga data i systemet. Systemet syftar till en detaljerad sammanräkning av alla resursinsatser för en patient. Full förståelse av vårdens kostnadsbild är en förutsättning för god planering och resurshushållning. Att förbättra kvaliteten på KPP databasen är därför en viktig uppgift framöver.

Många sjukhus i Sverige inrapporterar dock KPP data till SKR:s och Socialstyrelsens gemensamma funktion, där de årligen sammanställs och relateras till producerade DRG. En del av dessa data återfinns i databasen "Vården i siffror" och ett större antal presenteras och analyseras i en årlig rapport. [14]

I tabell 5 visas kostnad per DRG-poäng i slutenvård och öppenvård för 20 av landets regioner under år 2018.

Tabell 5. Kostnad per producerad DRG-poäng i slutenvård och öppenvård 2018 i Sveriges regioner (uppgifter för Gotland saknas) i fallande ordning efter kostnaden.

Region	Kostnad per producerad DRG-poäng (kronor)
Blekinge	62 124
Uppsala	62 022
Västernorrland	61 226
Västerbotten	60 740
Sörmland	60 699
Norrbottnen	60 265
Kronoberg	59 190
Västra Götaland	59 094
Skåne	58 985
Örebro	58 838
Stockholm	58 543
Jämtland/Härjedalen	56 735
Västmanland	56 485
Östergötland	56 164
Dalarna	55 951
Gävleborg	55 701
Värmland	54 915
Kalmar	54 685
Jönköping	54 121
Halland	54 053

Källa: Vården i siffror [6]

Jämfört med andra regioner är kostnaden per DRG-poäng i Region Stockholm den 11e högsta i landet. Region Stockholm förefaller alltså inte extremt åt något håll när det gäller produktivitet när det mätes på detta sätt. Jämfört med de övriga sex regionerna där det finns universitetssjukhus har fem av dessa en högre kostnad per DRG-poäng än Region Stockholm. Skillnaden mellan Region Stockholm och Region Halland, som har landets lägsta kostnad, är 4 490 kronor, motsvarande 7,7 procent av Region Stockholms kostnad. Påvisade skillnader kan tala för en förbättringspotential i Region Stockholms sjukvård, även om en jämförelse av olika regioner kräver en djupare analys.

En sådan analys bör beakta förekomsten av riskfaktorer för sjukdom i befolkningen i olika befolkningsgrupper.

Alla regioner har sett en ökning av kostnaderna per DRG-poäng de senaste fem åren. Mätt i fasta priser är kostnaden per DRG-poäng 12 procentenheter högre 2018 än 2014. Kostnaderna per DRG-poäng i Region Stockholm har ökat med 30,5 procent under den perioden, jämfört med 26,9 procent för riket som helhet.

Ytterligare data om vårdkostnaderna i riket finns i SKR:s rapport "Vårdkostnader 2018 för NordDRG" [14] som baseras på gemensamt arbete av SKR och Socialstyrelsen. Där uppskattas genomsnittskostnaderna för 1,27 miljoner vårdtillfällen inom somatisk specialistvård i landets regioner till 65 764 kronor för år 2018. I rapporten finns en beräkning där de dyraste vårdtillfällena, benämnda ytterfall, tagits bort för att undvika att de påtagligt ska inverka på genomsnittskostnaden. Dessa ytterfall omfattar 63 329 vårdtillfällen (5,0 procent), men motsvarar så mycket som 20 procent av den samlade kostnadsmassan. Den genomsnittliga kostnaden för de återstående vårdtillfällena (benämnda innerfall) är 55 042 kronor. För ytterfallen är genomsnittskostnaden 269 489 kronor. För medicin blir genomsnittskostnaden för innerfallen 43 102 kronor och för kirurgi 89 746 kronor per vårdtillfälle.

De 20 mest resurskrävande patientgrupperna står för omkring en tredjedel av vårdtillfällena och den totala kostnaden inom slutenvården (34 procent respektive 32 procent). De två mest resurskrävande diagnoserna är vaginal förlossning (3,9 procent av totala kostnaderna) och lunginflammation (2,6 procent av de totala kostnaderna), i första hand därför att dessa diagnoser förekommer ofta i vården. Antalet vårdtillfällen (vårdvolymen) är viktigare för totala kostnaderna än kostnaden per vårdtillfälle. Om kostnadseffektiviteten i sjukvården som helhet ska höjas väger det tungt att påverka åkommor och vård av de diagnoser som drabbar många individer.

Kostnaderna för öppenvården inom somatisk specialistvård på sjukhusen redovisas också i databasen. För 2018 var genomsnittskostnaden för samtliga besök 3 728 kronor, för innerfallen 3 375 kronor och för ytterfallen 15 142 kronor. Ytterfallen omfattar i absoluta tal 475 960 vårdkontakter (3,0 procent av alla).

3.7.5 Väntetider och tillgänglighet

Några utfallsmått för att mäta effektiviteten i hälso- och sjukvården är väntetider och tillgänglighet. I "Vården i siffror" redovisas 120 variabler för väntetider och tillgänglighet. En variabel är "Antal besök på 1177 Vårdguiden i genomsnitt per invånare och år". Där hade Region Stockholm 2017, 14 besök vilket ligger mycket högre än nästhögst placerade region i landet, Region Västerbotten, som hade 9,2 besök. För Västra



Götalandsregionen var antalet 8,9 och för Region Skåne 9,2. För riket som helhet var antalet 9,2 besök per invånare. I Stockholms län användes alltså 1177 Vårdguiden allra mest i landet. Det är intressant med tanke på att utbudet av andra vårdtjänster också är högt i länet.

I tabell 6 ses data för några väntetidsvariabler för Region Stockholm, Västra Götalandsregionen, Region Skåne och riket som helhet.

Region Stockholm klarar sig överlag bra vid jämförelse med andra regioner och riket vad gäller väntetider. I de allra flesta fall tas patienterna om hand inom vad som av Socialstyrelsen angivits som acceptabel väntetid i Sverige.

En indikator på sjukvårdens effektivitet är kapacitetstutnyttjandet i vården. Ett indirekt mått på det för

sjukhusvården är beläggningsgraden av disponibla vårdplatser. Den variabeln redovisas dock inte i ”Vården i siffror”. En variabel av liknande slag är ”Antal överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård.” Ett värde över 0 på den variabeln talar för att beläggningsgraden överstiger 100 procent.

Region Stockholm hade fem överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser 2019, samma som riket som helhet. I båda fallen är värdet ett uttryck för hög belastning på sjukhusvården och i viss mån ett tecken på att sjukhusvården inte möter efterfrågan på sådan vård på ett optimalt sätt. Bästa resultat hade Region Kalmar med 0,5 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser. Skillnader i överbeläggning kan ha många orsaker, såsom brister i planering eller faktisk brist på disponibla vårdplatser utifrån givna resurser.

Tabell 6. Resultat för valda väntetidsvariabler, 2019. Region Stockholm, Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Sverige som helhet.

Variabel	Region Stockholm	Västra Götalandsregionen	Region Skåne	Sverige
Andel första besök som genomförts inom 90 dagar i allmänkirurgisk vård (%)	98,4 %	88,1 %	79,4 %	84,4 %
Andel första besök som genomförts inom 90 dagar i hjärtsjukvård (%)	95,9 %	Uppgift saknas	84,8 %	81,1 %
Andel genomförda höftprotesoperationer inom 90 dagar (%)	76 %	85,3 %	72,1 %	64,3 %
Andel medicinska bedömningar i primärvård inom tre dagar, läkare (%)	Uppgift saknas	79,8 %	73,7 %	82,5 %
Andel patienter som väntat 28 dagar eller kortare från diagnos till behandlingsstart vid tjocktarmscancer. (OBS: Högt värde positivt)	43 %	53,2 %	36,7 %	34,7 %

Källa: Vården i siffror [6]

4 Framtidsanalys

Den ekonomiska utvecklingen framöver kan bli fortsatt god, men coronapandemin skapar betydande osäkerhet i aktuellt prognosarbete. Hälsa- och sjukvårdens kostnader kommer fortsatt att öka, vilket ställer krav på effektiviseringar och satsningar på att minska de individuella vårdbehoven genom hälsofrämjande arbete och prevention.

4.1 Ekonomisk utveckling

Som framgått är Region Stockholm mycket beroende av skatteintäkter för att driva sin verksamhet. Den regionala skatten betalas av länets invånare som en andel av den personliga beskattningsbara inkomsten, för närvarande 12,08 procent. Intäkterna är därför direkt avhängiga den ekonomiska utvecklingen i länet eftersom den avgör de privata inkomsterna. Den ekonomiska utvecklingen är också av stor betydelse för sysselsättningsgraden, det vill säga andelen av befolkningen i arbetsför ålder som är i sysselsättning och därmed erhåller förvärvsinkomst. Ju fler som arbetar desto fler som betalar regionskatt.

Ett genomgående arbetssätt i långtidsutredningen HS 2040 är att blicka 20 år bakåt i tiden för att se hur utvecklingen har varit, skriva fram den utvecklingen till 2040 och sedan analysera förutsättningarna för att den prognostiserade utvecklingen blir verklighet. Metoden tillämpas på ett antal variabler i utredningen.

I en sådan prognos ökar bruttoregionalprodukten (BRP) med i genomsnitt 15 000 kronor/invånare och år under perioden fram till 2040. BRP/invånare är dock inte det samma som inkomst per invånare. Dels tillfaller inte all produktion de enskilda invånarna, dels är produktionens fördelning betydelsefull för inkomsterna i hushållen. Även om detta beaktas, kommer en god ekonomisk utveckling i länet att gagna Region Stockholm och förutsättningarna att bedriva hälso- och sjukvård till nytta för invånarna. Som det har nämnts tidigare i denna rapport har realltillväxten i Region Stockholm sedan millennieskiftet legat kring i genomsnitt 1,9 procent årligen.

Hur troligt är det då att utvecklingen faktiskt kommer att motsvara denna prognos? Om vi först beaktar det scenario som förelåg innan corona-pandemin drabbade världen och dess ekonomi, så kan vi utgå från den gedigna analys av framtiden som gjordes i finansdepartementets Långtidsutredning 2019. I utredningen

finns en omfattande analys av förutsättningarna för svensk ekonomi fram till 2035. I den användes samma metod som i HS 2040, då framskrivningen baserades på utvecklingen som varit. I tabell 7 nedan visas utredningens nyckeltal.

Tabell 7. Nyckeltal ur Långtidsutredningen 2019. Genomsnittlig årlig förändring i procent.

Indikator	1981–2018	2019–2035
Befolkning, 15–74 år	0,5	0,4
Arbetade timmar	0,6	0,5
Produktivitet	1,6	1,6
BNP	2,2	2,1
BNP per invånare	1,6	1,5

Källa: Långtidsutredningen, 2019. Finansdepartementet, Stockholm. [7]

Bakom slutsatserna i finansdepartementets långtidsutredning ligger ett omfattande resonemang där man bland annat går på djupet i frågor kring trolig demografisk utveckling och arbetskraftens tillväxt.

Demografiska grunddata tas i Långtidsutredningen helt från SCB:s prognoser och osäkerheten i dessa diskuteras. Migrationens omfattning är av stor betydelse för den framtida arbetskraftsutvecklingen. Dagens befolkning har en relativt hög medelålder och den kommer att förskjutas ytterligare uppåt. En stor brist på arbetskraft förutspås inom vård- och omsorgssektorn. Utan kontinuerligt inflöde av ny arbetskraft genom bland annat inflyttning till regionen och intresse bland de yngre för vårddyrkena, kan det bli svårt att leva upp till de offentliga åtagandena inom dessa sektorer.

Vad gäller arbetskraftens utveckling lägger finansdepartementets långtidsutredning också stor vikt vid att pensionsåldern förskjuts uppåt, så att många

kan vara verksamma i arbetslivet efter 65 års ålder. Jämfört med en situation där de flesta faktiskt går i pension vid denna ålder, innebär det att fler står till förfogande för arbete, att fler får förvärvsinkomst och att samhället får lägre kostnader och ökade intäkter i pensionssystemet.

Långtidsutredningen presenterades innan coronapandemins start. Sedan dess har förutsättningarna för den ekonomiska utvecklingen ändrats, åtminstone på kort till medellång sikt. SKR presenterade en ekonomisk rapport i maj 2020 med en bedömning av läget utifrån situationen under våren 2020. Trots pandemins nedstängningseffekter, var tonen i rapporten ändå relativt optimistisk då antagandet gjordes att inga fler strukturella smittskyddsåtgärder skulle vidtas och att pandemin i Sverige skulle mattas av under sommaren. Bedömningen som gjordes var att Sverige skulle drabbas av lågkonjunktur fram till 2023, men att ekonomin sedan skulle återhämta sig. Lågkonjunkturen bedömdes leda till att skatteunderlaget inte kommer att tillväxa i samma takt som tidigare, utan att en reell urholkning av skatteintäkterna per invånare kommer att ske. Ändå gjorde SKR bedömningen att detta inte kommer att drabba regioner och kommuner fullt ut, eftersom staten gått in med stödmedel på grund av coronapandemin. I rapporten antogs att de

statliga tillskotten till kommunsektorn kommer att fortsätta så länge kommuner och regioner har betydande extrautgifter på grund av pandemin. I en ny ekonomisk rapport från SKR i oktober 2020 bekräftas detta. Som resultat av de statliga bidragen bedömdes då kommunsektorn som helhet få ett överskott 2020. Det genererade överskottet förväntas användas som buffert under åren 2021 och 2022 då svårare tider väntas, bland annat till följd av den arbetslöshet som kan komma att följa på den rådande pandemin och dess samhällseffekter. SKR gjorde ändå bedömningen i sin oktoberrapport att ekonomin successivt återhämtar sig framåt 2024.

I skrivande stund har världen drabbats av en andra och en tredje våg av coronasmitta. Det har lett till nya nedstängningar av samhällen i framför allt Europa och USA, vilket skapar ny osäkerhet i prognoserna för de kommande årens ekonomiska utveckling. De kommersiella bankernas prognoser är dock fortsatt återhållsamt optimistiska om världsekonomin de närmaste åren, dels på grund av en snabb tillväxttakt i stora delar av Asien, dels på grund av bedömningen att vaccinet mot covid-19 kommer att försvaga pandemin under 2021. Snarare uttrycker de senaste ekonomiska prognoserna en viss oro för överhettning av världsekonomin efter att samhällena öppnat upp på alla kontinenter.



4.2 Hälsa- och sjukvårdens intäktsbas

Finansieringen av regionverksamhet är som lyfts fram ovan kraftigt beroende av regionskatten. Dess utveckling är beroende av skatteunderlaget och regionskattesatsen. Skatteunderlaget kan regionledningen endast påverka i begränsad omfattning. Däremot kan skattesatsen ändras för att höja intäkterna. Om detta kommer att bli nödvändigt återstår att se, men under de gångna 20 åren har skattesatsen förändrats mycket litet utan att regionens ekonomiska resultat äventyrats. Detta under en period när stora investeringar gjorts i såväl lokaltrafik som sjukvård.

De flesta hushåll har en större andel kvar av sin inkomst efter att deras regionskatt betalats år 2020 än de haft tidigare, eftersom skattesatsen varit oförändrad, samtidigt som realltväxten i ekonomin varit god. Det följer per automatik av att regionskatten är platt och inte progressiv, det vill säga alla betalar samma andel av sin inkomst i skatt oavsett inkomstens storlek. Det finns idag medel för många hushåll att använda på tjänster och varor som går utöver det livsnödvändiga. Det kan gälla fritid, spel, resor etcetera, men även hälso- och sjukvård.

De statliga medlens betydelse för Region Stockholms ekonomi har ökat under de gångna 20 åren. Även om statens bidrag är begränsat i förhållande till den samlade ekonomin, rör det sig om betydelsefulla bidrag motsvarande flera miljarder. Långsiktiga besked om den ekonomiska relationen mellan stat och region vore av stort värde för stabilitet i planeringen av omfattningen av regionens åtagande gentemot länets invånare.

Patientavgifter utgör en mindre andel av hälso- och sjukvårdens finansiering. Samtidigt utgör de på marginalen ett viktigt bidrag till finansieringen. De används också som ett ransoneringsinstrument för att minska onödig och kostnadsdrivande efterfrågan på vård. Dess effektivitet i det sammanhanget har dock inte bevisats. Flera länder i Europa har fri primärvård utan att detta tycks leda till högre sjukvårdskostnader jämfört med länder som har sådana avgifter.

Sjukvårdsförsäkringar i Sverige har funnits i många år och periodvis har det diskuterats mycket intensivt som ett alternativ eller komplement till skattefinansierad vård. Trots betydande intresse från privata aktörer och i viss mån arbetsgivare över de senaste decennierna, har privata vårdförsäkringar inte blivit ett omfattande alternativ till offentlig sjukvård för särskilt många invånare. Det är möjligt att framtiden kommer att skilja sig från dåtiden, men med den metod för framskrivningar som valts här blir grundantagandet att vårdförsäkringar fortsatt kommer att vara ett begränsat komplement till den offentliga finansieringen av vården.

Sociala investeringsfonder är ett alternativ för finansiering av offentlig verksamhet som provats det senaste

decenniet i Sverige. Idéen är att skapa samarbete mellan offentliga och privata aktörer till stöd för nya arbetsformer och sociala innovationer. Sådana fonder kan ge viktiga, om än begränsade, bidrag till hälso- och sjukvårdens ekonomi. Deras för- och nackdelar måste dock bedömas betydligt bredare än ur ett rent ekonomiskt perspektiv. Region Stockholm har nyligen startat ett projekt inom detta område. En privat finansiär går in med 30 miljoner kronor som investering i ett diabetesförebyggande projekt i utbyte mot överenskommen positiv avkastning om projektet uppnår vissa överenskomna hälsomål.

En slutsats av gjorda bedömningar är att Region Stockholm på det stora hela får fortsätta driva sin verksamhet med de intäktskällor som finns idag. På grund av hälso- och sjukvårdens stora beroende av regionskatten blir hälso- och sjukvårdens intäktsbas fortsatt avhängig den ekonomiska utvecklingen i regionen, landet och världen.

Resurser måste finnas för att leva upp till lagen om att god vård ska ges till alla på lika villkor. HSN:s intäkter är den andel av de samlade intäkterna till Region Stockholm som fördelas för att klara åtagandena kring hälso- och sjukvården. De uppgick 2019 till cirka 69 miljarder kronor. Det är vårdbehoven och det vårdutbud som krävs för att möta dem som är vägledande för dessa intäkters utveckling. Intäktsutvecklingen måste över tid följa kostnadsutvecklingen.

4.3 Hälsa- och sjukvårdens kostnadsutveckling

Kostnader för hälso- och sjukvården i Region Stockholm har ökat årligen med cirka 3,3 procent i reala termer under de gångna 20 åren. En framskrivning av kostnadsutvecklingen i löpande priser under perioden 2003–2019 fram till 2040 visar att kostnaderna kan komma att närma sig 100 miljarder kronor. En kostnadsuppskattning utifrån en enkel behovsmodell som redovisats i HS 2040s delrapport ”Patienten, invånaren och behoven”, talar för att kostnaderna kan komma att öka med cirka 40 procent i fasta priser (2017 års priser) till 2040. Modellen bygger på en framskrivning av befolkningens vårdkonsumtionsmönster 2017 utifrån de förväntade demografiska förändringarna. I modellen görs således inga antaganden om förändrade konsumtionsmönster i olika åldersgrupper eller förändringar i struktur och medicinsk-teknisk utveckling. Dessa faktorer kan komma att verka både kostnadsdrivande och kostnadsbesparande, varför de är svåra att väga in i en kostnadsmodell. Vad som konstaterats i HS 2040 utredningens tidigare delrapporter är att öppenvårdskonsumtionen har ökat per capita över de senaste decennierna, medan slutvårdskonsumtionen har minskat. Samtidigt är befolkningsökningen större än dessa förändringar, ett faktum som gör att efterfrågan på både



sluten- och öppenvård med all sannolikhet kommer att öka, något som kommer att driva på kostnaderna.

En rapport från Institutet för hälso- och sjukvårdsökonomi (IHE) från 2019 visar att hälso- och sjukvårdens långsiktiga utgiftsutveckling påverkats mer av ökningarna i befolkningens storlek än av förändringar i åldersstrukturen. För perioden 1980–2016 svarade befolkningsökningen för 71 procent av kostnadsutvecklingen och den förändrade åldersstrukturen mot fler äldre för 29 procent. [12]

Ett antal villkor måste vara uppfyllda för att hälso- och sjukvårdens kostnader ska hållas inom rimliga gränser de närmaste decennierna. Kostnaderna bestäms av priserna på produktionsfaktorerna i sjukvården – arbete, utrustning, förbruksartiklar, läkemedel, lokaler, med mera – och på deras produktivitet. Den avgör hur mycket som behövs av en viss produktionsfaktor för att producera en viss mängd vård. Om realkostnaderna ska hållas konstanta måste produktivetsökningen vara lika med kostnadsökningen för produktionen. I IHE-rapporten lyfter författarna fram att vårdens kostnader blivit relativt sett högre i samhällsekonomin, därför att produktivetsutvecklingen är långsammare i tjänstesektorn än inom de varuproducerande sektorerna. [12] Detta kan även komma att gälla framgent.

Löner utgör en stor del av hälso- och sjukvårdens driftskostnader. Prognoser för framtiden talar för brist

på personal inom många vårdyrken. Det kan därför förväntas att lönerna för dessa grupper kommer att öka proportionellt mer än för många andra grupper i samhället. Detta ger skäl att arbeta aktivt för innovativa, nya arbetssätt som förbättrar vårdkvaliteten och underlättar personalens arbete. Ny teknik och digitalisering kan medverka till att öka produktiviteten, liksom kontinuerligt förbättringsarbete för att öka effektiviteten i verksamheten utan att sänka kvaliteten. Samtidigt måste alla lösningar vara hållbara och bygga på personalens kompetens och deras motivation att driva verksamheten. Personalen är hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs.

Region Stockholm har fått merkostnader för hälso- och sjukvården på grund av coronapandemin, bland annat genom att skyddsmaterial och läkemedel inhandlats och antalet intensivvårdsplatser ökat kraftigt. Många vårdinsatser som normalt skulle utförts under perioden, då sjukvården varit upptagen att vårda coronapatienter på olika nivåer, kommer att utföras senare och därmed ge ökad belastning när vården återgår till sedvanliga uppgifter. Ytterligare en effekt av pandemin är att många åtgärdsprogram som beslutats för att effektivisera olika verksamheter har pausats. Effekterna av pandemin på kostnadsutvecklingen på längre sikt är svår att prognostisera i rådande situation.

5 Diskussion och huvudslutsatser

Vårdbehoven och kostnaderna för hälso- och sjukvården kommer fortsatt att öka och Region Stockholms intäktssida är behäftad med osäkerhet. Situationen kommer att kräva stort engagemang för att säkra en god vård på lika villkor för alla.

Kostnaderna i hälso- och sjukvården i Stockholm län har ökat under de senaste åren, bland annat till följd av växande befolkning, stora investeringar i lokaler och utrustning och medicinsk-teknisk utveckling. Kostnaderna för produktionen justerad för vårdtyngd ökar i såväl Region Stockholm som i övriga landet. Behovet av att öka produktiviteten och effektivisera vården understryks ytterligare av de demografiska utmaningar som väntar. En allt större andel äldre personer i befolkningen och en minskad andel i yrkesverksam ålder innebär att det krävs prioriteringar såväl som effektiviseringar i hälso- och sjukvården. Förändringsarbete måste bygga på att vårdens viktigaste resurs, personalen, är med i utformningen av framtidens hälso- och sjukvård i alla led.

Denna rapport visar att det kan finnas potential i Region Stockholm för ett bättre resursutnyttjande. Samtidigt är inte länets hälso- och sjukvård markant ineffektiv. Det talar för att det krävs stort engagemang och noggrann planering för att uppnå potentiella effektivitetsvinster.

De kommande åren kommer tveklöst att ställa höga krav på prioriteringar inom den offentligt finansierade vården. Detta kan åstadkommas med både horisontella och vertikala prioriteringar samt med kontinuerligt förbättringsarbete för ett sömlöst samarbete mellan alla aktörer och olika nivåer i vårdssystemet. Efterfrågan på vård kan också påverkas genom information till invånarna om god egenvård och om att söka vård på rätt nivå. Vårdens resurser ska användas där de behövs bäst utifrån varje enskild persons besvär och behov.

Satsningar på att förebygga ohälsa ter sig allt mer angelägna. Det höjer livskvaliteten och minskar vårdbehoven. Inte minst kan förebyggande insatser riktade mot dem med störst vårdbehov, äldre och socioekonomiskt belastade, vara av stort värde.

Ett aktivt arbete med prioriteringar och optimal resursallokering där kvalitet, kostnadseffektivitet och jämlikhet beaktas, kommer sannolikt att bli allt mer nödvändigt framöver. Frågan om vad som ska täckas av den offentliga finansieringen kan förväntas bli allt mer diskuterad under de kommande decennierna, inte minst mot bakgrund av den medicin-tekniska utvecklingen där många nya möjligheter öppnas upp för invånarna att få kunskap om egna, individuella hälsorisker och profilerade behandlingar.

Den huvudsakliga källan till intäkter för Region Stockholms hälso- och sjukvårdsverksamhet är regionskatten. Den ekonomiska utvecklingen i länet är därför av stor betydelse för verksamheten. Innan coronapandemin startade var de långsiktiga ekonomiska utsikterna för Region Stockholm överlag goda. Med pandemin har den ekonomiska tillväxten delvis avstannat och arbetslösheten ökat. Bedömningen i nuläget är att det kommer att ta flera år innan ekonomin i länet återhämtat sig fullt ut från pandemins effekter. Detta gör det svårt att i nuläget göra långsiktiga ekonomiska prognoser.

Sammanfattningsvis kan konstateras att kostnaderna för hälso- och sjukvården fortsatt kommer att öka och att Region Stockholms intäktssida är behäftad med osäkerhet. Det kommer fortlöpande att finnas en konkret risk att kostnaderna överstiger intäkterna och att ”pengarna inte räcker till” i bemärkelsen att alla inte får den vård de behöver och önskar. En ökad samverkan mellan alla aktörer är nödvändig för att identifiera vad som behöver utvecklas för att kontinuerligt säkra en kostnadseffektiv vård av hög kvalitet. Region Stockholm måste också arbeta aktivt för att minska vårdbehoven genom ökade satsningar på hälsofrämjande och prevention.



Huvudslutsatser

- Den ekonomiska utvecklingen i länet har varit god sedan år 2000, men osäkerheten inför framtiden är betydande, framför allt på grund av coronapandemins svårbedömda ekonomiska konsekvenser.
- Den ekonomiska utvecklingen har möjliggjort mycket inom Region Stockholm, bland annat stora investeringar i infrastruktur och mycket hög tillgänglighet. Driftskostnaderna för verksamheten är omfattande. Befolkningstillväxten, befolkningens förväntningar och den medicinsk-tekniska utvecklingen kräver fortsatta insatser, oavsett ekonomiskt läge för verksamheten.
- Regionskatten har en dominerande ställning som intäktskälla för Region Stockholms verksamhet, nu och inom överskådlig framtid.
- Hälsa- och sjukvårdens kostnader har ökat mer än den ekonomiska tillväxten i länet de senaste 20 åren. Det finns anledning tro att det blir så även framöver. Detta kastar ljus på frågor om hälsa- och sjukvårdens långsiktiga finansiering och dess prioriteringar.

- Hälsa- och sjukvården i Region Stockholm är relativt kostsam jämfört andra regioner, men produktionen är också högre. Det tycks samtidigt finnas potential för att få ut mer av insatta medel.

Rekommendationer

- För att minska kostnadsutvecklingen måste Region Stockholm arbeta för en ökad samverkan mellan alla aktörer i syfte att säkra en kostnadseffektiv vård av hög kvalitet.
- Personalens kompetens och engagemang måste tas till vara i nödvändiga förändringsprocesser för en förbättrad och än effektivare vård.
- Efterfrågan på vård kan påverkas genom information till invånarna om god egenvård och om att söka vård på rätt nivå. Vårdens resurser ska användas där de bäst behövs utifrån varje enskild persons besvär och behov.
- Region Stockholm måste arbeta aktivt för att minska vårdbehoven genom ökade satsningar på hälsofrämjande och prevention.

Referenser

Ref	Dokument ID	Dokument
[1]	SKR, 2020 a	Ekonomirapporten, maj 2020. Om kommunernas och regionernas ekonomi. Stockholm: SKR, 2020.
[2]	SKR, 2020 b	Ekonomirapporten, oktober 2020. Om kommunernas och regionernas ekonomi. Stockholm: SKR, 2020.
[2]	Region Stockholm Budget 2021	Budget 2021 Region Stockholm https://www.sll.se/om-regionstockholm/ekonomi/
[3]	RUFS 2050	Regional utvecklingsplan för Stockholm. Stockholm: TRF, Stockholms läns landsting, 2018. https://www.sll.se/regionalutveckling
[4]	Länsstyrelsen 2020	Covid-19 – Nulägesbeskrivning arbetsmarknad & ekonomi, Stockholms län. Stockholm: Länsstyrelsen, 14 september 2020.
[5]	HSN 2020-0681	Rapport om coronapandemins påverkan på hälso- och sjukvården. HSN 2020-0681. Stockholm: HSF, Region Stockholm, 2020
[6]	Vården i siffror	Vården i siffror. Stockholm: SKR, 2020. https://vardenisiffror.se/ .
[7]	Långtidsutredningen	Långtidsutredningen. Stockholm: Finansdepartementet, 2019
[8]	Ekonomifakta	Näringslivets ekonomifakta. Stockholm: Svenskt näringsliv, 2020. www.ekonomifakta.se
[9]	ESO rapport 2019:8	Rehnberg C. Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv. Stockholm: Norstedts juridik, 2019.
[10]	IHE 2019:5	Gralén K, Hjalte F, Persson U. Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige. IHE Rapport 2019:5. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), 2019
[11]	LU SLL 2008	Intäcks- och kostnadsframskrivning för hälso- och sjukvården i SLL fram till 2025. Långtidsutredning om sjukvården i Stockholms läns landsting 2008-2025. Stockholm: Stockholms läns landsting (Region Stockholm), 2009
[12]	Framtidsplanen	Framtidsplan för hälso- och sjukvården. Stockholm: Stockholms läns landsting (Region Stockholm), 2011.
[13]	OECD	Sweden. Country Health Profiles 2019. Paris: OECD, 2020.
[14]	SKR 2019	Vårdkostnader 2018 för NordDRG - en sammanställning av material från den nationella kostnadsdatabasen för somatisk vård. Stockholm: SKR, 2019.

Bilaga 1: Långtidsutredningen Hälsa- och sjukvården 2040

Hälsa- och sjukvårdsnämnden (HSN) beslutade den 22 maj 2018 om utredningsdirektiv för en utredning om hälsa- och sjukvårdens utveckling fram till 2040, i dialog med företrädare för profession, patienter och andra intressenter. Utredningsdirektivet förtydligades av HSN 27 augusti 2019.

När den nya majoriteten i oktober 2018 presenterade sin politiska plattform fanns följande skrivning med: *”Region Stockholm ska ha en långsiktig och hållbar planering för länets framtida behov av hälsa- och sjukvård. Den demografiska och hälsorelaterade utvecklingen och medicinska framsteg innebär förändrade behov som påverkar vårdens organisation och resursfördelning. Därför ska en bred parlamentarisk utredning genomföras under mandatperioden med sikte på vården 2040.”*

Långtidsutredningen har ett särskilt uppdrag att rapportera till en politisk referensgrupp. Varje parti i regionfullmäktige har erbjudits att delta med två ledamöter som sedan utsetts av HSN.

I samband med antagandet av Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen, RUF5 2050, betonades följande i tjänsteutlåtandet⁴: *För att arbeta i enlighet med RUF5 2050 behöver varje aktör, inklusive landstingets olika verksamheter, konkretisera vad inriktningen i regionplanen och de kompletterande dokumenten innebär för den egna verksamheten.*

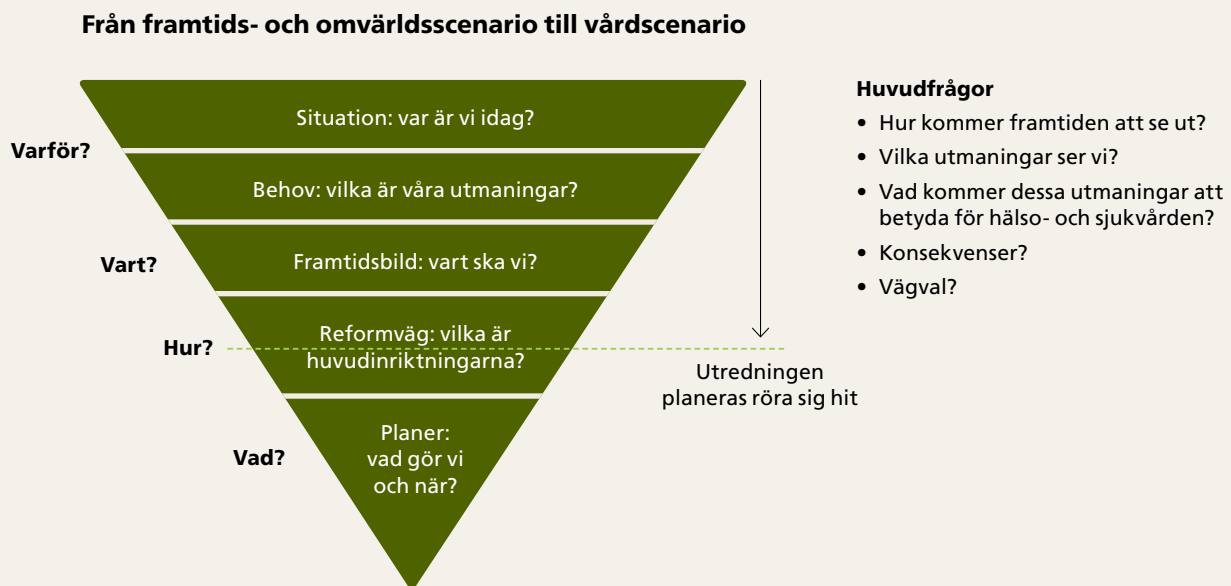
Långtidsutredningens fokus är att ur ett framtidsperspektiv, en nulägesbeskrivning och en plattform av fakta identifiera behov och utmaningar samt visa på hur dessa kan mötas. Baserat på utredningen kan beslut sedan fattas om att strategier och förslag till konkreta reformer. Underlag som tas fram inom ramen för utredningen kan löpande läggas till grund för konkreta beslut i verksamhetens olika delar där det bedöms relevant.

Utredningens metodik och arbetssätt har processats i den parlamentariska referensgruppen. Figur 22 ger en konceptuell bild över utredningens steg och huvudfrågor.

Olika perspektiv som består av ett antal analysområden kommer att belysas under utredningens inledande fas åren 2019–2020. Perspektiven är utformade utifrån vad som kan sägas vara grundläggande för ett hälsa- och sjukvårdssystem.

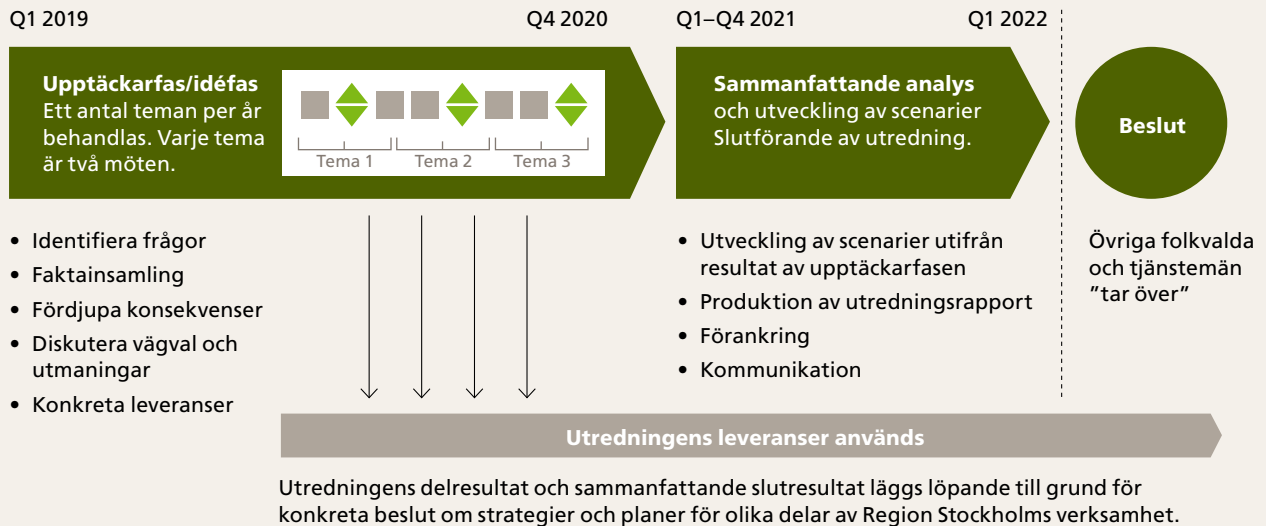
⁴ LS 2015–0084, LS 2017–1512, LS 2017–1513, LS 2017–1514, LS 2018–0279, s 11

Figur 10. Utredningens steg och huvudfrågor



Figur 11. Utredningens arbetsprocess

Arbetet kommer att pågå under åren 2019–2022 och bedrivs i faser enligt nedan



Bilaga 2: Inriktning och utmaningar i RUFSS 2050

I samband med att landstingsfullmäktige beslutade att anta Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen, RUFSS 2050, betonades det i tjänsteutlåtandet⁵ att varje aktör inklusive landstingets olika verksamheter *behöver konkretisera vad inriktningen i regionplanen och de kompletterande dokumenten innebär för den egna verksamheten*. Arbetet inom långtidsutredningen är del av HSN:s arbete med denna konkretisering.

I arbetet med RUFSS 2050 urskildes ett antal trender som bedömdes vara särskilt relevanta för Stockholmsregionen. Härvid nämndes ”globalisering mot en alltmer sammanvävd värld” och ”demografisk omstrukturering mot en äldre och en mer urbaniserad befolkning”. Andra trender utgjordes av ”kunskapsmässig och teknisk utveckling mot smarta städer”, ”värderingar och livsstil mot en mer individualiserad livsstil” och ”ökad social fragmentering”. Slutligen nämns ”klimat och miljö mot en global omställning med början på den lokala nivån”.

I RUFSS 2050 bryts dessa trender ned och sex övergripande utmaningar för regionen identifieras. Med utgångspunkt i dessa utmaningar formuleras såväl vision som mål, delmål och regionala prioriteringar för Stockholmsregionen.

De övergripande utmaningarna har bäring på hälso- och sjukvården. En utgångspunkt för långtidsutredningen blir därför att, med RUFSS 2050 som grund, belysa vad nedanstående utmaningar betyder för hälso- och sjukvården.

- Att möjliggöra befolkningstillväxt och samtidigt förbättra regionens miljö och invånarnas hälsa
- Att åtgärda kapacitetsbrister samtidigt som behoven fortsätter att växa
- Att vara en internationellt ledande storstadsregion i en växande global konkurrens
- Att minska klimatpåverkan och samtidigt möjliggöra ökad tillgänglighet
- Att ha en fortsatt öppen region och samtidigt stärka inkluderingen
- Att öka tryggheten i regionen samtidigt som världen upplevs som osäker.

⁵ LS 2015-0084, LS 2017-1512, LS 2017-1513, LS 2017-1514, LS 2018-0279, s 11



VACU

LOT 2021-02-26
A20033AA

VACU

VACU

REF 424213
FOL V50033VV
3054-05-36

Region Stockholm ska ha en långsiktig och hållbar planering för invånarnas framtida behov av hälso- och sjukvård. Utredningen Hälso- och sjukvården 2040 genomförs för att analysera och beskriva utmaningar och möjliga lösningar. Detta är en av flera delrapporter som tillsammans bildar underlag för en samlad slutrapport från utredningen.