

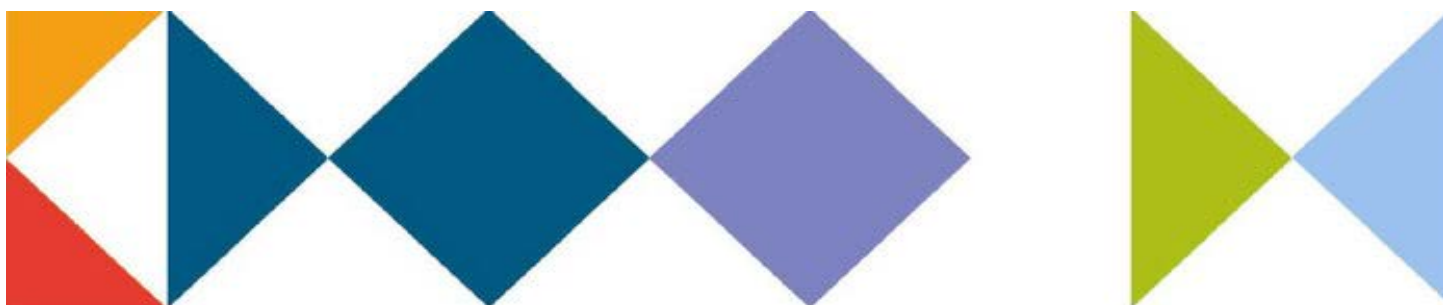


Dnr 2011/224-5



STATSKONTORET

Hälso- och sjukvårdsmodellen för landsting



**Innehåll**

1	Bakgrund och syfte	3
2	Historik	5
2.1	Ny modell för utjämning mellan kommuner och landsting	5
2.2	En modell för hälso- och sjukvård införs	6
2.3	Den nu gällande modellen införs	7
3	Nuvarande hälso- och sjukvårdsmodell	9
3.1	Den vårdtunga gruppen	11
3.2	HIV	12
3.3	Den övriga befolkningen	13
3.4	Gles bebyggelsestruktur	15
4	Beräkning av utfallet	17
4.1	Den vårdtunga gruppen	17
4.2	HIV	17
4.3	Den övriga befolkningen	18
4.4	Justeringsfaktor	18
4.5	Gles bebyggelsestruktur	18
4.6	Medel som omfördelas genom modellen	18
4.7	Källor som används för beräkningarna	18
5	Förslag till förändringar av modellen	21
6	Svagheter i den nuvarande modellen	25
	Källor	27



STATSKONTORET

Viveka Karlestrand
Leif Lundberg

PM

2012-11-21

Dnr 2011/224-5

2

1 Bakgrund och syfte

Statskontoret har enligt sin instruktion i uppdrag att följa upp systemet för kommunalekonomisk utjämning. Statskontoret har inom ramen för detta uppdrag genomfört ett projekt med syftet att beskriva hälso- och sjukvårdsmodellen för landsting. Tidigare har Statskontoret publicerat rapporten Det kommunala utjämningssystemet – en beskrivning (2012:12) i vilket hela det nu gällande utjämningssystemet beskrivs.

Vi har vid flera tillfällen konstaterat att det är svårt att få fram information om hur beräkningar i olika delar av utjämningssystemet ska göras. Detta gäller särskilt de mer komplicerade delmodellerna i kostnadsutjämningen. Den efterlämnade dokumentation från när modellerna konstruerats eller förändrats är i många fall bristfällig.

Ambitionen är att systematiskt dokumentera de olika delarna i utjämningsystemet. Arbetet kommer att bedrivas som en långsiktig insats där vi successivt går igenom modell efter modell. I ett första skede har hälso- och sjukvårdsmodellen dokumenterats. Tanken har varit att projektet både ska utmynna i ett förslag till en generell beskrivningsmodell, som kan användas för i princip samtliga områden, och i en faktisk beskrivning av modellen.

För varje modell kommer följande aspekter granskas och dokumenteras:

- Modellens framväxt och förändringar
- Beskrivning av de variabler som ingår i modellen och hur variablerna i detalj beräknas
- Beskriva vilka datakällor som beräkningarna utgår ifrån och datakällornas kvalitet
- Risker och problem med hela eller delar av modellen eller med enskilda variabler
- Vilka alternativa modeller eller variabler som har förkastats vid framtagandet av modellen och skälen till detta.

Statskontoret kommer framöver, som nämnts ovan, att beskriva andra modeller i utjämningssystemet på ett liknande sätt.



STATSKONTORET

Viveka Karlestrand
Leif Lundberg

PM

2012-11-21

Dnr 2011/224-5

4

2 Historik

2.1 Ny modell för utjämning mellan kommuner och landsting

Stora förändringar genomfördes under 1993 avseende den kommunala ekonomin. Bland annat avskaffades ett antal specialdestinerade statsbidrag i syfte att minska den statliga detaljstyrningen och tydliggöra att statens styrning av verksamheten i kommuner och landsting främst skulle ske via lagstiftning. För kommunerna infördes ett nytt utjämningsbidrag med syftet att åstadkomma en långtgående inkomst- och kostnadsutjämning. För landstingen bibehölls i huvudsak samma bidragssystem som gällt tidigare, dvs. skatteutjämningsbidrag och särskilda ersättningar till sjukvårdshuvudmännen.

Under åren 1992-1994 genomfördes tre utredningar, Strukturkostnadsutredningen (SOU 1993:53), utredningen Kommunal inkomstutjämning – alternativa modeller (Ds 1993:68) och Landstingsekonomiska utredningen (SOU 1994:70). Alla tre utredningarna remissbehandlades. Mot bakgrund av att remissopinionen var mycket splittrad beslutade den dåvarande regeringen i december 1993 att tillsätta en parlamentarisk beredning med uppgift att väga samman de tre utredningsförslagen till ett samlat förslag till nytt bidrags- och utjämningsystem för kommuner och landsting. Regeringen föreslog därefter i prop. 1994/95:150 att ett nytt bidrags- och utjämningsystem för kommuner och landsting skulle träda i kraft den 1 januari 1996.

Huvudsyftet med ett nytt bidrags- och utjämningsystem var att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar mellan kommuner respektive landsting. Detta skulle ske genom en långtgående utjämning av skillnader i beskattningsbara inkomster och för strukturellt betingade kostnadsskillnader.

Regeringen menade att systemet borde vara både enkelt och rättvist. Det finns en inneboende konflikt mellan dessa båda mål eftersom rättvisa i betydelsen likvärdiga förutsättningar kräver att systemet beaktar så många faktorer att det förmår fånga den komplexa verkligheten. Systemet borde därför vara överskådligt i sina huvuddrag och samtidigt klart och tydligt om än detaljrikt i sina beståndsdelar. Det ska vara möjligt att förklara och analysera systemet i dess beståndsdelar.

2.2 En modell för hälso- och sjukvård införs

En utjämningsmodell för hälso- och sjukvård ingick i förslaget. Faktorerna som modellen byggde på var åldersstruktur, medellivslängd, ensamboende, glesbygd och tillägg för landsting med färre än 200 000 invånare.

Den föreslagna modellen utarbetades av Landstingsekonomiska utredningen (LEU) och presenterades i SOU 1994:70. LEU redovisade, som grund för modellen, ett omfattande underlag från studier av orsaker till kostnadsskillnader inom hälso- och sjukvården samt olika resursfördelningsmodeller som ett antal landsting tillämpade för sin interna resursfördelning. Redan vid remissbehandlingen av LEU framfördes kritik mot såväl underlaget för modellen, som i huvudsak hämtats från dåvarande Malmöhus läns landsting, som mot valet av förklaringsvariabler.

Därför inhämtades ett liknande dataunderlag från ytterligare ett antal landsting. Resultatet från analyserna av underlaget styrkte slutsatsen om att kostnaderna ökar med åldern, men att variationerna i åldersstrukturen endast marginellt kunde förklara kostnadsskillnaderna mellan landstingen. Den av beredningen föreslagna modellen för kostnadsutjämning inom hälso- och sjukvården var den som bedömdes bäst fånga orsakerna till kostnadsvariationerna. Regeringen ansåg emellertid att det fanns ett stort behov av att ytterligare studera modellens stabilitet över tiden samt effekterna av kostnadsförändringar.

De faktorer som bäst visade sig fungera som indikatorer på hälsoläget var andelen ensamboende över 16 år samt medellivslängden. Dessa faktorer föreslogs därför tillsammans med åldersstrukturen ligga till grund för en utjämning av hälso- och sjukvårdskostnader. Landsting med en ogynnsam bebyggelsestruktur, främst glesbygd, fick ett särskilt tillägg.

Den regressionsbaserade modell som utredningen valde för att beräkna landstingens standardkostnadsersättningar såg ut på följande sätt:

Standardkostnadsersättning $= 35\,718,94 + 0,54 * \text{åldersstruktur} - 470,32 * \text{medellivslängd} + 117,12 * \text{ej samboende} + \text{glesbygdstillägg/avdrag}$.

Åldersstruktur = uttrycks i form av en teoretiskt beräknad vårdkostnad per invånare i respektive landsting. Vårdkostnaden erhålls genom att multiplicera vårdkostnaden per invånare i olika åldersgrupper med befolkningen i respektive åldersgrupp och summera de erhållna värdena till en genomsnittskostnad per invånare.

Medellivslängd	= genomsnittligt antal återstående levnadsår från födelsen under perioden 1988-1992 för män och kvinnor. Medellivslängden (Mlivl) beräknas som $(105 * Mlivl \text{ för män} + 100 * Mlivl \text{ för kvinnor}) / 205$.
Ej samboende	= andelen av befolkningen över 16 år som ej är samboende.

Glesbygdstillägget, som kompenserade för små vårdenheter och långa avstånd, var utformat som ett nollsummespel där ersättningen till landsting med en ogynnsam struktur betalades med motsvarande avdrag från landsting med gynnsam struktur. Tillägget skulle enligt förslaget vara 100 kronor per invånare för varje tiotusental som landstingets befolkning understeg 200 000 invånare.

2.3 Den nu gällande modellen införs

En ny hälso- och sjukvårdsmodell infördes år 2000. Modellen ändrades från att vara regressionsbaserad till en matrismodell baserad på sjukvårdskostnader och sjukvårdskonsumtion hos landets invånare. Utformningen byggde på det förslag som Kommunala utjämningsutredningen lade fram i sitt betänkande *Kostnadsutjämning för kommuner och landsting* (SOU 1998:151). Ett av motiven för förändringen var att en matrismodell ansågs vara mer robust genom att underlaget till matrismodellen fortlöpande kan uppdateras utan att modellen i sig påverkas.

Sedan matrismodellen infördes har den varit föremål för ett antal uppdateringar och mindre förändringar. Efter förslag från Utjämningsdelegationen i betänkandet *Rättvis kommunal utjämning* (SOU 2000:127) ersattes kostnadsdata från Malmöhus läns landsting med data från Skåne läns landsting 2000.¹ Även *Utjämningskommittén* (SOU 2003:88) och *Utredningen 2005 års uppföljning av utjämningsystemet* har lämnat förslag som lett till uppdateringar av de kostnadsmatriser som används i delmodellen.

En uppdatering skedde 2008 av kostnadsmatriserna för vårdtunga gruppen och övrig befolkning med 2004 års kostnadsdata från Region Skåne. Statistiken avseende antalet HIV-patienter i landstingen aktualiserades med data från Svenska infektionsläkarföreningen (SOU 2006:84).²

Efter förslag av Utjämningskommittén i betänkandet *Gemensamt finansierad utjämning i kommunsektorn* (SOU 2003:88) överfördes komponenten små landsting – som tidigare ingått i hälso- och sjukvårdsmodellen – till det statligt finansierade strukturbidraget. Denna förändring infördes från 1 januari 2005. Sedan dess regleras komponenten i lagen (2004:773) om

¹ Malmöhus och Kristianstads län slogs samman 1997. Region Skåne bildades 1998.

² Se bilaga till SFS 2007:1271.



kommunalekonomisk utjämning där villkoren för denna del av strukturbidraget formuleras på följande sätt:

12 § Ett landsting har rätt till ett strukturbidrag enligt följande.

Ett landsting som år 2004 haft en beräknad standardkostnad för små landsting har rätt till ett bidrag med motsvarande belopp.

Vidare gjordes en uppdatering av glesbygdskomponenten i modellen. I sitt slutbetänkande, *Deluppföljning 2 av den kommunalekonomiska utjämningen – med förslag till förändringar i kostnadsutjämningen* (SOU 2007:61), föreslog även utredningen vissa förändringar och uppdateringar av glesbygdskomponenten i delmodellen. Dessa förslag har dock inte lett till något förslag från regeringen utan överlämnades för vidare ställningstagande till Utjämningskommittén.08.



3 Nuvarande hälso- och sjukvårdsmodell

Modellen beräknar kostnaderna dels för den del av befolkningen som behöver mest sjukvård, den s.k. vårdtunga gruppen, dels för den övriga befolkningen. Delmodellens tredje komponent är merkostnader på grund av gles bebyggelsestruktur. Kostnaderna per invånare för den vårdtunga gruppen, den övriga befolkningen och gles bebyggelsestruktur utgör tillsammans respektive landstings standardkostnad. Kostnaderna uppdateras däremot inte regelbundet utan för närvarande används kostnadsdata från 2004 i Skåne läns landsting.

Standardkostnaden i den nuvarande hälso- och sjukvårdsmodellen beräknas utifrån:

- Kostnader för åtta vårdtunga grupper och en separat beräkning för HIV
- Kostnader för ej vårdtunga grupper
- Tillägg/ avdrag för gles bebyggelsestruktur.

Summan av de tre faktorerna utgör landstingets totala standardkostnad för hälso- och sjukvård.

Sammanfattning av modellen

	Årlig uppdatering	Baseras på	Källa
<i>Vårdtunga grupp</i>			
• Normkostnad	Nej, har använts sedan 2008	SOU 2006:84, kostnader från 2004	Särskilt uppdrag, Region Skåne
• Diagnos	Ja	Inrapporterade uppgifter	SoS - patientreg, cancerreg
• Kön	Ja	Offentlig statistik	SCB, RTB ³
• Ålder	Ja	Offentlig statistik	SCB, RTB
<i>HIV</i>			
• Normkostnad	Nej, har använts sedan 2000	SOU 1998:151, beräknade kostnader	Stockholm läns landsting
• Antal personer	Nej, har använts sedan 2008	SOU 2006:84, schablon	
<i>Övrig befolkning</i>			
• Normkostnad	Nej, har använts sedan 2008	SOU 2006:84, kostnader från 2004	Särskilt uppdrag, Region Skåne
• Kön	Ja	Offentlig statistik	SCB, RTB
• Civilstånd	Ja	Offentlig statistik	SCB, RTB
• Sysselsättning	Ja	Offentlig statistik	SCB, RAMS ⁴
• Inkomst	Ja	Offentlig statistik	SCB, IoT ⁵
• Boendetyp	Ja	Offentlig statistik	SCB, fastighetsreg
Glesbygdstillägg	Nej, har använts sedan 2008	SOU 2006:84, modellantaganden	Glesbygdsverket/ Tillväxtanalys

Det kostnadsunderlag som används i dag (2012), för såväl den vårdtunga gruppen som den övriga befolkningen, baseras på faktiska kostnader på individnivå från Region Skåne år 2004. Kostnadsunderlaget uppdateras därmed inte årligen. Antalet personer i de olika grupperna uppdateras däremot årligen. Den vårdtunga gruppen bygger på medelvärden över tre år, medan uppgifterna om antalet personer i den övriga befolkningen (dvs. den icke vårdtunga gruppen) bygger på statistik för ett år.

³ Register över totalbefolkningen.

⁴ Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik.

⁵ Inkomst- och taxeringsregistret.

Beräkningen av kostnaden för den vårdtunga gruppen och övrig befolkning görs med hjälp av två olika kostnadsmatriser. Vårdkostnaderna för respektive landsting beräknas genom att kostnadsmatrisens värden multipliceras med antalet personer i motsvarande grupp (antalsmatriserna).

Matriserna med beräknad vårdkostnad per grupp är mycket omfattande. För den vårdtunga gruppen omfattar matrisen 96 celler (delgrupper). HIV-kostnaderna räknas separat utifrån ett enhetligt belopp per patient och fasta antaganden om hur många HIV-fall som finns per 10 000 invånare i de olika landstingen. Matrisen för den övriga befolkningen består teoretiskt sett av 1 404 celler.

Kostnaden för vårdtunga, HIV och ej vårdtunga summeras. Denna kostnad multipliceras därefter med en korrigeringsfaktor så att den beräknade kostnaden överensstämmer med den av landstingen senast redovisade kostnaden för hälso- och sjukvården. Den korrigerade kostnaden divideras med det totala antalet invånare i respektive landsting. Sedan adderas tilläggen och ett avdrag för gles bebyggelsestruktur med den beräknade kostnaden, vilket ger landstingens standardkostnader.

Standardkostnaden inklusive glesbygdstillägg multipliceras för varje landsting med nettoprisindex (NPI) året före utjämningsåret samt utjämningsåret för att beloppet ska svara mot utjämningsårets kostnadsnivå.

3.1 Den vårdtunga gruppen

När modellen togs fram var viktiga kriterier för val av vilka vårdtunga grupper som skulle ingå i:

- att det skulle vara någorlunda stora grupper
- att det skulle vara möjligt att återfinna en betydande andel av grupperna i nationella register (cancerregistret, EpC:s⁶ slutenvårdsregister)
- att praxis för diagnossättning och grad av registrering i slutenvård inte skulle skilja sig påtagligt mellan landstingen.

Grupperna presenterades i SOU 2003:88 bilaga 9. I den vårdtunga gruppen ingår personer med följande diagnoser:

- elakartad tumörsjukdom (cancer)
- cerebrovaskulär sjukdom (stroke)
- inflammatorisk ledsjukdom
- artros
- ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt
- höftfraktur

⁶ Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen.

- schizofreni
- övriga psykoser.

Även HIV ingår bland de vårdtunga diagnoserna men kostnaderna för denna diagnos hanteras separat, som tidigare nämnts.

Åldersindelning av de vårdtunga

- 0–19
- 20–49
- 50–74
- 75–79
- 80–89
- 90–

I delmodellen ingår personer som slutenvårdats med någon av de ovan nämnda diagnoserna. Uppgifterna hämtas från Socialstyrelsens patientregister (PAR). Det är dock de enskilda landstingen som svarar för registreringen.

Uppgifter om cancerpatienter hämtas både från patientregistret och cancerregistret. Uppgifterna matchas mot varandra i syfte att fånga upp så många personer som möjligt med diagnosen cancer. Personer som fått diagnosen cancer under det aktuella året och som registrerats i cancerregistret, men inte i patientregistret, tas med i beräkningen. I cancerregistret görs ingen uppdelning på huvud- respektive bidiagnos. I registret förs samtliga cancerpatienter in oavsett om de vårdats inom slutenvården eller ej.

En person kan tillhöra flera vårdtunga diagnosgrupper. För att undvika dubbelräkning hänförs varje person till en huvudsaklig diagnosgrupp. Som huvudsaklig diagnosgrupp anges den grupp som personen i fråga tillhör som kommer först i listan över vårdtunga diagnoser som ingår i modellen med undantag för HIV. Det betyder att en patient med diagnoserna cancer och höftfraktur endast registreras med diagnosen cancer. Vid inplaceringen spelar det heller ingen roll om diagnosen är klassificerad som huvud- eller bidiagnos.

Omkring fem procent av befolkningen tillhör den vårdtunga gruppen samtidigt som gruppen svarar för cirka 40 procent av vårdkostnaderna.

3.2 HIV

Att använda de vårdtunga diagnoserna, inklusive HIV, föreslogs av utredningen *Kostnadsutjämning för kommuner och landsting* (SOU 1998:151). Till grund för de beräkningar som gjordes låg en kartläggning av förhållandena inom såväl öppen- som slutenvården i Stockholms läns landsting. Antalet kända levande HIV-fall uppgick till drygt 1 800 med en genomsnittlig vårdkostnad om 47 200 kronor per år. Cirka 60 procent av HIV-

fallen i landet vårdades då i Stockholms län. Utredningen ansåg att den beräknade genomsnittskostnaden väl torde kunna användas för att beräkna vårdkostnaden i övriga landet.

Antalet kända HIV-fall enligt enkäterna till smittskyddsläkarna bedömdes som alltför osäkert för att läggas direkt till grund för fördelningen. Antalet fall per 10 000 i åldern 20–64 år utvisade enligt enkäten tre tydliga nivåer. Stockholms läns landsting med cirka 16 fall per 10 000 invånare i åldern 20–64, Göteborg och Bohuslän samt Malmöhus med Malmö stad med 6 fall per 10 000 invånare 20-64, samt övriga landsting med cirka 2 fall per 10 000 invånare 20-64.

Antalet HIV-patienter kan alltså inte beräknas utifrån Socialstyrelsens register. Eftersom gruppen genomsnittligt har höga vårdkostnader och en mycket ojämn fördelning i landet, har en särskild modell utvecklats för att inkludera patientgruppen bland de vårdtunga grupperna. Modellen bygger på en schablonmässig uppskattning av antalet HIV-fall i de olika landstingen.

Uppskattningen är att det finns:

- 11 fall per 10 000 invånare i Stockholms läns landsting
- 4 fall per 10 000 invånare i Region Skåne
- 3 fall per 10 000 invånare i landstingen i Västra Götaland, Västernorrland och Västerbotten
- 2 fall per 10 000 invånare i övriga landsting.

3.3 Den övriga befolkningen

Den del av befolkningen som inte tillhör den vårdtunga gruppen delas in i en matris med $1\,404 \text{ celler} = 2 \text{ (kön)} * 13 \text{ (åldersgrupper)} * 3 \text{ (civilstånd)} * 3 \text{ (sysselsättningsstatus)} * 3 \text{ (inkomst)} * 2 \text{ (boendetyper)}$ enligt följande.

Kön

- Man
- Kvinna

Ålder

Variabeln ålder avser födelseår som omräknats till ålder det aktuella året. För gruppen 0-åringar innebär detta att man inte fångar in "första levnadsåret" på ett helt relevant sätt. Personer som avlidit under året förs till gruppen med motsvarande födelseår.

- 0
- 1–4
- 5–9



- 10–14
- 15–19
- 20–24
- 25–29
- 30–39
- 40–49
- 50–59
- 60–69
- 70–74
- 75–

Civilstånd

Samtliga personer under 18 år förs till gruppen barn, även om de har annan beteckning i primärdata. Gruppen ogifta omfattar således endast personer 18 år och äldre. Gift men ej samboende kvinna förs till gruppen tidigare gifta som därutöver omfattar skilda, änkor och änklings.

- Barn (alla under 18 år) + gifta (18 år eller äldre)
- Tidigare gifta
- Ogifta.

Sysselsättningsstatus

- Sysselsatta med kontrolluppgift samt barn under 16 år
- Ej sysselsatta med kontrolluppgift
- Ej sysselsatta utan kontrolluppgift.

Sysselsatta avser personer med sådan inkomst av arbete enligt kontrolluppgift att de klassas som förvärvsarbetande

Ej sysselsatta med kontrolluppgift avser personer som har, men inte tillräckligt hög, inkomst av arbete enligt kontrolluppgift för att klassas som förvärvsarbetande

Ej sysselsatta utan kontrolluppgift avser personer som saknar inkomst av arbete enligt kontrolluppgift. Gruppen är mycket heterogen, bland yngre utgörs den i stor utsträckning av studerande, bland äldre av ålderspensionärer. Bland de normalt yrkesverksamma åldersgrupperna återfinns här de som saknar arbete och ej får ersättning från arbetslöshetskassa, förtids- och sjukpensionerade etc.

Inkomst

Det inkomstmått som använts är sammanräknad förvärvsinkomst. Vid klassindelningen eftersträvades en indelning som möjliggör att man löpande kan aktualisera inkomstdata utan att behöva rensa för inflation och inkomstutveckling. Utgångspunkten har varit medianinkomsten i riket för män och

kvinnor 20 år och äldre med inkomst (exklusive nollinkomsttagare). Denna låg på 139 400 kr år 1995 och 229 392 år 2010. Uppgiften uppdateras årligen av Statistiska Centralbyrån (SCB).

- Nollinkomsttagare och barn (under 16 år)
- Ej nollinkomsttagare upp till medianinkomst
- Över medianinkomst.

När kostnadsmatrisen uppdateras, som är baserad på uppgifter från Skåne, används medianinkomsten för Skåne för att placera in individer och kostnader i matrisen.

Boendetyper

- Småhus och jordbruksfastighet (typkod<300,)
- Övriga (typkod>= 300, i allmänhet flerbostadshus).

3.4 Gles bebyggelsestruktur

Den tredje komponenten i modellen är merkostnader på grund av gles bebyggelsestruktur som ska fånga in merkostnader för små sjukhus, primärvård, sjukresor, ambulanstransporter och övernattningsplatser vid vårdcentraler. I ett första steg sker utplaceringar av fiktiva sjukhus, vårdcentraler, ambulanscentraler och övernattningsplatser. I ett andra steg knyts invånare till respektive institution utifrån myndigheten Tillväxtanalys (tidigare Glesbyggsverket) databas. De geografiska beräkningarna körs mot antagna kostnader för respektive verksamhet. Landstingens merkostnader jämförs sedan med rikets genomsnittliga merkostnad så att samtliga landsting får ett invånar-baserat avdrag som beräknas på ett sådant sätt att summan av avdragen motsvarar summan av tilläggen.

Beräkningarna baseras på fiktiva lokaliseringar utifrån befolkningen vid årsskiftena 2000/2001 och 2001/2002. (Se SOU 2003:88 bilaga 7).

- Ett landsting får tillägg för sjukhusvård om befolkningsunderlaget för ett sjukhus är mellan 25 000 och 75 000 personer. En undre gräns på 20 000 personer gäller för de fyra nordligaste landstingen.
- Ett landsting får tillägg för primärvård om underlaget för en vårdcentral är mellan 1 500 och 5 600 personer.
- Ett landsting får tillägg för ambulansverksamhet om underlaget för en ambulansstation är mellan 1 500 och 10 000 personer.
- För sjukresor beräknas en kostnad med hänsyn till det genomsnittliga geografiska avståndet mellan de boende i ett landsting om befolkningen vore helt jämnt fördelad över ytan (invånardistansen) i respektive landsting.



- Ett landsting får tillägg för övernattningsplatser vid vårdcentraler under förutsättning att avståndet mellan vårdcentralen och närmaste sjukhus överstiger åtta mil.

Glesbygdstillägget räknas upp till utjämningsårets kostnadsnivå med hjälp av NPI för året före utjämningsåret samt utjämningsåret för att beloppet ska svara mot utjämningsårets kostnadsnivå.

4 Beräkning av utfallet

Det är SCB som beräknar det årliga utfallet för kommunerna och landstingen för de olika delarna i utjämningsystemet.

4.1 Den vårdtunga gruppen

I beräkningen för den vårdtunga gruppen ingår personer som någon gång under en tvåårsperiod vårdats i slutenvård för någon av de ovan nämnda diagnoserna, oavsett om det gällt en huvud- eller bidiagnos. En person som vårdats i slutenvård under båda de aktuella åren dubbelräknas inte. En person som avlidit eller utvandrat under år två ingår i beräkningen. Sammantaget innebär detta att vid beräkningen av antalet vårdtunga personer för exempelvis år 2007 ingår även personer som vårdats i slutenvård år 2006 men inte år 2007. Motsvarande uppgifter för de tre senaste åren summeras för att sedan delas med tre. Detta relativt komplicerade förfarande har sin grund i att man vill utjämna för skillnader mellan åren.

Beräkningen för utjämningsåret 2010 gjordes på följande sätt.

År 2007	År 2006	År 2005
Summa unika patienter 2007+2006	Summa unika patienter 2006+2005	Summa unika patienter 2005+2004
$[(\sum \text{patienter } 2007+2006) + (\sum \text{patienter } 2006+2005) + (\sum \text{patienter } 2005+2004)] / 3$ = Antal personer i vårdtunga grupp utjämningsåret 2010		

SCB baserar således sin beräkning av kostnadsutfallet i hälso- och sjukvårdsmodellen för utjämningsåret 2010 på uppgifter om personer i vårdtunga grupp åren 2004–2007.

För varje cell (96 stycken) i matrisen över vårdtunga grupp finns en fastställd prislapp som varierar mellan 22 456 och 552 696 kronor. Den diagnosgrupp som har den högsta genomsnittliga kostnaden är schizofreni följt av cancer.

Prislapparna uppdateras inte regelbundet utan för närvarande används kostnadsdata från 2004 i Skåne läns landsting.

4.2 HIV

Den uppskattade kostnaden per patient om 47 200 kr multipliceras med det uppskattade antalet HIV-fall i respektive landsting.

4.3 Den övriga befolkningen

Kostnaderna för den övriga befolkningen beräknas genom att varje invånare hänförs till en grupp utifrån kön, ålder, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst och boendetyp. Antalet per grupp i respektive landsting multipliceras därefter med en prislapp baserad på kostnader i Skåne år 2004.

Summan av den beräknade kostnaden för vårdtunga grupper och för den övriga befolkningen divideras med antal invånare i landstinget den 31 december två år före utjämningsåret.

4.4 Justeringsfaktor

Summan av kostnaden för vårdtunga, HIV och övrig befolkning multipliceras med en justeringsfaktor så att den överensstämmer med den genomsnittliga nettokostnaden enligt räkenskapssammandraget för verksamhetsåret två år före utjämningsåret.

4.5 Gles bebyggelsestruktur

Ett landstings kostnader för hälso- och sjukvård i glesbygd beräknas utifrån en teoretiskt bestämd placering av sjukhus, ambulanscentraler och vårdcentraler. Utifrån denna placering av enheterna beräknas även kostnader för övernattningsplatser vid vårdcentraler och behovet av sjukresor. Samtliga landsting får därefter ett invånarbaserat avdrag, som beräknas så att summan av avdragen motsvarar summan av de beräknade kostnaderna per invånare i landet för hälso- och sjukvård i glesbygd.

4.6 Medel som omfördelas genom modellen

Hälso- och sjukvårdsmodellen omfördelade sammanlagt cirka 1,9 miljarder kronor år 2011. Det vägda genomsnittet av landstingens standardkostnader för hälso- och sjukvård uppgick samma år till 18 757 kronor per invånare. Lägst standardkostnad har Kronobergs läns landsting med 17 930 kronor per invånare. Högst standardkostnad har Norrbottens läns landsting med 20 218 kronor per invånare.

4.7 Källor som används för beräkningarna

Socialstyrelsens patientregister (PAR)

För samtliga vårdtunga diagnoser, utom HIV, hämtas uppgifter från Socialstyrelsens patientregister. Det är de enskilda landstingen som registrerar uppgifterna i patientregistret.

SCB:s befolkningsregister (RTB)

I hälso- och sjukvårdsmodellen används befolkningsuppgifter per den 31 december tre, fyra och fem år före utjämningsåret.



I hälso- och sjukvårdsmodellens komponent för glesbygdstillägg/-avdrag baseras de ingående delarna på förhållanden åren 2001 och 2002. I delmodellen används inkomst- och sysselsättningsuppgifter för tre år före utjämningsåret. Uppgift om boende avser förhållandet den 1 januari två år före utjämningsåret.

Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS)

RAMS innehåller information om sysselsättning, pendling och personal- och näringsstruktur. Variabeln sysselsättning i hälso- och sjukvårdsmodellen beräknas med hjälp av uppgifter från RAMS.

Inkomst- och taxeringsregistret (IoT)

Uppgifter från inkomst- och taxeringsregistret (IoT) används i hälso- och sjukvårdsmodellen. IoT bygger på administrativa register. Registret produceras en gång per år och omfattar alla skattskyldiga och folkbokförda personer samt dödsbon.

Fastighetsregistret

Uppgifter från fastighetsregistret används i hälso- och sjukvårdsmodellen i kostnadsutjämnningen för landsting. Uppgiften som används är vilken typ av fastighet som en person är folkbokförd på (exempelvis småhus eller hyreshus).

Tillväxtanalys

Tillväxtanalys databas används i komponenten för gles bebyggelsestruktur för att beräkna merkostnader små sjukhus, primärvård, sjukresor, ambulanstransporter och övernattnings vid vårdcentraler.



STATSKONTORET

Viveka Karlestrand
Leif Lundberg

PM

2012-11-21

Dnr 2011/224-5

20

5 Förslag till förändringar av modellen

I avsnittet beskrivs vilka förslag till förändringar som har lagts fram som gäller den nuvarande modellen. Såväl förändringsförslag som genomförts som sådana som inte har genomförts beskrivs.

Förenklad kommunal utjämning (SOU 2000:120)

Bestod av en expertgrupp som hade i uppdrag är att förutsättningslöst pröva olika möjligheter att göra utjämningsystemet för kommuner och landsting enklare och mer stabilt. Gruppen utvecklade inte de enskilda modellerna i kostnadsutjämnningen. När det gällde hälso- och sjukvårdsmodellen hade Utjämningsdelegationen, som arbetade parallellt med expertgruppen, i uppdrag att särskilt se över denna modell. Expertgruppen lämnade därför inga förslag till förändringar av modellen.

Rättvis kommunal utjämning (SOU 2000:127)

Efter utredningens förslag ersattes befolknings- och kostnadsdata från Malmöhus läns landsting med data från Region Skåne (efter länssammanslagningen). Genom att använda data för hela Skåne fick man med kostnader både för storstad och för landsbygd.

I betänkandet föreslogs också att strukturvariablerna för hälso- och sjukvård i gles bebyggelsestruktur skulle aktualiseras årligen med ny befolkning och att utplacering av vårdcentraler och ambulansstationer skulle ske vart tredje år. Dessa förslag genomfördes dock inte.

Gemensamt finansierad utjämning i kommunsektorn (SOU 2003:88)

Utgjämningskommittén föreslog att matrismodellerna skulle aktualiseras med senast tillgängliga kostnadsunderlag. Matriserna uppdaterades med kostnadsdata från år 2000. Utredningen menade att kostnadsunderlagen hädanefter borde uppdateras vartannat år, något som inte har skett.

Ett par definitioner av de vårdtunga sjukdomarna ändrades och ny statistik tog fram för modellen för merkostnad vid gles befolkningsstruktur. Dessutom ändrades ett fel i en beräkningsformel, som lett till att landsting med sjukhus som har ett litet befolkningsunderlag överkompenserats.

Utredningen föreslog att åldersindelningen i matrismodellen för vårdtunga grupper modifieras så att den överensstämmer med den i matrisen för den övriga befolkningen. Detta har dock inte skett.

Efter förslag från utredningen överfördes komponenten små landsting – som tidigare ingått i hälso- och sjukvårdsmodellen – till det statligt finansierade strukturbidraget. Denna förändring infördes från 1 januari 2005.

Deluppföljning av den kommunalekonomiska utjämnningen (SOU 2006:84)

Än en gång föreslogs en uppdatering av kostnadsmatriserna i delmodellen hälso- och sjukvård, baserad på vårdkonsumtionen i Region Skåne år 2004. Detta genomförde den 1 januari 2008 och det är dessa kostnadsuppgifter som ligger till grund för den nu gällande modellen.

Utredningen konstaterade att kostnaderna i HoS-modellen för HIV relativt väl motsvarade den kostnad som landstinget har för vård av dessa patienter. Däremot var antalet personer med HIV underskattade i modellen. Volymantagandet i delmodellen var cirka 3 100. Detta kan jämföras med uppgifter från Svenska infektionsläkarföreningens uppgift om att det i september 2005 fanns cirka 3 760 patienter som levde med HIV.

Därför föreslogs att antalsuppgifterna avseende HIV-patienter i landstingen skulle uppdateras utifrån det underlag som lämnats av Svenska infektionsläkarföreningen. Då enkätsvaren även innehåller patienter som är yngre än 20 respektive äldre än 65 år föreslogs att hela befolkningsunderlaget skulle ligga till grund för beräkningen av antalet HIV-patienter, i stället för att som tidigare använda befolkningen i åldrarna 20–64 år. Dock genomfördes inte förslaget.

Utredaren föreslog också uppdateringar av glesbygdskomponenten i utjämnningen av hälso- och sjukvårdskostnader. Förslagen innebar ändringar av kostnadsdata och demografisk data för samtliga fem delar av glesbygdskomponenten. Lönekostnaderna vid små sjukhus skulle uppdateras och en ny anknytning av befolkningen till de tidigare fiktivt utplacerade sjukhusen förordades. Lönekostnaderna vid vårdcentraler uppdaterades och inkludrade även de s.k. stafettläkarnas löner, medan lokalkostnaderna togs bort och antalet besök per distriktsläkare minskades i utredarens förslag. Vidare föreslogs en ny fiktiv utplacering av vårdcentraler och anknytning av befolkningen till dessa. En sänkning av kostnaden per övernattningsplats vid vårdcentraler rekommenderades, liksom en ny fiktiv utplacering av övernattningsplatser. Även de fiktiva ambulansstationerna föreslogs genomgå en ny utplacering och kostnaden för enbilsstationer höjas. Slutligen rekommenderades nya beräkningar av antalet personkilometer och kilometerkostnaden vid sjukresor. Inget av dessa förslag genomfördes dock.

Deluppföljning 2 av den kommunalekonomiska utjämnningen (SOU 2007:61)

I deluppföljning 2 föreslogs än en gång att en uppdatering av underlaget för beräkning av antalet HIV-patienter skulle göras. Så blev också fallet och förslaget ligger till grund för dagens uppskattning av antalet HIV-fall.

Utredningen föreslog också att merkostnader för gles bebyggelsestruktur i delmodellen hälso- och sjukvård skulle beräknas med utgångspunkt från följande.

Sjukhus: Lönekostnaderna vid sjukhus uppdateras. Ny anknytning av befolkningen till de fiktivt utplacerade sjukhusen.

Vårdcentraler: Beräkningen av lönekostnaderna uppdateras och lönekostnader för stafettläkare inkluderas. Lokalkostnaderna exkluderas ur beräkningen av merkostnaderna. Ny fiktiv utplacering av vårdcentraler med ny anknytning av befolkningen till de fiktivt utplacerade vårdcentralerna.

Övernattningsplatser: Kostnaden per övernattningsplats sänks. Ny fiktiv utplacering av övernattningsplatser.

Ambulansstationer: Kostnaden för driften av en 1-bils ambulansstation höjs. Ny utplacering av fiktiva ambulansstationer.

Sjukresor: Ny beräkning av personkilometer. Kilometerkostnaden för sjukresor uppdateras.

Det gjordes emellertid ingen uppdatering av modellen med anledning av förslagen. Förslag överlämnades från regeringen för vidare ställningstagande till Utjämningskommittén.⁰⁸

Likvärdiga förutsättningar – Översyn av den kommunala utjämnningen (SOU 2011:39)

Ett par landsting och Sveriges kommuner och Landsting (SKL) har i skrivelser framfört att hälso- och sjukvårdsmodellen skyndsamt borde ses över. Bakgrunden var att man menade att förändringar skett i olika landstings sätt att redovisa huvud- och bidiagnoser. Skrivelserna överlämnades av regeringen till Utjämningskommittén.⁰⁸ för vidare överväganden och åtgärder.

Utöver denna kritik, som gäller skillnader i registreringen i beräkningsmodellen för den vårdtunga gruppen, har det även framkommit kritiska synpunkter avseende beräkningsmodellen för den ej vårdtunga gruppen (dvs. övrig befolkning). Denna kritik – som bl.a. framförts av företrädare för SKL – har sin grund i att den nuvarande matrisen för den ej vårdtunga gruppen bygger på uppgifter om förhållandena för enskilda personer (variablerna sysselsättningsstatus, inkomst och boendetyper). Detta medför att materialet är sekretesskyddat och således inte kan granskas eller användas av andra än en begränsad grupp myndigheter med särskilt tillstånd för detta.

Statskontoret visade, inom ramen för kommitténs arbete, att den vårdtunga gruppen utgjort cirka sex procent av befolkningen under hela den undersökta perioden (1999–2008). En betydande skillnad hade dock skett när det gäller fördelningen mellan huvud- och bidiagnoser.



Utjämningskommittén.08 föreslog att den nuvarande hälso- och sjukvårdsmodellen ersätts med en ny modell som innebär att den del av befolkningen som nu räknas till den vårdtunga gruppen och deras kostnader läggs in i den matrismodell som används för övrig befolkning. Kostnadsmatrisen uppdateras med uppgifter avseende 2008. Delkomponenten som avser att fånga merkostnader som följer av en gles bebyggelsestruktur uppdateras.

Med tanke på den förändring som kommittén föreslår, menade man att det, på viss sikt, kan finnas behov av analysera hur väl den befintliga matrisen klarar av att fånga de skillnader i sjukvårdsbehov som beror på socioekonomiska faktorer. En sådan analys bedömer kommittén bör kunna ske inom ramen för den löpande uppföljningen av utjämnningssystemet. I den löpande uppföljningen bör också ingå att särskilt granska effekterna för hälso- och sjukvårdsmodellen av gränspendlingen till Danmark, Norge och Finland.

Kommittén bedömde att den nuvarande komponenten avseende gles bebyggelsestruktur behövde uppdateras och utvecklas.

Kommittén menade att merkostnader uppstår för att driva små sjukhus, dvs. sjukhus som har mindre än 100 000 invånare i upptagningsområdet (radie 100 km). Vidare finns ett förslag att en komponent för sjukresor till sjukhus tillförs modellen. Sjukresor beräknas efter ett vägt medelvärde av besöksfrekvenser grundat på en enkätundersökning som genomfördes av utredningen 2005 års uppföljning av utjämnningssystemet.

För primärvård (vårdcentraler) beräknas merkostnader uppkomma där befolkningsunderlaget inom upptagningsområdet (30 km) är otillräckligt för en vårdcentral med tre läkare, dvs. under 5 600 personer. Även i denna modell ingår merkostnader för sjukresor. Merkostnader bedöms också uppstå för ambulansstationer som har ett befolkningsunderlag (inom 50 km) som understiger 10 000 invånare.

Utredningens förslag har ännu inte riksdagsbehandlats.

6 Svagheter i den nuvarande modellen

Både tidigare utredningar som har utrett utjämningssystemet och Statskontoret har iakttagit svagheter och brister i modellen. De viktigaste redovisas i korthet nedan:

Underlaget vid beräkning av kostnadsmatriserna

Kostnadsmatriserna är baserade på uppgifter enbart från Skåne. Flera utredningar har pekat på behovet av att bredda underlaget, eftersom det är oklart hur representativt Skåne är för hela riket. Skåne har t.ex. en omfattande gränspendling som påverkar hur kostnaderna fördelas på variablerna sysselsättning och inkomst.

Det är inte heller en självklarhet att landstinget i Skåne i framtiden kommer att ställa kostnadsuppgifterna till förfogande för uppdateringar.

Den vårdtunga gruppen

När den nuvarande matrismodellen infördes sades uttryckligen att konstruktionen med en särskild vårdtung grupp förutsatte att praxis för diagnosättning och grad av registrering i slutenvård för gruppen inte skulle skilja sig påtagligt mellan landstingen. Förändringar har emellertid skett i olika landstings sätt att redovisa huvud- och bidiagnoser.

Registreringen av framför allt bidiagnoser har visat sig vara en påverkbar variabel som har ökat kraftigt i vissa landsting. Det som har skett är att andelen personer som ingår i gruppen i kraft av en huvuddiagnos kontinuerligt minskat, samtidigt som gruppen med bara bidiagnos ökat. Detta är en utveckling som gäller flertalet men inte alla landsting. Eftersom konstruktionen av den vårdtunga gruppen av detta skäl inte bedöms spegla sjukvårdsbehovet inom de enskilda landstingen på ett rättvisande sätt har Utjämningskommittén⁰⁸ föreslagit att den nuvarande hälso- och sjukvårdsmodellen förändras på så sätt att beräkningsmodellen för den vårdtunga gruppen tas bort.

Modellens träffsäkerhet

Det är oklart hur väl den befintliga matrisen klarar av att fånga de skillnader i sjukvårdsbehov som beror på socioekonomiska faktorer. Matrisen för den övriga befolkningen består teoretiskt sett av cirka 1 400 celler varav tio celler fångar in närmare 25 procent av kostnaderna.

Uppdatering

Kostnadsmatriserna har inte uppdaterats regelbundet utan detta har skett i samband med pågående utredningsarbete och det saknas fastställda rutiner



för arbetet. Nu baseras beräkningarna på uppgifter från 2004. Utjämningskommittén.08 har föreslagit att kostnadsuppgifter från 2008 ska användas.

Transparens

Kritik har framförts att såväl matrisen för vårdtunga personer som den för den ej vårdtunga gruppen bygger på uppgifter om förhållandena för enskilda personer. Detta medför att materialet är sekretesskyddat och således inte kan granskas eller användas av andra än en begränsad grupp myndigheter med särskilt tillstånd för detta.

Gles bebyggelsestruktur

Komponenten gles bebyggelsestruktur ingår i flera av modellerna i kostnadsutjämnningen.

I remissvaret på utjämningskommitténs betänkande skrev Statskontoret: ”Bebyggelsestruktur och gleshet är opåverkbara faktorer som i stor grad påverkar kommunernas kostnader. Statskontoret är därför positivt till att det i flera av kostnadsutjämningsmodellerna ingår komponenter som kompenserar för dessa faktorer. Dock kan Statskontoret inte bedöma träffsäkerheten i nuvarande och föreslagen metod för att beräkna dessa kostnader, eftersom den valda metoden är ytterst komplex. De komponenter som används bygger dessutom på ett antal antaganden som inte motiveras i betänkandet eller i den underliggande rapporten. Om regeringen har en ambition att förenkla kostnadsutjämnningen bör det provas om det inte finns andra metoder som på ett enklare, men ändå rimligt sätt kompenserar för de aktuella strukturella faktorerna.”

Källor

Utredningar

- Skatteutjämningskommitténs betänkande (SOU 1985:61), s. 85–91.
- Inomkommunal utjämning – betänkande av landstingsekonomiska utredningen (SOU 1994:70), s. 87–95.
- Utjämning av kostnader och intäkter i kommuner och landsting (den s.k. Statsbidragsberedningen) (SOU 1994:144), s. 76–79.
- Kostnadsutjämning för kommuner och landsting – en översyn av statsbidrags- och utjämningsystemet (SOU 1998:151), s. 125–138 och bilaga 5.
- Förenklad kommunal utjämning (SOU 2000:120), s. 110–111.
- Rättvis kommunal utjämning (SOU 2000:127), s. 37–61 och bilaga 3 (kostnadsmatrix uppdaterad med uppgifter från 1998).
- Gemensamt finansierad utjämning i kommunsektorn (SOU 2003:88), s. 198–205 samt bilaga 7 och 9 (kostnadsmatrix uppdaterad med uppgifter från 2000).
- Deluppföljning av den kommunalekonomiska utjämningsen) SOU 2006:84), s. 99–112 och bilaga 8 (kostnadsmatrix uppdaterad med uppgifter från 2004).
- Deluppföljning 2 av den kommunalekonomiska utjämningsen) (SOU 2007:61), s. 101–114, bilaga 12.
- Likvärdiga förutsättningar – Översyn av den kommunala utjämningsen) (SOU 2011:39), s. 170–180, bilaga 7 avsnitt 6 och bilaga 11 (kostnadsmatrix uppdaterad med uppgifter från 2008).

Propositioner

- Förslag till slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1995/96, m.m. (prop. 1994/95:150)
- Förändringar i utjämningsystemet för kommuner och landsting (prop. 1998/99:89).
- Vissa kommunalekonomiska frågor (prop. 1999/2000:115).
- Ändringar i det kommunala utjämningsystemet (prop. 2003/04:155).



Övriga

- Merkostnader på grund av gles bebyggelsestruktur i kommuner och landsting. Tillväxtanalys PM 2011:08.

Regleringar

- Lag (2004:773) om kommunalekonomisk utjämning.
- Förordning (2004:881) om kommunalekonomisk utjämning.