

Ensolution.

Beräkning av hälso- och sjukvårdskostnader i Region Örebro jämfört med skatteväxling

Namn: Andreas Johansson, Ensolution AB
E-post: andreas.johansson@ensolution.se
Version: 1.0
Datum: 2023-02-22

Inledning

Den här rapporten bygger på det uppdrag från Region Örebro som Ensolution erhöll i september 2022

Ensolution hjälper Sveriges kommuner att få resurserna att räcka till. Detta gör vi genom att synliggöra brister, identifiera möjligheter och föreslå lösningar med utgångspunkt i individens behov. Våra skräddarsydda mjukvaror och tjänster hjälper kommunala verksamheter att bedöma behov ändamålsenligt, resursfördela och skapa systematik för att göra arbetet mer verkningsfullt. Vi planerar för framtida behov, utvärderar och jämför utfall med ett stort antal andra kommuner i Sveriges alla län.

Vårt underlag hjälper kommunerna att fatta välgrundade beslut och göra bättre prioriteringar för hur resurserna ska fördelas och användas mer effektivt. Till skillnad från generella produkter och traditionella managementkonsulter med ett allmänt erbjudande, har vi en lång historik av hårt avgränsad specialisering, där vi enbart jobbat med offentlig sektor och alltid utnyttjat specialgjorda mjukvaror och individbaserade data. Vi har genom åren skapat ett stort och helt unikt jämförelsematerial för socialtjänst och för den kommunala hälso- och sjukvården. Vi tänker långsiktigt och i princip alla våra kunder återkommer varje år.

Den här rapporten bygger på de omfattande underlag av uppgifter som Ensolution har samlat in och kvalitetssäkrat för analysen. Till stor hjälp har varit Örebro kommun, Nora kommun m.fl. och andra kommuner som deltar eller har deltagit i jämförelserna med Kostnad per brukare och/eller insamling av insatser och kostnader för kommunal hälso- och sjukvård.

Innehåll

1.	<i>Bakgrund och övergripande syfte</i>	3
1.1	<i>Bakgrund</i>	3
1.2	<i>Övergripande syfte med rapporten</i>	3
2.	<i>Utveckling av hälso- och sjukvården över tid</i>	4
2.1	<i>Metodbeskrivning - Kostnad per brukare</i>	4
2.1.1	<i>Inledning</i>	4
2.1.2	<i>Metod</i>	5
2.1.3	<i>Insatser inom hälso- och sjukvård</i>	6
2.1.4	<i>Insatser inom hälso- och sjukvård aktuellt för beräkningen</i>	7
2.2	<i>Beräkning av kostnader för Region Örebro</i>	7
3.	<i>Beräkning av utvecklingen</i>	8
3.1	<i>Beräkning, utveckling av HSL kostnader</i>	8
3.2	<i>Skatteväxling</i>	8
3.3	<i>Skillnad mellan växlad skattesumma och utveckling</i>	9
4.	<i>Sammanfattande analys</i>	10

1. Bakgrund och övergripande syfte

1.1 Bakgrund

Efter Ädelreformen tog kommunerna i Örebro län över en del av regions uppdrag för hemsjukvård. I samband med detta gjordes en skatteväxling. Efter detta har det skett en utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården i Örebro och i övriga delar av länet.

Samtidigt pågår en reform för god och nära vård. Reformen syftar till att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, samt att vården ska bli mer jämlik och resurseffektiv. Som en del i omställningen till en nära vård betonar regeringen den viktiga roll som kommunernas hälso- och sjukvård har. Betyder detta att vi kan förvänta oss ännu större utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården? Och hur ska den utvecklingen i så fall finansieras?

1.2 Övergripande syfte med rapporten

Syftet med den här rapporten är att beskriva

1. Hur har kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården i Örebro län utvecklats sedan skatteväxlingen i samband med Ädelreformen?
2. Vad motsvarar den intäkt som skatteväxlades i dagens skattekraft?
3. Vad blir skillnaden mellan dagens kostnadsnivå givet att förutsättningarna är samma som vid växlingen?

Analys av hälso- och sjukvården i kommunal regi är en komplex uppgift då det finns stora skillnader mellan olika kommuner avseende historik, ambitionsnivåer, arbetssätt, geografi, kostnadsnivå, produktivitet, konsumtion och kvalitet. Denna rapport syftar till att beskriva utvecklingen utifrån den statistik som Ensolution samlar in kontinuerligt.

Materialet som kommer att användas för att beskriva ovanstående frågeställningar är baserat på följande datakällor;

1. Kostnadsnivå vid skatteväxlingen

Insamling av den kostnadsnivå som bildade uträkningen för vilken verksamhet som skatteväxlades och vad det betydde i skattekrona per invånare

2. Kostnad per brukare och/eller beräkning av HSL kostnader

Från insamlingen av kostnad per brukare hämtas den faktiska kostnadsutvecklingen och konsumtionen av hälso- och sjukvård över den period 2008 - 2021 för kommuner för vilka det finns Kostnad per brukare-data tillgängligt. För övriga kommuner görs en specifik insamling och beräkning.

3. Nationella uppgifter från SCB av för utveckling av skattesats, kommunal inkomstskatt och inkomstutjämningsbidrag

Insamling av uppgifter för utveckling av skattesats, kommunal inkomstskatt och inkomstutjämningsbidrag för alla kommuner i länet.

2. Utveckling av hälso- och sjukvården över tid

2.1 Metodbeskrivning - Kostnad per brukare

2.1.1 Inledning

Kostnad Per Brukare (KPB) är enkelt uttryckt en metod för hur man kopplar ihop olika insatser med kostnader och de individer som har fått del av insatsen. Analysen fångar upp verksamhetens insatser och ger svar på frågan vem får vad och till vilken kostnad. Det är viktigt att poängtera att KPB bygger på oidentifierad, eller rättare uttryckt pseudonymiserad individdata, vilket gör det möjligt att följa upp kostnadsutvecklingen och jämföra olika verksamheter. Alla uppgifter som används i den här rapporten bygger på redan sammanställd data i aggregerad form. Uppföljning kan göras ur olika perspektiv såsom brukarmix, produktivitet, konsumtion och resultat. Kalkylen bygger på årsdata, då det är viktigt att använda sig av en längre period än månadsdata när analyser görs av kostnadsutveckling för olika brukargrupper och insatser.

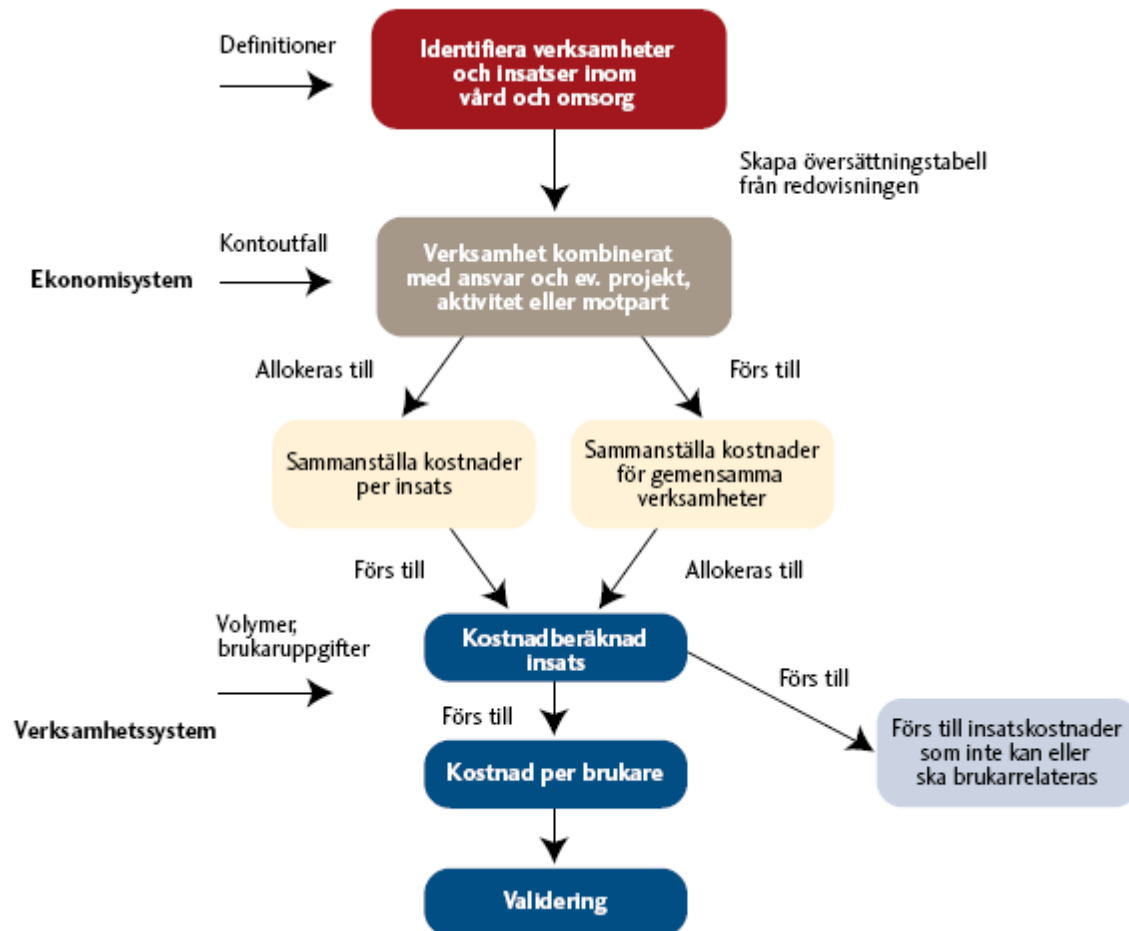
Kostnad per brukare har sin bakgrund i regeringsuppdraget InfoVU-projektet (Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning). Projektet drevs av Socialstyrelsen i samverkan med dåvarande Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. I uppdraget lyftes verksamhetsuppföljning byggd på individuppgifter fram som särskilt viktigt för att beskriva vårdprocesser och vårdverksamheter samt deras kostnader och resultat. Inom kommunsektorn saknades uppföljning som beskrev verksamheten ur ett individ- och medborgarperspektiv.

I samarbete med Borlänge kommun utvecklades under 2004 en modell för individrelaterad kostnadsredovisning – Kostnad per brukare för kommunal vård och omsorg om äldre och för personer med funktionsnedsättning. Metoden testades därefter i Östersund 2005 för att sedan spridas till fler kommuner. Mellan 2005 - 2015 samarbetade Ensolution AB med Sveriges kommuner och regioner (SKR) i insamling och jämförelse men driver sedan 2016 insamling och jämförelse i egen regi. Insamlingen och analysen omfattar nu inte enbart omsorg om äldre och för personer med funktionsnedsättning utan även individ- och familjeomsorg inkl. ekonomiskt bistånd, hälso- och sjukvård samt arbetsmarknadsåtgärder och vuxenutbildning. Ett urval av nyckeltal från Kostnad per brukare inom omsorg om äldre och för personer med funktionsnedsättning publiceras årligen i kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) men där ingår inga nyckeltal inom hälso- och sjukvård. I dagsläget använder ungefär 50 kommuner metoden inom hälso- och sjukvård.

Örebro kommun har t.ex. deltagit i Kostnad per brukare sedan 2006 och har därmed en mycket bra tidsserie för beräkning av utvecklingen. Kommuner som deltar eller deltagit något år är Nora, Hällefors, Laxå, Karlskoga, Lekeberg, Askersund, Kumla, Hallsberg och Lindesberg. Det är bara Degerfors och Ljusnarsberg där vi inte har något resultat för ett år.

2.1.2 Metod

Följande bild beskriver metodens olika steg och vilka termer och begrepp som används:



Figur 1: Steg i KPB-metoden¹

Här följer en kort beskrivning av de olika stegen i KPB-metoden.

I steg ett identifieras verksamheter och insatser inom hälso- och sjukvård samt övriga insatser inom förvaltningens verksamhet (omsorg om äldre- och personer med funktionsnedsättning).

I steg två hämtas ekonomisk information för att relatera kostnaderna till rätt verksamhet, insats eller aktivitet.

I steg tre fördelas kostnaderna mellan två olika huvudaktiviteter:

1. Aktiviteter som är relaterade direkt till en specifik insats (t.ex. hälso- och sjukvård, utförd av hemtjänst).
2. Aktiviteter som utgörs av gemensamma verksamheter (t.ex. enhetens administration).

De gemensamma verksamheterna fördelas som ett påslag på olika insatser i relation till sina kostnader.

I steg fyra sammanställs beräkningen av insatserna, det vill säga en enhetskostnad och en totalkostnad per insats. Totalkostnaden består då av den direkta verksamhetskostnaden och den fördelade gemensamma

¹ Kostnad Per Brukare (KPB) inom kommunal vård och omsorg, syfte och beräkningsprinciper, SKL 2008

kostnaden. Den delas med den totala volymen i kommunen, till exempel antal timmar eller antal vård dygn. Resultatet blir en kostnad per insats.

När de aktuella insatserna är kostnadsberäknade återstår att knyta konsumtionen av insatserna till de enskilda brukarna. De aktuella volymerna per brukare hämtas från kommunens verksamhetssystem. Resultatet blir insatser och kostnader per brukare.

I steg sex valideras modellen för att kontrollera att alla kostnader och volymer har kommit med och fördelats rätt.

2.1.3 Insatser inom hälso- och sjukvård

De insatser som ingår i Kostnad per brukare utgår ifrån ansvaret som kommunerna har enligt Hälso- och sjukvårdslagen. I rapporten används både begreppet hemsjukvård och kommunal hälso- och sjukvård för dessa insatser.

12 kap. Ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård

1 § Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten.
Lag (2018:1727).

2 § Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453). Lag (2018:1727)

Hit hör hälso- och sjukvård som ges i brukarens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden och föregås av en vård- och omsorgsplanering.

Insatslista för kommunal hälso- och sjukvård

Insatserna inom kommunal hälso- och sjukvård i Kostnad per brukare delas in i följande insatser. Det finns oftast även en uppdelning mellan sjuksköterskor (SSK) och rehab-personal (fysioterapeut, sjukgymnast och arbetsterapeut) även om denna uppdelning inte redovisas i rapporten. Insatserna delas in under vilket område de utförs i oberoende av regi. Till varje insats ges en kortfattad beskrivning av innehållet.

LSS_Hälso- och sjukvård - Gruppboende LSS <i>Insatser som utförs av legitimerad personal i bostad med särskild service enligt LSS som är definierade som gruppboendestäder</i>
LSS_Hälso- och sjukvård - Serviceboende LSS <i>Insatser som utförs av legitimerad personal i bostad med särskild service enligt LSS som är definierade som serviceboendestäder</i>
LSS_Hälso- och sjukvård - Korttidsvistelse enligt LSS <i>Insatser som utförs av legitimerad personal i korttidsvistelse enligt LSS för barn och ungdomar eller vuxna</i>
LSS_Hälso- och sjukvård - Daglig verksamhet enligt LSS <i>Insatser som utförs av legitimerad personal i daglig verksamhet enligt LSS</i>
LSS_Hälso- och sjukvård - Personlig assistans enligt LSS <i>Insatser som utförs av legitimerad personal för personlig assistans enligt LSS eller SFB</i>
ORB_Hälso- och sjukvård delegerad tid, utförd av hemtjänst <i>Insatser som utförs av hemtjänstpersonal på delegation eller uppdrag från SSK eller rehabpersonal</i>
ORB_Hälso- och sjukvård, ordinärt boende <i>Insatser som utförs av legitimerad personal som vård i hemmet</i>

ORB_Hälso- och sjukvård, Korttidsvård <i>Insatser som utförs av legitimerad personal inom korttidsvård, ordinärt boende</i>
ORB_Hälso- och sjukvård, Övrigt <i>Insatser som utförs av legitimerad personal inom övriga insatser enligt SoL, t.ex. inom dagverksamhet, boendestöd eller kontaktperson</i>
SÄB_Hälso- och sjukvård - SSK, Särskilt boende <i>Insatser som utförs av legitimerad personal inom särskilt boende</i>
SÄB_Hälso- och sjukvård - Boende SoL <i>Insatser som utförs av legitimerad personal inom boende med särskilt service enligt SoL (t.ex. boende för psykiskt funktionshindrade)</i>

Kommunernas kostnader för utskrivningsklara (som finns kvar på sjukhus) definieras inte helt som hälso- och sjukvård utan definieras som korttidsvård inom ordinärt boende. Dessa kostnader ingår inte i definitionen av hälso- och sjukvårdskostnader.

2.1.4 Insatser inom hälso- och sjukvård aktuellt för beräkningen

Det kostnader som tas med i beräkningen för kommunerna är endast de inom ordinärt boende exkl. korttidsvård (då denna insats inom ramen för skatteväxlingen får anses tillhöra särskilt boende).

ORB_Hälso- och sjukvård delegerad tid, utförd av hemtjänst <i>Insatser som utförs av hemtjänstpersonal på delegation eller uppdrag från SSK eller rehabpersonal</i>
ORB_Hälso- och sjukvård, ordinärt boende <i>Insatser som utförs av legitimerad personal som vård i hemmet</i>

2.2 Beräkning av kostnader för Region Örebro

För att beskriva utvecklingen av den kommunala hälso- och sjukvården avser vi att beskriva både den faktiska kostnadsutvecklingen och konsumtionen av hälso- och sjukvård över perioden 2010-2021

3. Beräkning av utvecklingen

3.1 Beräkning, utveckling av HSL kostnader

Nedanstående tabell visar beräkningen av utvecklingen av hälso- och sjukvårdskostnader i samtliga kommuner i miljoner kr. För tidigare år innan 2021 har siffror som varit tillförlitliga tagits med.

Kommun	2010	2011	2012	2016	2020	2021	Antal invånare + 65 år 2021	Kostnad per invånare 2021	% från medel
Örebro	Saknas	Saknas	127,9	142,4	167,7	172,7	28 932	5 969	-12%
Kumla	14,3	15,6	17,3	22,8	29,4	30,2	4 447	6 787	2%
Lindesberg	21,8	19,9	Saknas	21,8	26,4	27,4	5 999	4 563	-46%
Karlskoga	Saknas	35,4	38,2	38,8	43,0	45,4	7 551	6 019	-11%
Hällefors	Saknas	7,4	9,3	11,3	13,8	13,4	1 974	6 804	2%
Nora	Saknas	Saknas	14,6	16,8	21,8	22,5	2 939	7 667	13%
Laxå	15,4	16,7	15,6	12,2	14,6	14,3	1 629	8 799	24%
Lekeberg	Saknas	Saknas	7,7	9,3	11,2	11,8	1 779	6 631	-1%
Hallsberg	15,6	16,0	Saknas	27,1	31,9	33,0	3 672	8 985	26%
Askersund	15,0	Saknas	Saknas	19,7	23,2	22,6	3 343	6 755	1%
Degerfors	Saknas	Saknas	Saknas	Saknas	12,6	13,1	2 730	4 783	-40%
Ljusnarsberg	Saknas	Saknas	Saknas	Saknas	9,5	9,4	1 477	6 393	-4%
								6 680	

Inkl. kostnader för insatser utförda på delegation/instruktion av hemtjänst i ordinärt boende, kostnader för SSK och rehabpersonal i ordinärt boende exkl. korttidsvård. För Örebro kommun inkluderas HSL personal på korttidsvården på Tullhuset (ej den ordinarie korttidsvården) samt dagrehab.

Ovanstående tabell visar att det skiljer mycket mellan länets kommuner avseende kostnaden per invånare över 65 år samt att det varit en tydlig ökning över tid. Däremot verkar utvecklingen stannat av delvis mellan 2020 och 2021.

3.2 Skatteväxling

År 1989 användes som bas vid beräkningen av skatteväxlingen. Denna summa motsvarar den verksamhet som fanns inom ordinärt boende 1989. Växlingen skedde sedan 1992. Denna summa har sedan räknats upp med utvecklingen av inkomstskatten och inkomstutjämningsbidraget.

Den skatteväxling som gjordes mellan 1991 och 1992 var på 2,20 kronor varav den HSL inom ordinärt boende som denna rapport diskuterar varierar mellan kommunerna.

	Skatteväxling hemsjukvård
Örebro	0,54
Kumla	0,51
Lindesberg	0,67
Karlskoga	0,69
Hällefors	0,54
Nora	0,63
Laxå	0,50
Lekeberg	0,54
Hallsberg	0,68
Askersund	0,60
Degerfors	0,60
Ljusnarsberg	0,51

Det varierade mellan kommunerna i vad som växlades. Beräkningarna gjordes på 1989 års material och justerades till utfall 1990/1991 inför 1992. Lindesberg, Karlskoga och Hallsberg hade en högre andel hemsjukvård av andelen vid växlingen.

Med utgångspunkt i allmän kommunalskatt från räkenskapssammandraget (RS) som vi delat på skattesats, samt inkomstutjämningsbidrag som delas på den länsvisa skattesatsen enligt utjämningsystemet, samtliga siffror

enligt SCB och SKR, tog vi fram vad 1 kr skattesats motsvarar per år de senaste åren. Växlad skattesumma vid t.ex. 0,5 kronor i tabellen nedan visar då vad skatteväxlingen är värd per år i miljoner kronor.

År 2004 gjordes ett tillägg i överenskommelsen med en löpande fakturering mellan kommunerna. När man även tar hänsyn till detta tillägg blir utvecklingen följande

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2012-2021
Örebro	162,9	173,0	177,7	186,4	197,2	207,0	215,4	226,8	232,4	235,0	144%
Kumla	23,2	24,5	25,0	26,1	27,3	28,6	29,3	30,4	30,7	31,1	134%
Lindesberg	34,0	35,4	36,1	37,5	39,7	41,3	42,0	43,2	43,6	43,9	129%
Karlskoga	44,7	46,9	47,8	49,9	52,4	54,8	55,5	57,1	57,6	57,7	129%
Hällefors	8,6	8,8	9,0	9,2	9,8	10,2	10,3	10,5	10,6	10,5	121%
Nora	14,4	15,0	15,3	15,7	16,6	17,5	17,9	18,4	18,6	18,7	130%
Laxå	6,2	6,4	6,5	6,9	7,2	7,5	7,5	7,8	7,9	7,9	127%
Lekeberg	8,6	9,2	9,3	9,7	10,3	10,8	11,4	12,0	12,3	12,7	147%
Hallsberg	22,5	23,6	24,0	24,9	26,3	27,5	28,4	29,3	29,6	29,8	133%
Askersund	14,8	15,3	15,6	16,2	17,0	17,8	18,0	18,7	19,0	19,2	130%
Ljusnarsberg	5,5	5,7	5,8	6,1	6,4	6,6	6,7	6,8	6,7	6,7	121%
Degerfors	12,5	13,0	13,3	13,8	14,4	15,0	15,3	15,7	15,9	16,0	127%

Skatteutveckling, växlad summa 2012-2021 per kommun inkl. extra ersättning hemsjukvård från överenskommelse 2004, mkr

Det varierar mellan kommunerna i skatteutveckling. Örebro har t.ex. haft en god skatteutveckling och utveckling av Inkomstutjämnningen. Detta medför att en skatteväxling får större effekt i en kommun med god utveckling

3.3 Skillnad mellan växlad skattesumma och utveckling

Vad blir i jämförelse med växlad skattesumma och utvecklingen för HSL kostnaderna?

	2012	2016	2020	2021
Örebro	-23,1	-33,6	-59,0	-56,4
Kumla	-5,2	-3,8	-0,4	0,0
Lindesberg		-16,8	-15,9	-15,3
Karlskoga	-5,2	-12,2	-13,0	-10,7
Hällefors	1,0	1,9	3,6	3,4
Nora	0,6	0,7	3,8	4,5
Laxå	9,7	5,3	7,0	6,8
Lekeberg	-0,6	-0,7	-0,8	-0,6
Hallsberg		1,5	3,1	3,9
Askersund		3,3	4,9	4,1
Ljusnarsberg			3,1	3,1
Degerfors			-2,8	-2,3
Totalt	-23	-54	-66	-60

Jämförelse, kostnadsutveckling i jämförelse med skatteutveckling, mkr

Det finns både "förlorare" och "vinnare" bland kommunerna i länet med skatteväxlingen. Beroende på nivån av växling, nedlagda resurser och skatteutvecklingen så ger olika utfall. Differensen blir störst för Örebro kommun. Totalt har länets kommuner gynnats positivt av växlingen men variationen är stor. Beräkningarna tar inte hänsyn till skillnader i insatsmix, t.ex. att fler eller färre nu bor hemma eller i särskilt boende jämfört med vid växlingen

4. *Sammanfattande analys*

Den här rapporten visar på att kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården har ökat över tid i kommunerna i Region Örebro. Däremot visar beräkningarna att det på totalen för hela länet varit en rimlig skatteväxling med de justeringar som har gjorts 2004. Det skillnader som uppstår är rimliga.

Detta betyder inte att det inte finns utmaningar framåt i tiden och att det inte behövs en ny hållbar överenskommelse. Detta är relaterat till att kostnaderna faktiskt har ökat och kan förväntas öka framöver.

I rapporten "Nära vård i sikte", Myndigheten för vård och omsorgsanalys 2021, finns det ett antal slutsatser som kan vara bra att ha med i analysen.

Slutsatsen är att det främst är kostnaden per inskriven patient som driver kostnadsutvecklingen även om befolknings- och prisutveckling är en delförklaring.

Slutsatsen att kostnadsutvecklingen förklaras av ökade kostnader per inskriven patient är en viktig insikt. Vad kan vara de bakomliggande orsakerna till att kostnaden per inskriven patient ökar?

Personalkostnaderna är den absolut största kostnaden (ca. 90 %) inom hälso- och sjukvård och därför är det ökade personalkostnader eller mer tid per patient som driver kostnadsutvecklingen i kommunerna. Ökningen av tid per patient bör vara relaterat till ett ökande vårdbehov. Kommunerna utför alltmer hälso- och sjukvård. Sammanfattat är det ökade personalkostnader eller mer tid per patient som driver kostnadsutvecklingen i kommunerna.

Kommunerna i Region Örebro har troligtvis samma typ av utveckling som övriga kommuner, d.v.s. under den här perioden har kommunerna börjat utföra alltmer hälso- och sjukvård och detta har drivit upp kostnaderna för verksamheterna jämfört med vad som växlades för 1992.