

2023-05-31

Svenskt Näringsliv

PM om kostnadsindex, effektivitet m m i svensk vård.

Lars Jagrén

Anders Morin

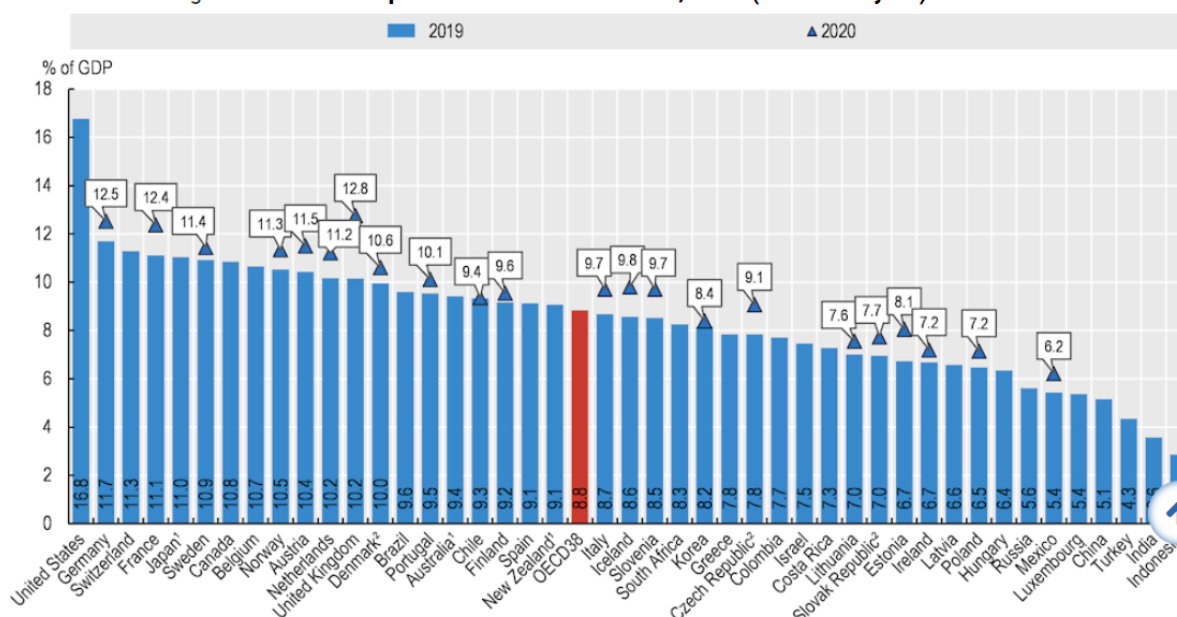
1. Kostnaderna för sjukvården har ökat snabbt i Sverige både mätt som löpande/fastapriser och som andel av BNP. De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården har i löpande pris stigit från knappt 200 mkr år 2001 till drygt 614 mdr år 2021. Mätt som andel av BNP syns en uppgång från ca 8 % år 2001 till drygt 11 % 2021. Definitionen av vad som ingår i hälso- och sjukvårdskostnaderna ändrades dock 2011, då samtliga äldrevårdskostnader räknades in. Detta innebar en nivåökning med ca 80 mdr, eller knappt 2 % av BNP.

	Totala hälso- och sjukvårdsutgifter, mnkr	BNP relationstal, procent
2001	197803	7,9
2002	213325	8,2
2003	224861	8,3
2004	230084	8,1
2005	238908	8,2
2006	251365	8,1
2007	265492	8,0
2008	280086	8,2
2009	293033	8,8
2010	297309	8,3
2011	388316	10,4
2012	401826	10,7
2013	416859	10,9
2014	437122	10,9
2015	460309	10,8
2016	479137	10,9
2017	498821	10,8
2018	528268	10,9
2019	546987	10,8
2020	571016	11,3
2021	614299	11,3

Källa: SCB hälsoräkenskaper

2. Omräknat till fasta priser (2001 års prisnivå) med KPI är ökningen från knappt 200 mdr år 2001 till ca 478 mdr kronor år 2021. En omräkning med BNP-deflatorn ger en ökning i fasta priser från ca 200 mdr år 2000 till omkring 435 mdr år 2021. Samtidigt har befolkningen ökat från 8,9 till 10,4 miljoner personer, eller ca 17 %. Volymen hälso- och sjukvård per person har således ökat kraftigt om priserna deflateras med BNP-deflatorn.
3. Vid en internationell jämförelse framgår att Sverige är ett av de länder inom OECD som satsar störst andel av BNP på hälso- och sjukvården.

Figure 7.1. Health expenditure as a share of GDP, 2019 (or nearest year) and 2020



Källa: OECD; Health at a glance (2021)

4. De offentliga myndigheterna finansierar ca 86 procent av de totala utgifterna, medan hushållen genom patientavgifter och andra avgifter står för omkring 13 procent (SCB hälsoräkenskaper).
5. Av de totala kostnaderna är drygt hälften botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster, omkring en fjärdedel omsorgsvård för äldre och funktionsnedsatta medan den knappa sista fjärdedelen utgörs av kostnader för läkemedel, förebyggande vård och administration.
6. I detta PM har vi valt att analysera en snävare del av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna, nämligen de som utgörs av regionernas kostnader (kostnader för det egna åtagandet). Detta motsvarar kostnaderna för all sjukvård (såväl primärvård som specialiserad öppen- och slutenvård, inklusive regionernas kostnader för läkemedel). Kostnaderna för det egna åtagandet definieras som bruttokostnader minus interna intäkter minus försäljning till andra kommuner och regioner. Det spelar således ingen roll om vården finansieras via regionskatten eller via bidrag från staten. Denna statistik finns endast tillgänglig från 2009 varför vi begränsar analysen till åren 2009 – 2021.
7. Regionernas kostnader för det egna åtagandet har i löpande pris stigit från 213 mdr 2009 till 345 mdr år 2021.
8. De ovan angivna kostnaderna i löpande priser kan räknas om till fasta priser. Det mest "naturliga" prismåttet att använda är då det kostnadsmått som SKR (Sveriges kommuner och regioner) tar fram som väger samman bland annat lönekostnader och kostnader för inköpta läkemedel (LPIK inklusive läkemedel). Fastprisberäknat på detta sätt har kostnaderna ökat från 213 mdr år 2009 till drygt 270 mdr 2021, en ökning med 27 %.

	Kostnader för egna åtagandet (fast pris enligt LPIK ink läkemedel)
2009	212734
2010	214381
2011	217606
2012	221712
2013	223632
2014	229240
2015	235378
2016	241032
2017	244424
2018	250213
2019	255778
2020	259720
2021	271227

Källa: SKR Regionernas kostnader och intäkter, SKR LPIK-tabell

9. Under samma period (2009-2021) har befolkningen ökat från 9,3 miljoner personer till 10,4 miljoner, en ökning med ca 12 %. Kostnaden i fasta priser per person i befolkningen har därmed ökat från knappt 22 800 kr per år till knappt 26 000 kronor, en uppgång med knappt 14 %.
10. En del i förklaringen till ökningen skulle kunna vara att befolkningen ökat i ålderskategorier som är mer vårdkrävande och därmed innebär högre kostnader för landstingen. En beräkning på basis av genomsnittliga kostnader per åldersskull kombinerat med hur befolkningen per åldersskull utvecklats, visar dock att detta under den studerade perioden endast kan förklara 2-3 procentenheter av kostnadsökningen i fasta priser. Kombinationen av större och äldre befolkningen kan således sammantaget förklara omkring 15-16 %-enheter av den totala ökningen på ca 27 % i fasta priser.
11. Slutsatsen är således att det skett en betydande kostnadsökning per person, närmare en procent per person och år efter justering för den demografiska utvecklingen. Problemen med en snabbt ökande och därmed betydligt mer kostnadskrävande andel äldre i befolkningen, och då framför allt vad avser 75+, kommer att leda till ett stort kostnadstryck uppåt vad gäller det egna åtagandet för sjukvård, liksom för äldreomsorgen, under de kommande 10-15 åren enligt SKRs prognoser.
12. Ett exempel utifrån SCBs befolkningsframskrivningar kan belysa detta kommande demografiska kostnadstryck. Antalet personer i åldern 75 + väntas fram till 2035 öka med ca 340 000 stycken enligt SCB och den totala befolkningsökningen uppgå till ca 750 000 personer (jämfört med 1,1 miljoner 2009 – 2021). Med dagens kostnad per åldersklass skulle detta ge en kostnadsökning för vården av de som är 75+ på ca 30 mdr jämfört med idag då de totala kostnaderna i löpande priser är 345 mdr kronor (se punkt 7). Räknar vi även med befolkningsökningen i andra åldersgrupper samt antar en kostnadsutveckling i övrigt som under den senaste 10-årsperioden pekar detta på att kostnaderna för det egna åtagandet i dagens penningvärde skulle öka med 90 – 100 mdr fram till 2035. Kostnadsökningen per år skulle således bli än snabbare än under perioden 2009-2021 (29 % jämfört med 27 %, jfr punkt 10), trots att befolkningen inte ökar lika snabbt. Till detta kommer som nämnts kraftigt ökade äldreomsorgskostnader för kommunerna.
13. I analysen ovan har kostnaderna för det egna åtagandet räknats om till fast pris via LPIK. En andra typ av intressant analys avseende kostnaderna för landstingen är att jämföra detta kostnadsmått med andra prisindex. Detta görs i tabellen nedan. Som framgår där har LPIK ökat betydligt snabbare än konsumentpriserna generellt och även jämfört med tjänsteprisindex (TPI) som mäter snittet på alla

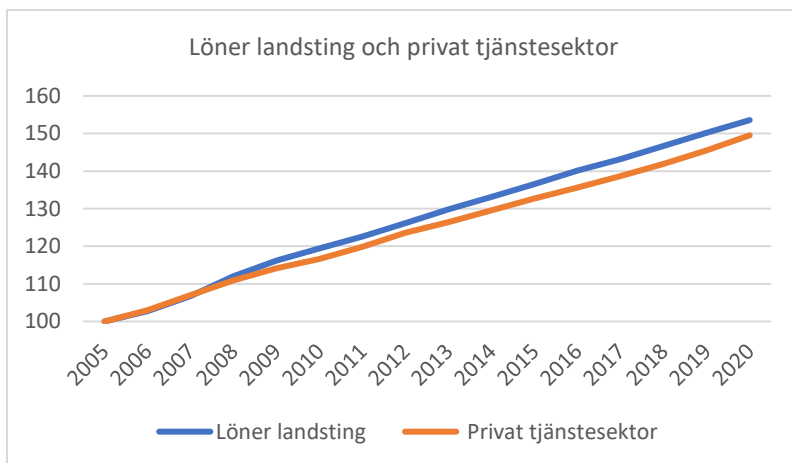
priser i tjänstesektorn i Sverige. Mellan 2009 – 2021 steg LPIK med 27 %, medan KPI steg med 15 % och TPI med 17 %.

	LPIK ink läkemedel	TPI	KPI
2009	100	100	100
2010	101,7	101,3	101,3
2011	103,7	102,7	103,9
2012	105,3	104,5	104,9
2013	107,3	105,2	104,8
2014	109,8	106,1	104,6
2015	111,8	107,1	104,6
2016	114,1	107,7	105,6
2017	117,3	109,3	107,5
2018	121,0	110,8	109,6
2019	123,2	113,3	111,5
2020	124,2	114,1	112,1
2021	127,3	117,0	114,5

Källa: SKR samt SCB statistik

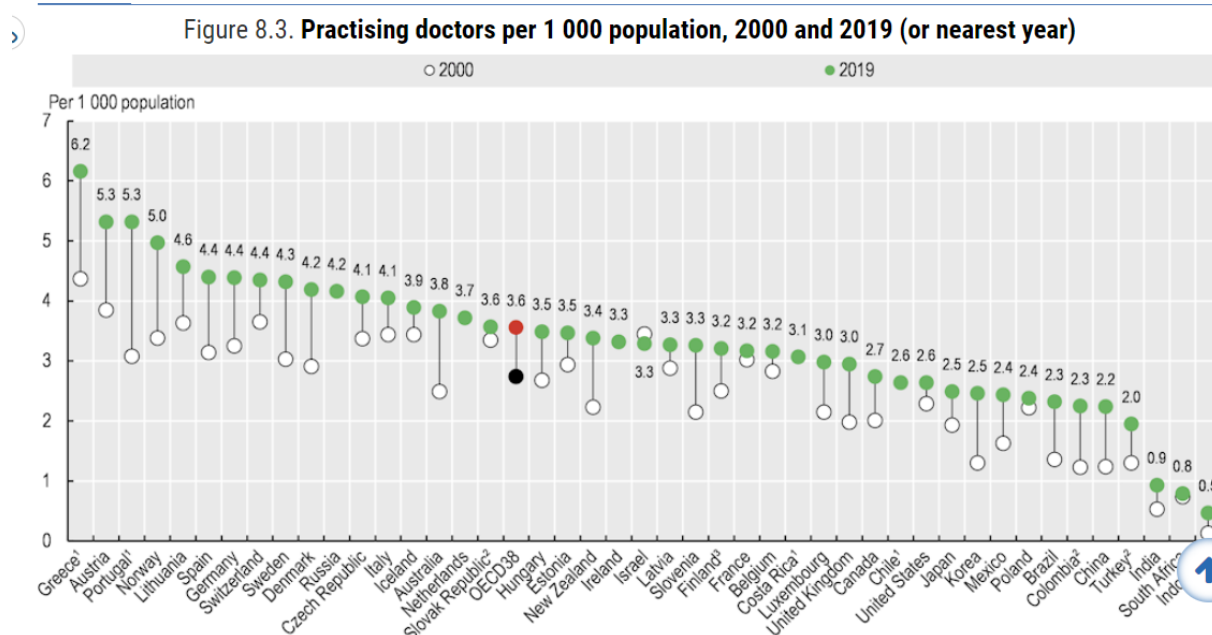
14. Att ökningen är lägst för KPI kan förklaras av en kraftigt ökad globalisering med stigande handel med, och produktion i, länder med lägre kostnadsläge (främst Kina), samt att produktiviteten i tillverkningssektorn generellt utvecklats snabbare än inom tjänstesektorerna. Andelen lönekostnader är också lägre i dessa sektorer. Det är däremot mer intressant att jämföra LPIK och TPI. De två indexen är visserligen inte helt jämförbara eftersom TPI även påverkas av ersättningen till kapitalet, men under det rimliga antagandet att vinstandelen/lönsamheten på lång sikt är internationellt bestämd, långsiktigt tämligen konstant och då löneandelen utgör en betydande del av kostnaderna i tjänstesektorn är en jämförelse ändå mycket intressant. Om kostnadsökningen i regionsektorn hade varit likadan som i tjänstesektorn generellt hade samma åtagandet kostat omkring 35 mdr kronor mindre, alternativt hade insatserna räckt till 10-15 % mer vård.
15. Båda indexen avser prisutvecklingen på tjänster, där lönekostnaderna spelar en avgörande roll.¹ Någon större löneskillnad mellan regionens löneutveckling och lönerna i den privata tjänstesektorn finns inte heller (enligt Medlingsinstitutets statistik). Totalt sett steg lönerna under perioden 2009 – 2020 ca 3 %-enheter snabbare i regionerna än i privat tjänstesektorn. Detta kan således endast förklara en mindre del av skillnaden i kostnadsutveckling mellan TPI och LPIK.

¹ En del av skillnaden i prisutvecklingen skulle kunna förklaras av skillnader i löneutvecklingen, där en snabbare löneutveckling i regionerna än i den privata tjänstesektorn samtidigt med en likartad produktivitetutveckling hade resulterat i en snabbare prisutveckling i regionerna. Som visas i diagrammet nedan är dock löneutvecklingen i stort sett likartad.



Källa: Medlingsinstitutets statistikdatabas

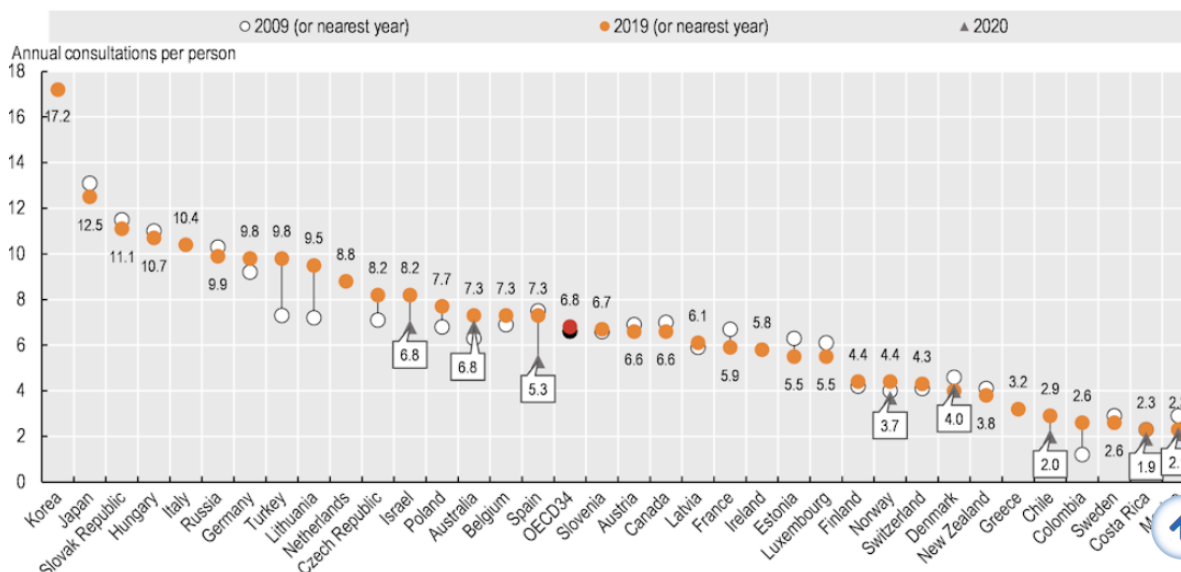
16. En viktig förklaring – som får stöd av en rad undersökningar som gjorts - är att den högre kostnadsökningen i LPIK beror på att arbetsproduktiviteten utvecklats svagt inom den offentligt finansierade sjukvården jämfört med inom det privata näringslivet. Konjunkturinstitutet räknar således med en i stort sett 0-produktivitetstillväxt i den offentliga sektorn och flera studier av sjukvården har konstaterat en svag produktivitet. ² En enkel analys av produktiviteten mätt som antal sysselsatta i landstingen/regionerna jämfört med befolkningen visar att medan befolkningen mellan 2006 – 2021 ökade med 14,5 % steg antalet helårsarbetskrater i landstingen/regionerna med 19,5 %. Om man tar hänsyn till å ena sidan de ökande behoven till följd av den äldre befolkningen och å andra sidan till att andelen köpt verksamhet från privata företag ökat steg personaltätheten med cirka 6 procent under perioden. Också detta är en indikation på en svag produktivitet.
17. Ytterligare tecken på svag produktivitet är att befolkningen i Sverige, samtidigt som vi har en hög andel läkare jämfört med andra länder, gör minst antal läkarbesök per invånare av alla västeuropeiska länder. Detta illustreras av följande två diagram.



Källa: Health at a glance (2021)

² Se till exempel McKinsey (2016) Värdet av digital teknik i den svenska vården, (McKinsey (2019) Tid till vård ger vård i tid, Svenskt Näringsliv (2016) Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden).

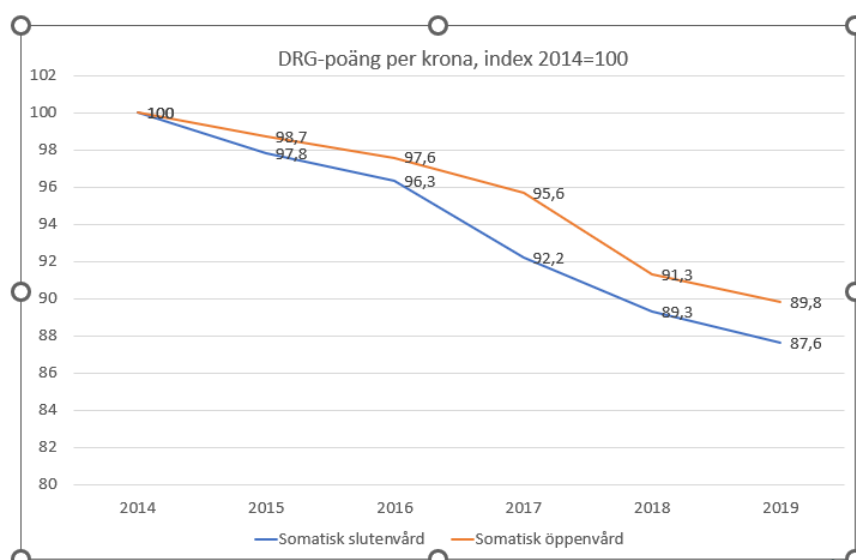
Figure 5.11. **Number of in-person doctor consultations per person, 2009, 2019 and 2020**



Källa: Health at a glance (2021)

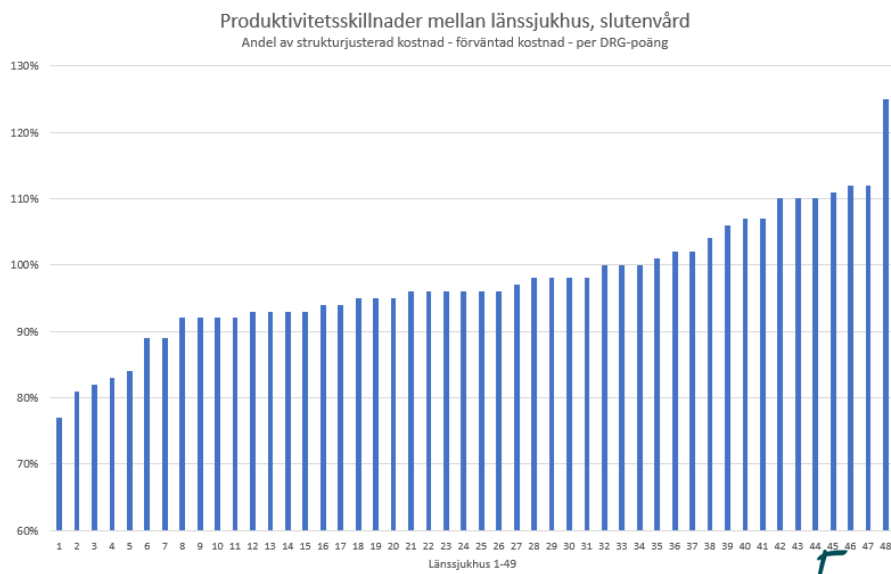
18. Den svaga produktivitet utvecklingen kan också identifieras på sjukhusnivå. Följande två diagram illustrerar först produktivitet utvecklingen för sjukhusen sammantaget vad gäller somatisk (kroppslig) öppenvård respektive slutenvård, och i diagrammet därefter spridningen i produktivitet mellan sjukhusen. Det sjukhus som är med marginal mest produktivt i det senare diagrammet (sjukhus nummer 1) är det privat drivna Capio Sankt Görän. (I denna produktivitet beräkning beaktas inte kvalitetsutvecklingen).

Produktivitet utvecklingen i somatisk vård oroande



Källa: SKR och egna beräkningar

Produktiviteten skiljer sig mellan sjukhus Källa: SKR och SOS



19. För den privata tjänstesektorn totalt har produktiviteten långsiktigt ökat med 1,0-1,3 % per år. Detta motsvarar i stort skillnaden i kostnadsutveckling mellan LPIK och TPI under den studerade perioden 2009-2021. OM produktivetsutvecklingen i regionvården varit ca 1% högre per år mellan 2009 och 2021, och den förbättrade utvecklingen tagits ut i större kostnadseffektivitet, hade totalkostnaden för det egna åtagandet således varit drygt 10 % lägre än det faktiska utfallet, motsvarande omkring 135 mdr kronor i resurser som antingen kunnat ge mer sjukvård eller använts till andra viktiga insatser (eller lägre skatter).
20. Ett mer försiktigt antagande, att produktivetsutvecklingen varit hälften av den årliga produktivetsutvecklingen i tjänstesektorn, visar att kostnaden för regionernas egna åtaganden då varit omkring fem procent lägre än utfallet och motsvarat 15-20 miljarder kronor.

Slutsatser:

- Kostnaderna för sjukvården ökar som andel av BNP. Sverige är också ett av de länder som har högst andel hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP.
- Kostnaderna för regionernas sjukvårdsåtaganden har stigit snabbt mätt i fasta priser.
- Drygt hälften av kostnadsökningen i regionernas egna åtagande (i fasta priser) kan förklaras av en växande och äldre befolkning
- Regionernas kostnader har ökat betydligt snabbare än motsvarande prisindex för privat tjänstesektor.
- Detta beror inte primärt på att lönerna ökat snabbare utan på andra faktorer, framför allt en svag produktivetsutveckling.
- Indikationer på otillräcklig produktivetsutveckling är att personaltätheten per invånare i regionernas verksamhet ökar samtidigt som sjukvårdsköerna ändå växer. Trots en god läkartäthet i befolkningen är också Sverige det land i Västeuropa som har minst läkarbesök per invånare och år.
- Under antagande att produktiviteten i landsting/regioner hade utvecklats i takt med privat tjänstesektor för perioden 2009 – 2021 indikerar det en effektiviseringspotential på omkring 35 mdr kr. Med ett antagande om hälften så hög produktivetsstillväxt som i privat tjänstesektor är effektiviseringspotentialen omkring 15 -20 mdr kronor.