



Ensolution.

Utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården i Sverige

Namn Andreas Johansson, Ensolution AB
E-post: andreas.johansson@ensolution.se
Version: 2.4
Datum: 2021-06-24

Inledning

Den här rapporten bygger på det uppdrag från Myndigheten för vård och omsorgsanalys avseende metoder och insamling för uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård som Ensolution erhöll i februari 2021.

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 samlar in och kvalitetssäkrar för alla kommuner som deltar 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>	<i>4</i>
1.1	Bakgrund.....	4
1.2	Övergripande syfte med rapporten	4
2.	<i>Utveckling av hälso- och sjukvården över tid</i>	<i>5</i>
2.1	Metodbeskrivning - Kostnad per brukare.....	5
2.1.1	Inledning.....	5
2.1.2	Metod	6
2.1.3	Skilnader i redovisning mellan Kostnad per brukare och Räkningsammandraget (RS).....	7
2.1.4	Insatser inom hälso- och sjukvård.....	7
2.2	Urval av kommuner	10
2.3	Fördelning av kostnader inom kommunal hälso – och sjukvård	10
2.4	Kostnadsutveckling över tid	11
2.5	Utveckling av konsumtion och kostnader inom hälso – och sjukvård	13
2.6	Kostnadsutveckling per patient.....	15
3.	<i>Vilka insatser utförs i den kommunala hälso- och sjukvården.....</i>	<i>18</i>
3.1	Metodbeskrivning - uppföljning av resurser och insatser inom kommunal hälso – och sjukvård	18
3.2	Urval av kommuner	21
3.3	Vilka insatser utförs inom kommunal hälso- och sjukvård.....	21
3.4	Vilka faktorer påverkar kostnadsnivån?.....	27
3.4.1	Avtal med regionen och regionala resurser.....	27
3.4.2	Konsumtion - Andel patienter inskrivna patienter av befolkningen	28
3.4.3	Insatsmix inom kommunal vård och omsorg.....	31
3.4.4	Produktivitet.....	32
3.4.5	Övriga faktorer.....	32

4. Hur stor andel av kommunernas vård- och omsorgskostnader utgörs av hälso- och sjukvård?.....	33
4.1 Metodbeskrivning - Uträkning av andel av kommunala hälso- och sjukvårdskostnader.....	33
4.2 Beräkning av andel utfall 2011.....	35
4.3 Uträkning, kostnader för hälso- och sjukvård.....	36
5. Sammanfattande analys.....	39
5.1 Utveckling av kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården över tid.....	39
5.2 Vilka insatser utförs i den kommunala hälso- och sjukvården?	40
5.3 Faktorer som kan påverka kostnadsnivån.....	41
5.4 Hur stor andel av kommunernas vård- och omsorgskostnader utgörs av hälso- och sjukvård?.....	42

1. Bakgrund och övergripande syfte

1.1 Bakgrund

Under 2017 tog regeringen initiativ till en omställning av hälso- och sjukvården till en 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. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick 2020 ett brett uppdrag av regeringen att utvärdera omställningen ur ett patient- och systemperspektiv. För att beskriva utvecklingen ur ett systemperspektiv behöver både regioners och kommuners insatser och kostnader för hälso- och sjukvården följas upp. I dagsläget är möjligheterna att på nationell nivå följa upp den kommunala hälso- och sjukvården begränsade. Vård- och omsorgsanalys har därför träffat ett avtal med Ensolution AB med målet att den kunskap som finns genom Ensolutions samarbete med kommuner kan tas tillvara på nationell nivå och bidra till en bättre förståelse för den kommunala hälso- och sjukvården och dess utveckling.

1.2 Övergripande syfte med rapporten

Syftet med den här rapporten är att beskriva

- Hur den kommunala hälso- och sjukvården ser ut och hur den har utvecklats över tid med hjälp av lämpliga mått.
- Vilka insatser som utförs i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Hur stor andel av kommunernas vård- och omsorgskostnader som utgörs av hälso- och sjukvård.

Analyser 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 och problematisera frågorna utifrån den statistik som Ensolution samlar in kontinuerligt.

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

1. Kostnad per brukare

Från insamlingen av kostnad per brukare hämtas den faktiska kostnadsutvecklingen och konsumtionen av hälso- och sjukvård över en treårsperiod 2017 - 2019 för 29 kommuner för vilka det finns Kostnad per brukare-data tillgängligt.

2. Genomlysning av kommunal hälso- och sjukvård med Kuben

För att analysera och utvärdera vad som utförs i den kommunala hälso- och sjukvården beskrivs detta med hjälp av den insamling av bedömningar av hälso- och sjukvårdsinsatser som har genomförts i 17 kommuner under perioden slutet av 2018 till våren 2020. Detta material ger en beskrivning av kommuners innehåll och arbetssätt inom den kommunala hälso- och sjukvården även om det inte finns data för tidsperioden 2017 - 2019 för ovanstående kommuner. Materialet ger en kompletterande och delvis fördjupad bild av utvecklingen inom den kommunala hälso- och sjukvården.

3. SCB-nyckel för beräkning av hälso- och sjukvårdskostnader

Ensolution har tidigare tagit fram en nyckel för beräkning av hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av kommunernas totala vård- och omsorgskostnader. Denna nyckel baserades på Kostnad per brukare-utfallet för 2011 och används idag av SCB och i Nationalräkenskaperna. Den del av nyckeln som avser hälso- och sjukvård har nu uppdaterats med utfall 2019 för de 36 kommuner som Ensolution har tillgänglig statistik för i Kostnad per brukare. För den nya beräkningen görs också en jämförelse med utfall från beräkningen av nyckel för utfall 2011. Detta görs för att analysera om den nya beräkningen skiljer sig åt från den aktuella.

2. Utveckling av hälso- och sjukvården över tid

2.1 Metodeskrivning - Kostnad per brukare

2.1.1 Inledning

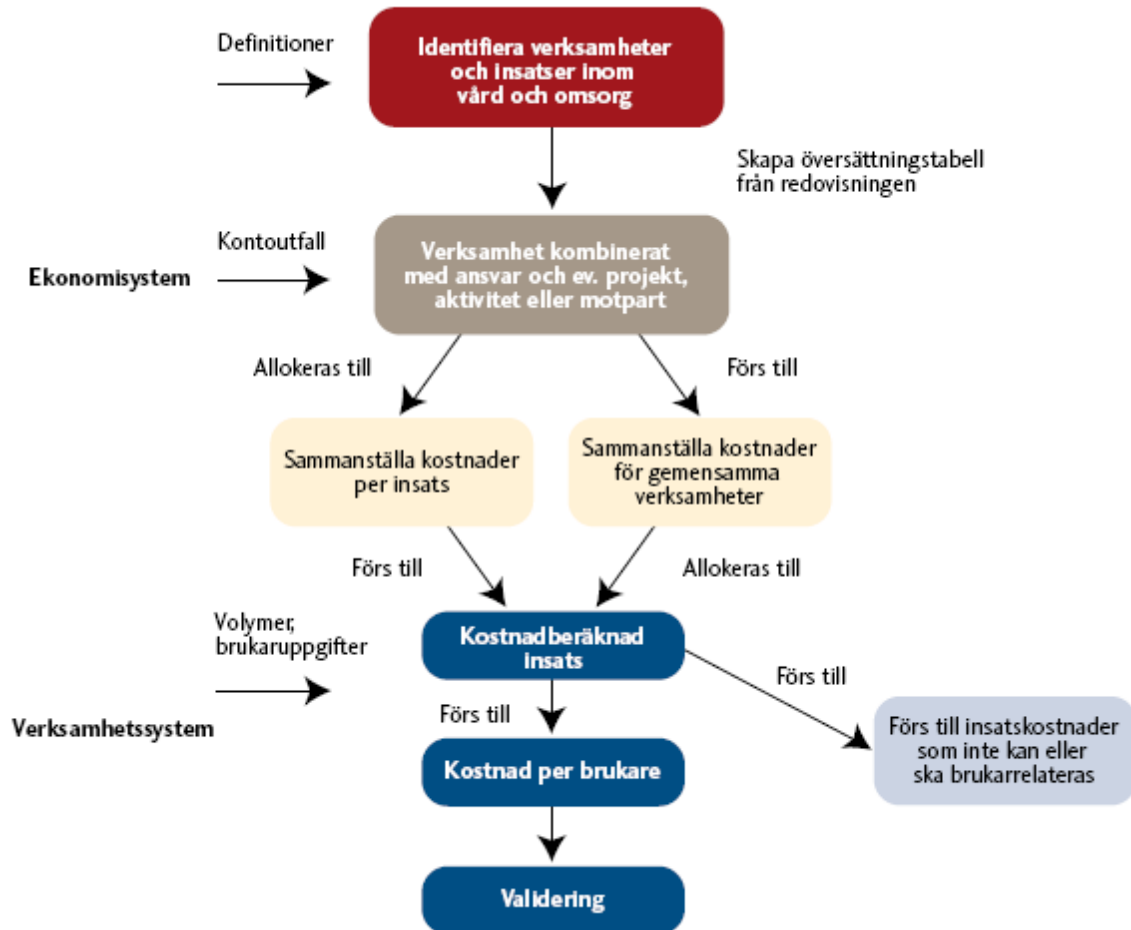
Kostnad Per Brukare (KPB) är enkelt uttryckt en metod för hur man kopplar ihop olika insatser med kostnader och de individer som har fått del av insatsen. Analysen fångar upp verksamhetens insatser och ger svar på frågan vem får vad och till vilken kostnad. Det är viktigt att poängtera att KPB bygger 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.

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 Skillnader i redovisning mellan Kostnad per brukare och Räkenskapssammandraget (RS)

Vilka kostnader som jämförs nationellt påverkar vad som räknas som utfall av hälso- och sjukvårdskostnader. KPB bygger till största del på en nettoredovisning men omsorgsavgifterna tas inte med i beräkningarna eftersom de är jämförelsestörande vid beräkning av nyckeltal. I Kostnad per brukare-underlaget undantas de omsorgsavgifter som kommuner tar ut eftersom maxtaxan påverkar nyckeltalen i så pass hög utsträckning. I beräkningen av totala kostnader för hälso- och sjukvården kommer nettokostnaden i RS att användas (bruttokostnad minus bruttointäkt). I det kommande avsnittet där de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård enligt KPB redovisas utgår denna redovisning från en nettokostnad som inkluderar följande delar:

- Delar av taxor och avgifter, exempelvis konton för intäkter för mat, hyror, kontoklass 31 – 33, men *inte* omsorgsavgifter
- Externa bostadshyror och lokalhyror, kontoklass 341
- Övriga externa intäkter, kontoklasser, 30 och 34

Bedömningen är att skillnaderna i redovisning av kostnader i Kostnad per brukare och i RS inte ska ha någon betydelse i tolkningen av slutsatserna då skillnaderna endast består i vilken typ av enhet av kostnaderna som redovisas. Eftersom de olika datakällorna till analyserna används var för sig är det samma grundunderlag som jämförs över tid. Summan av det som redovisas i Kostnad per brukare är därmed inte samma nettokostnad som redovisas i RS men skillnaderna uppskattas enbart till några få procent.

Såsom i RS tas inte kostnader för viten (t.ex. viten från IVO för icke-verkställda beslut) inom kontoklass 982 även om flera kommuner anser att detta borde räknas som en driftskostnad. Det påverkar varken totalkostnaderna eller kostnaderna för hälso- och sjukvård.

Det kan också finnas skillnader i redovisade kommuners resultat från det som är inlämnat i Räkenskapssammandraget (RS) då detta för mer än hälften av landets kommuner är en separat inlämning vid sidan om KPB. Ett tjugotal kommuner gör RS med hjälp av KPB och har då samma siffror i KPB och RS.

2.1.4 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 gruppboenden</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 serviceboenden</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 särskild 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 varav en del avser hälso- och sjukvårdskostnader. I detta fall räknas enbart den andel som utförs på delegation av undersköterskor i regionen till 12 % som hälso- och sjukvårdskostnader för kommunerna

Kostnadsberäkning av de olika hälso- och sjukvårdsinsatserna enligt Kostnad per brukare-metoden kräver vissa anpassningar för kommuner där det saknas statistik. Nedan visas hur dessa undantag hanteras.

Insatser som utförs på delegation inom ordinärt boende

Det är ett problem att få fram rätt antal timmar för insatser som ges inom hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och som utförs i ordinärt boende. Detta beror på att kommunerna ofta inte redovisar tiden på brukarnivå.

Om kommunen kan redovisa tidsåtgång för den delegerade hälso- och sjukvård som utförs inom hemtjänsten används denna tid för beräkningen. Om dessa insatser inte är tidssatta används i stället en schablontid för den delegerade tiden och kostnaden för denna tid dras bort från hemtjänstkostnaderna.

För kommuner som har tagit över hemsjukvården används en schablon på tretton procent om det inte är möjligt att redovisa tidsåtgången. Dessa schabloner är baserade på data från alla de kommuner som genomfört KPB och som har god statistik på brukarnivå. Den uträknade schablonen som används utgår från alla kommuner som redovisat data mellan 2017 och 2019 så basen utgörs av ca. 50 kommuner. Har den enskilda kommunen egna mätningar och god kontroll på antalet timmar men av andra skäl inte kan redovisa dem på brukarnivå används en egen procentuell fördelning för den enskilda kommunen. Detta är dock ovanligt och i urvalet är det endast två kommuner där denna princip används. Önskvärt vore givetvis att alla kommuner redovisade tidsåtgången för insatserna som utförs på delegation men i och med användningen av schablonen fångas ändå denna tid upp i analyserna. Ensolutions erfarenhet är att användningen av schablonen ute i kommunerna har en bred acceptans och överensstämmer rimligt med verkligheten. Det rör sig om några få procent och individuella avvikelser som skulle kunna förekomma.

Insatser som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom ordinärt boende (exkl. korttidsvård)

Om kommunen inte kan mäta insatser som utförs av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen, det vill säga sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter, inom ordinärt boende kommer denna kostnad att stanna på en övergripande insatsnivå i kalkylen. Detta eftersom statistik saknas på brukarnivå. Kostnaderna fördelas därmed inte jämt till alla brukare genom en schablon i KPB. I avsnittet med utvecklingen med kostnaderna per insatsområde behöver detta beaktas.

I den här rapporten har en kompletterande beräkning genomförts för att ändå göra en uppdelning av alla kostnader på brukarnivå. Baserat på resultatet för alla kommuner som har uppgifter om delegerade timmar går det att ta fram en nyckel för schablonfördelning av kostnaden per brukare som då används som en approximation även för den legitimerade personalens nedlagda tid. Åldersfördelningen av nivå på delegation anses spegla den nedlagda tiden som den legitimerade personalen själva lägger ner. I Ensolutions detaljerade mätningar av hälso- och sjukvård bekräftas att det är en likartad fördelning men det är underlaget inom detta område som bör utvecklas. När de detaljerade mätningarna av hälso- och sjukvård sprids efterhand bör dessa underlag ersätta schablonfördelningarna. Inom en två årsperiod bör det finnas mer detaljerade av nedlagd tid per åldersgrupp. Underlagen påverkar inte kostnadsnivån i sig men skulle ge en mer exakt fördelning per åldersgrupp. Vår bedömning är att materialet som är framtaget ändå väl speglar skillnaderna i kostnadsnivå per åldersgrupp inom de åldersspann som redovisas. Med hjälp av nyckeln har kostnadsandelen för patienter under 65 år, över 65 år och över 80 år tagits fram.

Insatser som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom särskilt boende, korttidsvård och enligt LSS

Kostnader för insatser utförda av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen inom särskilt boende, korttidsvård och bostad med särskild service fördelas per dygn och brukare.

I redovisningen av Kostnad per brukare beräknas inte insatser inom hälso- och sjukvård för de insatser som undersköterskor utför på delegation eller som uppdrag i särskilt boende, korttidsvård och bostad med särskild service.

Detta betyder att det är en skillnad på de totala kostnaderna som redovisas i Kostnad per brukare och i den totala uträkningen av kommunala hälso- och sjukvårdskostnader i denna rapport. I uträkningen av de totala kommunala hälso- och sjukvårdskostnader har schabloner använts för att också inkludera kostnaderna för de delegerade insatserna på boendena. Dessa redovisas under detta avsnitt i rapporten.

2.2 Urval av kommuner

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 en treårsperiod 2017 - 2019 för 29 kommuner för vilka det finns Kostnad per brukare-data tillgängligt. Betydligt fler kommuner har data men inte en sammanhängande treårsperiod av utfall. Årserierna används för att beskriva utvecklingen av kostnader över tid. De 29 kommunerna står även för ca. 80 % av underlaget för beräkning av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna för utfall 2019. Tillkommande kommuner följer i huvudsak samma uppdelning av kostnader såsom övriga 29 kommuner men har då bara utfall för 2019.

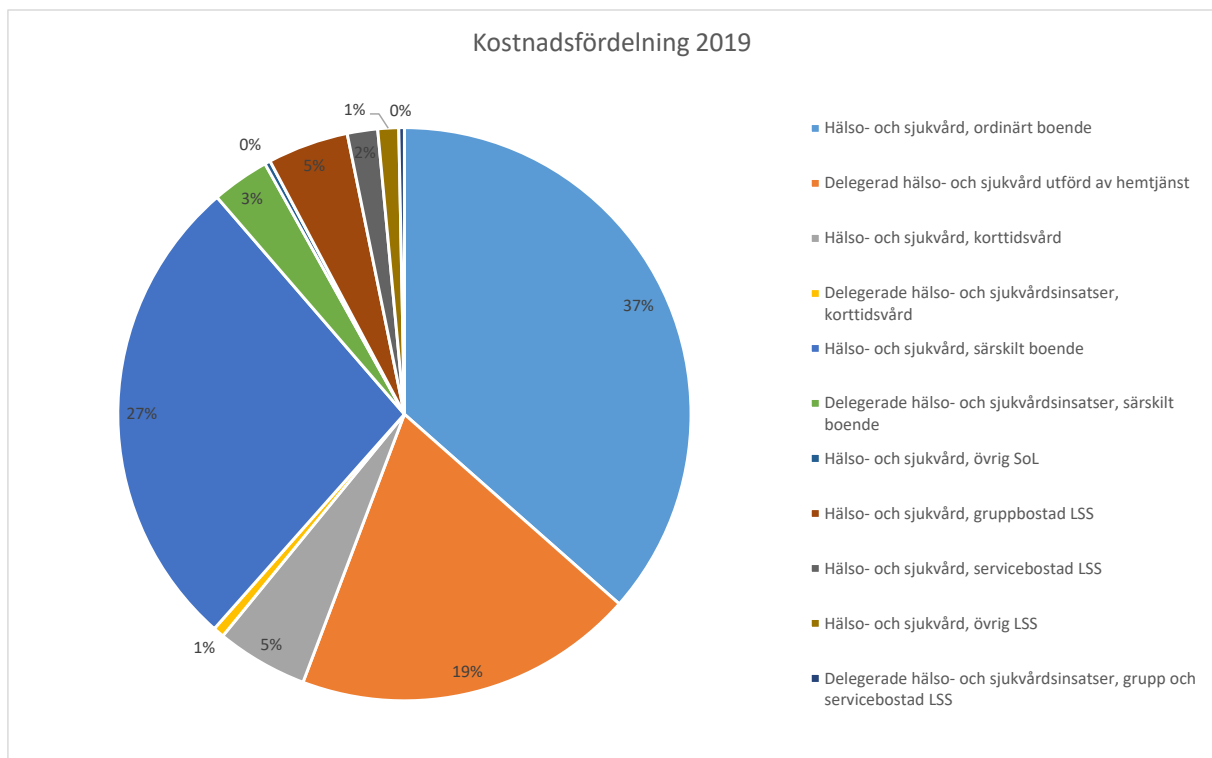
Följande kommuner har tre års data för utfall 2017 - 2019:

Boden, Gotland, Gällivare, Hällefors, Härryda, Hässleholm, Kalmar, Karlskrona, Karlstad, Krokom, Kungsbacka, Leksand, Ljusdal, Ludvika, Luleå, Lysekil, Nora, Nybro, Olofström, Perstorp, Ronneby, Vara, Varberg, Vimmerby, Växjö, Åre, Älvkarleby, Örebro, Östersund.

Kommunerna står för ca. 1,2 miljoner av Sveriges invånare och har årlig kostnad på cirka 2,7 miljarder kronor för hälso- och sjukvård (2019). Urvalet av kommuner inkluderar inte Stockholms län då kommunerna där inte tagit över ansvaret för hemsjukvården. Kommuner i urvalet representerar både större städer och mindre kommuner, geografisk spridning i landet, landsbygd, pendlingskommuner och så vidare. Då syftet är att beskriva utvecklingen över tid har enbart de kommuner där det funnits data tillgänglig för hela perioden inkluderats i urvalet.

2.3 Fördelning av kostnader inom kommunal hälso – och sjukvård

Nedanstående diagram visar fördelning av kostnaderna för ovanstående kommuner mellan de olika insatsområdena.



Figur 2: Fördelning av kostnaderna per insatsområde utifrån Kostnad per brukare, utfall 2019²

Den största andelen av kostnaderna av den kommunala hälso- och sjukvården som utförs hänförs till ordinärt boende (37%). Utöver detta ska de insatser som delegeras eller fördelas till att utföras av hemtjänsten

² Baserad per urval av 29 kommuner, Kostnad per brukare utfall 2017-2019 med tillägg för delegerade insatser inom särskilt boende, korttidsvård och boende enligt särskild service LSS

(procentandelen varierar från kommun till kommun men i genomsnitt 13 %) samt korttidsvård (12 %) räknas till ordinärt boende vilket gör att den totala andelen för ordinärt boende är 62 %. Fördelningen mellan olika områden följer till största del det val av insatser som de enskilda kommunerna har i sitt utförande. Kommuner som till exempel har en hög andel särskilt boende har också en hög andel hälso- och sjukvård i särskilt boende. De 29 kommunerna står även för ca. 80 % av underlaget för beräkning av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna för utfall 2019 så fördelningen för samtliga kommuner med tillgänglig statistik är likartad.

2.4 Kostnadsutveckling över tid

Nedanstående tabell visar utvecklingen över tid 2017 - 2019 för urvalet av 29 kommuner

Insats	2017	2018	2019	Utveckling 2017-2019
Hälso- och sjukvård, ordinärt boende	893 382 960	970 376 258	1 041 015 885	17%
Hälso- och sjukvård, Särskilt boende	672 666 695	730 112 468	773 198 313	15%
Delegerad hälso- och sjukvård utförd av hemtjänst	460 762 338	515 796 732	548 719 879	19%
Hälso- och sjukvård, Korttidsvård	126 973 942	140 634 152	147 339 616	16%
Hälso- och sjukvård, gruppbostad LSS	105 690 971	120 096 376	130 135 587	23%
Hälso- och sjukvård, Servicebostad LSS	47 336 463	41 918 553	48 846 967	3%
Hälso- och sjukvård, Övrig LSS	34 875 050	37 434 133	33 537 025	-4%
Hälso- och sjukvård, Övrig SoL	4 067 192	3 709 145	9 031 744	122%
	2 341 209 476	2 554 816 595	2 724 426 776	16%

Figur 3: Utveckling av kostnader inom respektive område³

Alla områden förutom hälso- och sjukvård, övrig LSS ökar i omfattning. Den genomsnittliga ökningen från 2017 - 2019 är cirka 16 %, eller som i kronor motsvarar 215 och 230 miljoner per år. Detta skulle motsvara ungefär 1,7 miljarder i årlig ökning om siffrorna extrapoleras till en Sverigetotal.

Insatserna inom ordinärt boende står för den största andelen av totalen (ca. 1,5 miljard inkl. delegation) så när dessa kostnader ökar med ca. 17 % står detta för en betydande kostnadsökning, t.ex. i jämförelse med LSS-området som i och för sig ökar mer i procent men som inte alls har samma omfattning.

Vilka faktorer kan förklara skillnaderna mellan åren?

Ökningen av kostnader inom ordinärt och särskilt boende följs åt med en stadig ökning av kostnaderna för kommunernas hälso- och sjukvård varje år. Ökningen är något större inom ordinärt boende vilket är naturligt eftersom en allt större andel personer får sin vård i hemmet i jämförelse med särskilt boende⁴. Detta är en generell utveckling som även gäller i urvalet av kommuner.

Inom LSS varierar det mer där insatser inom gruppbostäder ökar mer än inom servicebostäder. Det beror bland annat på att den högre vårdtyngden hos kommunerna tenderar att koncentreras till gruppbostäder och därmed följer insatserna inom hälso- och sjukvård med.

En orsak till att hälso- och sjukvård inom Övrig LSS minskar är att insatser relaterat till personlig assistans ingår. Dessa har i ökad utsträckning definierats som egenvård. Vidare kan det vara väldigt varierande resultat för enskilda individer som också påverkar resultatet på den totala nivån.

Hur ser utvecklingen av antalet invånare ut under perioden?

	2017	2018	2019	Utveckling 2017-2019
Antal Invånare	1 177 609	1 189 168	1 198 747	1,8%
Antal invånare över 65 år	250 558	254 353	258 394	3,1%
Antal invånare över 80 år	65 042	66 106	68 278	5,0%

Figur 4: Utveckling av invånare 2017 - 2019 för urvalet av kommunerna⁵

Antalet invånare i ingående kommuner ökar under perioden och antalet invånare över 65 år och över 80 år i ännu högre takt. Ökningen av kostnaderna för kommunal hälso- och sjukvård står inte i proportion till

³ Baserad per urval av 29 kommuner, Kostnad per brukare utfall 2017-2019

⁴ Socialstyrelsens lägesrapport, 2020

⁵ SCB, invånarstatistik 2017-2019

befolkningsökningen. Tydligt är att ökningen inte heller motsvarar den genomsnittliga ökningen av omsorgsprisindex (OPI) på ca 2,65 % utan ökningen motsvarar en kostnadsökning som ligger utanför de generella pris- och löneökningarna och/eller befolkningsutvecklingen.

Det är därmed andra faktorer som förklarar utvecklingen.

Nedanstående tabell visar utvecklingen för alla kommuner i urvalet

Kommun	Likhetsgrupp	Antal invånare			Utveckling 2017-2019	Totala kostnader			Utveckling 2017-2019	Kostnad per invånare			Utveckling 2017-2019
		2017	2018	2019		2017	2018	2019		2017	2018	2019	
Boden	Läggpendlingskommun nära större stad	28 181	28 064	28 080	-0,4%	75 318 627	85 903 970	90 556 322	20,2%	2 673	3 061	3 225	20,7%
Gotland	Mindre stad/tätort	58 595	59 249	59 686	1,9%	78 072 941	76 711 230	86 082 373	10,3%	1 332	1 295	1 442	8,2%
Gällivare	Landsbygdskommun, ej nära större stad	17 825	17 630	17 529	-1,7%	58 330 472	59 934 318	65 748 689	12,7%	3 272	3 400	3 751	14,6%
Hällefors	Landsbygdskommun, ej nära större stad	7 109	6 983	7 013	-1,4%	16 908 996	20 117 366	19 665 398	16,3%	2 379	2 881	2 804	17,9%
Härnäs	Pendlingskommun nära storstad	37 412	37 802	37 977	1,5%	55 879 227	61 421 321	69 882 079	25,1%	1 494	1 625	1 840	23,2%
Hässelholm	Mindre stad/tätort	52 003	52 121	52 145	0,3%	103 957 977	114 250 414	131 013 146	26,0%	1 999	2 192	2 512	25,7%
Kalmar	Mindre stad/tätort	67 451	68 510	69 467	3,0%	124 431 861	137 801 653	145 591 120	17,0%	1 845	2 011	2 096	13,6%
Karlskrona	Mindre stad/tätort	66 666	66 675	66 622	-0,1%	120 461 697	139 373 767	154 789 958	28,5%	1 807	2 090	2 323	28,6%
Karlstad	Större stad	91 120	92 497	93 898	3,0%	173 956 679	194 908 099	209 876 392	20,6%	1 909	2 107	2 235	17,1%
Krokom	Pendlingskommun nära större stad	14 925	14 858	14 966	0,3%	43 488 174	43 226 275	45 731 984	5,2%	2 914	2 909	3 056	4,9%
Kungsbacka	Pendlingskommun nära storstad	81 986	83 348	84 395	2,9%	145 742 580	156 470 568	165 346 158	13,5%	1 778	1 877	1 959	10,2%
Leksand	Landsbygdskommun med besöksnäring	15 640	15 804	15 807	1,1%	30 078 977	32 186 513	31 634 616	5,2%	1 923	2 037	2 001	4,1%
Ljusdal	Landsbygdskommun, ej nära större stad	19 028	19 033	18 949	-0,4%	44 364 291	51 953 299	57 368 688	29,3%	2 332	2 730	3 028	29,9%
Ludvika	Landsbygdskommun, ej nära större stad	26 992	26 946	26 898	-0,3%	53 763 594	62 940 524	63 559 647	18,2%	1 992	2 336	2 363	18,6%
Luleå	Större stad	77 470	77 832	78 105	0,8%	130 072 484	143 984 217	153 389 810	17,9%	1 679	1 850	1 964	17,0%
Lysekil	Läggpendlingskommun nära större stad	14 621	14 611	14 555	-0,5%	43 772 667	48 045 206	52 618 223	20,2%	2 994	3 288	3 615	20,8%
Nora	Pendlingskommun nära större stad	10 747	10 737	10 726	-0,2%	28 810 376	32 511 553	34 482 547	19,7%	2 681	3 028	3 215	19,9%
Nybro	Pendlingskommun till mindre tätort	20 406	20 350	20 318	-0,4%	47 909 114	54 912 597	71 607 164	49,5%	2 348	2 698	3 524	50,1%
Olofström	Pendlingskommun till mindre tätort	13 482	13 516	13 426	-0,4%	43 270 708	46 824 569	50 476 832	16,7%	3 210	3 464	3 760	17,1%
Perstorp	Pendlingskommun nära större stad	7 335	7 479	7 492	2,1%	15 857 968	16 390 219	14 752 019	-7,0%	2 162	2 191	1 969	-8,9%
Ronneby	Pendlingskommun till mindre tätort	29 568	29 695	29 633	0,2%	73 687 527	77 966 721	85 938 112	16,6%	2 492	2 626	2 900	16,4%
Vara	Pendlingskommun till mindre tätort	15 942	15 952	16 024	0,5%	34 721 957	35 534 610	38 361 738	10,5%	2 178	2 228	2 394	9,9%
Varberg	Mindre stad/tätort	62 755	63 630	64 601	2,9%	77 851 777	92 698 814	100 578 874	29,2%	1 241	1 457	1 557	25,5%
Vimmerby	Landsbygdskommun, ej nära större stad	15 728	15 764	15 647	-0,5%	41 925 649	47 163 255	48 696 098	16,1%	2 666	2 992	3 112	16,7%
Växjö	Större stad	91 060	92 567	94 129	3,4%	188 075 841	212 446 291	221 627 015	17,8%	2 065	2 295	2 355	14,0%
Åre	Landsbygdskommun med besöksnäring	11 268	11 529	11 727	4,1%	24 335 677	24 762 770	26 368 017	8,4%	2 160	2 148	2 248	4,1%
Älvkarleby	Pendlingskommun nära större stad	9 402	9 392	9 457	0,6%	27 952 084	30 805 833	27 528 990	-1,5%	2 973	3 280	2 911	-2,1%
Örebro	Större stad	150 291	153 367	155 696	3,6%	254 792 155	271 294 026	278 048 953	9,1%	1 695	1 769	1 786	5,3%
Östersund	Större stad	62 601	63 227	63 779	1,9%	183 417 397	182 276 596	183 105 814	-0,2%	2 930	2 883	2 871	-2,0%
Totalt	Summa/genomsnitt	1 177 609	1 189 168	1 198 747	1,8%	2 341 209 476	2 554 816 595	2 724 426 776	16,4%	1 988	2 148	2 273	14,3%

Figur 5: Utveckling av antalet invånare, totalkostnader och kostnad per invånare per kommun⁶

Ovanstående bild visar utvecklingen per kommun. Det är endast tre kommuner som minskar sina kostnader under perioden. Två av dessa är små kommuner där mindre förändringar i resurser kan påverka utfallet. Endast Östersunds kommun visar, som större kommun, på en kostnadsminskning under perioden. Utslaget per invånare är det en stor spridning mellan kommunerna men medel ligger på drygt 14 % under perioden. Flertalet kommuner har en ökning på mer än 10 %. Det är en tydlig trend under perioden att kommunerna ökar sina kostnader för hälso- och sjukvård.

⁶ Baserad per urval av 29 kommuner, Kostnad per brukare utfall 2017-2019

Nedanstående tabell visar utvecklingen för alla kommuner baserat på kommunindelningen i likhetsgrupper.

Antal invånare	Totalt	Lägpendlingskommun nära större stad	Mindre stad/tätort	Landsbygdskommun, ej nära större stad	Pendlingskommun nära storstad	Pendlingskommun nära större stad	Större stad	Landsbygdskommun med besöksnäring	Pendlingskommun till mindre tätort
2017	1 177 609	42 802	307 470	86 682	119 398	42 409	472 542	26 908	79 398
2018	1 189 168	42 675	310 185	86 356	121 150	42 466	479 490	27 333	79 513
2019	1 198 747	42 635	312 521	86 036	122 372	42 641	485 607	27 534	79 401
Utveckling 2017-2019	1,8%	-0,4%	1,6%	-0,7%	2,5%	0,5%	2,8%	2,3%	0,0%
Totala kostnader									
2017	2 341 209 476	119 091 295	504 776 254	215 293 003	201 621 807	116 108 602	930 314 556	54 414 654	199 589 305
2018	2 554 816 595	133 949 177	560 835 878	242 108 762	217 891 890	122 933 880	1 004 909 229	56 949 282	215 238 497
2019	2 724 426 776	143 174 545	618 055 471	255 038 520	235 228 237	122 495 540	1 046 047 984	58 002 633	246 383 846
Utveckling 2017-2019	16,4%	20,2%	22,4%	18,5%	16,7%	5,5%	12,4%	6,6%	23,4%
Kostnad per invånare									
2017	2 230	2 782	1 642	2 484	1 689	2 738	1 969	2 022	2 514
2018	2 416	3 139	1 808	2 804	1 799	2 895	2 096	2 084	2 707
2019	2 557	3 358	1 978	2 964	1 922	2 873	2 154	2 107	3 103
Utveckling 2017-2019	14,7%	20,7%	20,5%	19,4%	13,8%	4,9%	9,4%	4,2%	23,4%
Genomsnittlig kostnadsökning baserat på OPI (2,65%) + förändring i antal invånare									
	7,2%	5,0%	7,0%	4,6%	7,9%	5,9%	8,1%	7,7%	5,4%
Förändring med hänsyn taget till kostnadsökning och invånare									
	7,5%	15,7%	13,4%	14,7%	6,0%	-1,0%	1,3%	-3,5%	18,1%

Figur 6: Utveckling av antalet invånare, totalkostnader och kostnad per invånare per likhetsgrupp⁷

Ovanstående tabell visar utvecklingen per likhetsgrupp av kommuner men även totalt. Invånarökningen totalt står för cirka 1,8 % under perioden 2017 – 2019. Om OPI på 2,65% används som ytterligare förklaring till förväntad kostnadsutveckling utgör dessa båda faktorer tillsammans 7,2% av den totala kostnadsökningen på 16,4%. Skulle invånarökningen relateras till de över 80 år minskar skillnaderna då utvecklingen för urvalet av kommuner är 5,0 % för åldersgruppen över 80 år. Det skulle då förklara 10,4 % av de 16,4 %.

Kostnadsökningen behöver med andra ord förklaras av andra faktorer.

Urvalet i alla grupper är inte så omfattande och det är svårt att dra några slutsatser kring om grupptillhörigheten har betydelse för utvecklingen. Det finns en stor spridning i utfall mellan grupperna men det är svårt att hitta förklaringsorsaker till detta. Baserat på urvalet går det inte dra några slutsatser om att geografi och storlek på kommuner har betydelse för kostnadsutvecklingen.

2.5 Utveckling av konsumtion och kostnader inom hälso – och sjukvård

För att ytterligare bryta ner analyserna på vad som påverkar utvecklingen har materialet brutits ner på åldersgruppsnivå. Alla kommuner har inte uppgifter på hur stor andel av hälso- och sjukvården som utförs på delegation av hemtjänsten eller av legitimerad personal i ordinärt boende varvid en schablon har använts baserat på övriga kommuners fördelning för denna uppdelning.

Den största andelen av hälso- och sjukvård står personer som är över 65 år för, ca. 63 % av kostnaderna hänförs till denna åldersgrupp och 37 % hänförs till personer under 65 år. Orsaken till att kostnaden per invånare blir så pass låg är relaterat till det stora antalet invånare under 65 år i relation till över 65 år.

Nedanstående tabell visar utvecklingen per åldersgrupp och invånare för 2017 - 2019 uppdelat per insatsområde.

⁷ Baserat per urval av 29 kommuner, Kostnad per brukare utfall 2017-2019

Insatsområde	Medel 2017	Medel 2018	Medel 2019	Utveckling 2017-2019
Hälso- och sjukvård, totalt, under 65 år	144	152	169	17,6%
Hälso- och sjukvård, totalt, över 65 år	8 528	9 472	9 538	11,8%
Hälso- och sjukvård, totalt, över 80 år	23 895	26 252	26 441	10,7%
Hälso- och sjukvård, Särskilt boende, under 65 år	11	10	13	19,5%
Hälso- och sjukvård, Särskilt boende, över 65 år	2 780	3 131	3 092	11,3%
Hälso- och sjukvård, Särskilt boende, över 80 år	8 777	9 658	9 463	7,8%
Hälso- och sjukvård, Korttidsvård, under 65 år	9	9	10	9,0%
Hälso- och sjukvård, Korttidsvård, över 65 år	527	606	616	16,9%
Hälso- och sjukvård, Korttidsvård, över 80 år	1 423	1 585	1 596	12,2%
Delegerad hälso- och sjukvård utförd av hemtjänst, under 65 år	43	48	53	22,0%
Delegerad hälso- och sjukvård utförd av hemtjänst, över 65 år	1 932	2 155	2 170	12,4%
Delegerad hälso- och sjukvård utförd av hemtjänst, över 80 år	5 066	5 652	5 717	12,9%
Hälso- och sjukvård, ordinärt boende, under 65 år	74	79	86	16,8%
Hälso- och sjukvård, ordinärt boende, över 65 år	3 279	3 532	3 679	12,2%
Hälso- och sjukvård, ordinärt boende, över 80 år	8 599	9 262	9 723	13,1%
Hälso- och sjukvård, totalt LSS, under 65 år	174	186	202	16,1%
Hälso- och sjukvård, totalt LSS, över 65 år	83	97	115	38,3%

Figur 7: Kostnad per invånare (i kronor) för hälso- och sjukvård uppdelat per insatsområde, 2017 - 2019⁸

Det är åldersgruppen över 80 år som står för den högsta konsumtionen per invånare av hälso- och sjukvård men alla åldersgrupper ökar sina kostnader per invånare under perioden. Ökningen för över 80 år börjar dock att avstanna mellan 2018 - 2019 (vilket också påverkar över 65 år). Befolkningsökningen i åldersgruppen över 80 år för urvalet av kommuner är ca. 5 % under treårsperioden 2017 – 2019 enligt figur 4 och med hänsyn taget till OPI 2,65 % årligen så följer kostnadsutvecklingen för gruppen 80 år en genomsnittlig befolknings- och prisutveckling. En orsak till att ökningen inte är större kan vara att behovet av hälso- och sjukvård förskjuts framåt i åldersgruppen så att behovet och därmed kostnaderna för hälso- och sjukvård uppkommer senare vilket i sin tur medför att ökningen i kostnaden per invånare för denna åldersgrupp stannar av.

Insatsområde	Min 2019	Max 2019	Medel 2019
Hälso- och sjukvård, totalt, under 65 år	80	446	169
Hälso- och sjukvård, totalt, över 65 år	4 947	12 822	9 538
Hälso- och sjukvård, totalt, över 80 år	13 816	38 426	26 441
Hälso- och sjukvård, Särskilt boende, under 65 år	0	44	13
Hälso- och sjukvård, Särskilt boende, över 65 år	1 272	5 537	3 092
Hälso- och sjukvård, Särskilt boende, över 80 år	4 109	15 989	9 463
Hälso- och sjukvård, Korttidsvård, under 65 år	0	28	10
Hälso- och sjukvård, Korttidsvård, över 65 år	174	1 399	616
Hälso- och sjukvård, Korttidsvård, över 80 år	415	4 110	1 596
Delegerad hälso- och sjukvård utförd av hemtjänst, under 65 år	12	227	53
Delegerad hälso- och sjukvård utförd av hemtjänst, över 65 år	530	3 814	2 170
Delegerad hälso- och sjukvård utförd av hemtjänst, över 80 år	1 390	10 153	5 717
Hälso- och sjukvård, ordinärt boende, under 65 år	37	203	86
Hälso- och sjukvård, ordinärt boende, över 65 år	2 004	5 465	3 679
Hälso- och sjukvård, ordinärt boende, över 80 år	5 256	14 332	9 723
Hälso- och sjukvård, totalt LSS, under 65 år	54	432	202
Hälso- och sjukvård, totalt LSS, över 65 år	17	270	115

Figur 8: Kostnad per invånare för hälso- och sjukvård uppdelat per insatsområde, min och maxvärden per kommun för under 65 år, över 65 år och över 80 år, utfall 2019⁹

⁸ Baserad per urval av 29 kommuner, Kostnad per brukare utfall 2017-2019. Insatsområdena för övrig hälso- och sjukvård i ordinärt boende redovisas inte i tabellen då det är ett så pass litet urval. Insatsema inom LSS har grupperats för förenkla tabellen.

⁹ Baserad per urval av 29 kommuner, Kostnad per brukare utfall 2017-2019. Insatsområdena för övrig hälso- och sjukvård i ordinärt boende redovisas inte i tabellen då det är ett så pass litet urval. Insatsema inom LSS har grupperats för förenkla tabellen.

Ovanstående tabell visar på skillnaderna mellan kommunen med lägsta och högsta utfallet (utfall per område). Variationen i kostnad per invånare för utfall 2019 är hög. Detta visar på att även om utvecklingen är likartad mellan åren är fortfarande variationen i utfall hög, det vill säga att skillnaderna mellan högsta och lägsta nivå kan skilja nästan 300 % trots att utvecklingen mellan 2017 - 2019 är likartad. Kostnadsnivån för kommunerna har andra förklaringar än utvecklingen.

I avsnitt 3 redovisas vilka insatser som utförs i den kommunala hälso- och sjukvården samt flera möjliga orsaker till varför variationen i kostnadsnivå är så pass omfattande. Det kan vara skillnader i avtal med regionen och arbetssätt med regionala resurser, andel patienter inskrivna patienter av befolkningen, produktivitet, patientmix m.m. som gemensamt har medfört en viss kostnadsnivå. Men variationen i kostnadsnivå verkar inte ha någon större betydelse för kostnadsutvecklingen. Trots stor variation i kostnadsnivå så ökar både kommuner med låg och hög kostnadsnivå sina kostnader för hälso- och sjukvård.

2.6 Kostnadsutveckling per patient

Socialstyrelsen samlar in data över insatser i kommunal hälso- och sjukvård vilket innebär att det är möjligt att få ut uppgifter på antal inskrivna i de olika kommunerna. Statistiken baseras på individregistret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Registret samlas in månadsvis via en webbaserad uppgiftslämnarsida. Enbart de åtgärder som kommunen utför ska samlas in. Insatser som ingår i begreppet kommunal hälso- och sjukvård och därmed ingår i denna statistik specificeras i 12 kap. 1 och 2 § och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Antal personer som någon gång under 2019 var mottagare av kommunal hälso- och sjukvård ska rapporteras.

Detta är en uppgift som också skulle kunna komplettera tidigare beskriven information för att analysera om det är antalet patienter som driver kostnadsutvecklingen. Tyvärr är vår bedömning att statistiken inte håller sådan kvalitet att den fullt ut kan användas i analysen. Socialstyrelsens insamling av insatser i kommunal hälso- och sjukvård är därför en datakälla som Ensolution normalt inte använder i Kostnad per brukare-arbetet. I KPB-arbetet granskas och kvalitetssäkras också all individdata av både konsulter och kommunrepresentanter vilket av naturliga skäl inte heller är möjligt med Socialstyrelsens data.

För de 29 kommunerna som hade utfall från Kostnad per brukare för åren 2017 - 2019 gjordes en sammanställning av antalet patienter som är rapporterade under samma period. Flertalet kommuner hade antingen bristfällig inrapportering eller stora variationer i antal patienter under perioden. Framför allt är det svängningar i antal patienter som gör att bedömningen är att inrapporteringen för alla år inte bedöms vara av den kvaliteten att materialet kan användas. Exempelvis rapporteras en skillnad på +/- 500 (20%) patienter mellan två år för en mellanstor kommun. För 15 av kommunerna verkar inrapporteringen vara rimlig varvid nedanstående sammanställning har gjorts.

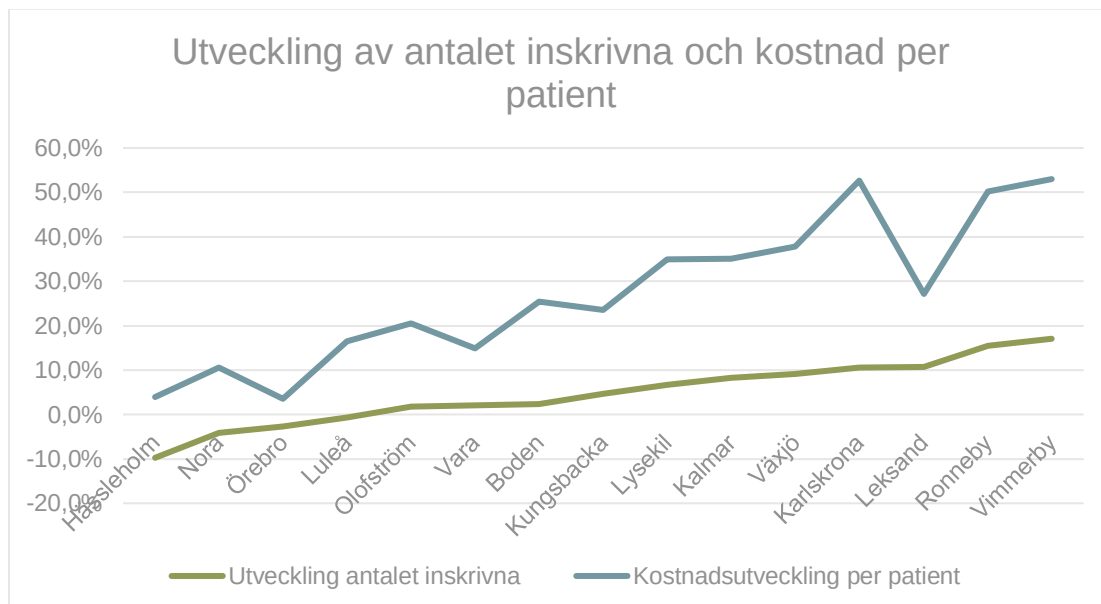
	Antal invånare				Totala kostnader				Kostnad per invånare			
				Utveckling				Utveckling				Utveckling
Kommun	2017	2018	2019	2017-2019	2017	2018	2019	2017-2019	2017	2018	2019	2017-2019
Boden	28 181	28 064	28 080	-0,4%	75 318 627	85 903 970	90 556 322	20,2%	2 673	3 061	3 225	20,7%
Hässleholm	52 003	52 121	52 145	0,3%	103 957 977	114 250 414	131 013 146	26,0%	1 999	2 192	2 512	25,7%
Kalmar	67 451	68 510	69 467	3,0%	124 431 861	137 801 653	145 591 120	17,0%	1 845	2 011	2 096	13,6%
Karlskrona	66 666	66 675	66 622	-0,1%	120 461 697	139 373 767	154 789 958	28,5%	1 807	2 090	2 323	28,6%
Kungsbacka	81 986	83 348	84 395	2,9%	145 742 580	156 470 568	165 346 158	13,5%	1 778	1 877	1 959	10,2%
Leksand	15 640	15 804	15 807	1,1%	30 078 977	32 186 513	31 634 616	5,2%	1 923	2 037	2 001	4,1%
Luleå	77 470	77 832	78 105	0,8%	130 072 484	143 984 217	153 389 810	17,9%	1 679	1 850	1 964	17,0%
Lysekil	14 621	14 611	14 555	-0,5%	43 772 667	48 045 206	52 618 223	20,2%	2 994	3 288	3 615	20,8%
Nora	10 747	10 737	10 726	-0,2%	28 810 376	32 511 553	34 482 547	19,7%	2 681	3 028	3 215	19,9%
Olofström	13 482	13 516	13 426	-0,4%	43 270 708	46 824 569	50 476 832	16,7%	3 210	3 464	3 760	17,1%
Ronneby	29 568	29 695	29 633	0,2%	73 687 527	77 966 721	85 938 112	16,6%	2 492	2 626	2 900	16,4%
Vara	15 942	15 952	16 024	0,5%	34 721 957	35 534 610	38 361 738	10,5%	2 178	2 228	2 394	9,9%
Vimmerby	15 728	15 764	15 647	-0,5%	41 925 649	47 163 255	48 696 098	16,1%	2 666	2 992	3 112	16,7%
Växjö	91 060	92 567	94 129	3,4%	188 075 841	212 446 291	221 627 015	17,8%	2 065	2 295	2 355	14,0%
Örebro	150 291	153 367	155 696	3,6%	254 792 155	271 294 026	278 048 953	9,1%	1 695	1 769	1 786	5,3%
Totalt	730 836	738 563	744 457	1,9%	1 439 121 083	1 581 757 334	1 682 570 649	16,9%	1 969	2 142	2 260	14,8%

Kommun	Antal inskrivna			Utveckling 2017-2019	Kostnad per inskriven patient			Utveckling 2017-2019	Utveckling med hänsyn taget till kostnadsutveckling (2,65 %) och befolkningsutveckling
	2017	2018	2019		2017	2018	2019		
Boden	2 160	2 258	2 211	2,4%	34 065	38 044	41 924	23,1%	18,5%
Hässleholm	3 609	3 770	3 257	-9,8%	31 918	30 305	36 302	13,7%	9,2%
Kalmar	5 292	5 512	5 731	8,3%	21 712	25 000	27 512	26,7%	22,2%
Karlskrona	3 611	3 752	3 993	10,6%	30 168	37 147	42 866	42,1%	37,6%
Kungsbacka	2 448	2 632	2 563	4,7%	56 864	59 449	67 543	18,8%	14,3%
Leksand	857	907	949	10,7%	31 695	35 487	36 913	16,5%	11,9%
Luleå	3 873	3 914	3 848	-0,6%	33 803	36 787	39 605	17,2%	12,6%
Lysekil	645	663	688	6,7%	63 623	72 466	81 579	28,2%	23,7%
Nora	701	791	672	-4,1%	42 873	41 102	49 191	14,7%	10,2%
Olofström	940	951	957	1,8%	45 215	49 237	53 699	18,8%	14,2%
Ronneby	2 319	2 599	2 678	15,5%	27 516	29 999	37 058	34,7%	30,2%
Vara	578	595	590	2,1%	58 851	59 722	66 370	12,8%	8,3%
Vimmerby	962	1 060	1 126	17,0%	37 234	44 494	50 620	35,9%	31,4%
Växjö	5 599	6 470	6 112	9,2%	30 772	32 836	39 583	28,6%	24,1%
Örebro	7 319	7 413	7 123	-2,7%	35 770	36 597	37 990	6,2%	1,7%
Totalt	35 314	36 817	36 386	3,0%	39 379	42 560	47 798	21,4%	16,9%

Figur 9: Utveckling 2017 - 2019, antal invånare totalt, totala kostnader, kostnad per invånare, antal inskrivna och kostnad per inskriven för urvalet av kommuner¹⁰

Ovanstående tabeller visar att utvecklingen av antalet inskrivna totalt på 3,0 % för de 15 kommunerna är något större än ökningen av befolkningen totalt på 1,9%. Relateras ökningen av antalet inskrivna oberoende av ålder till befolkningsökningen på ca. 3 % över 65 år är det mer i paritet med ökningen av antalet inskrivna.

Även om det är stor variation i utfall mellan kommunerna så ökar kostnaden per patient avsevärt mer än antalet inskrivna. Slutsatsen är att det är kostnaden per inskriven patient som driver kostnadsutvecklingen. Innehållet i tabellen kan också illustreras som ett samband mellan antalet inskrivna och kostnaden per patient. I nedanstående diagram syns tydligt att kostnadsutvecklingen inte följer utvecklingen av antalet inskrivna.



Figur 10: Utveckling 2017 - 2019, antal inskrivna och kostnad per inskriven patient för urvalet av kommuner¹¹

10 Samtliga kostnader i tabellerna är Baserad per urval av 15 kommuner, Kostnad per brukare utfall 2017-2019. Kolada, invånarstatistik 2017-2019 samt Socialstyrelsens insamling av insatser i kommunal hälso- och sjukvård, 2017 - 2019

11 Samtliga kostnader i tabellerna är Baserad per urval av 15 kommuner, Kostnad per brukare utfall 2017-2019. Kolada, invånarstatistik 2017-2019 samt Socialstyrelsens insamling av insatser i kommunal hälso- och sjukvård, 2017 - 2019

Kostnadsutvecklingen per patient påverkar också kostnadsutvecklingen per invånare. Med hänsyn taget till en genomsnittlig kostnadsökningen blir utvecklingen för urvalet av kommuner knappt 20 % på två år. Samtliga kommuner ökar också sina kostnader per patient under perioden.

Detta betyder att kostnadsutvecklingen förklaras av en ökning av kostnad per patient och inte av ökningen i antalet inskrivna eller befolkningsutvecklingen totalt i någon högre utsträckning. Personalkostnaderna är den absolut största kostnaden (ca. 90 %) ¹² inom hälso- och sjukvård och därför är det ökade personalkostnader per patient som driver kostnadsutvecklingen i kommunerna.

Nedanstående figur visar ett exempel på kostnadsnedbrytning av kostnaderna för en hemtjänstgrupp som utför hälso- och sjukvård på delegation i Kalmar kommun, utfall 2019. Andelen personalkostnader så då endast baserats på lön och kalkylerad personalkostnad utgör i det här fallet 88 % av bruttokostnaden eller 93 % av nettokostnaden. Uppdelningen av kostnader följer den indelning av kostnadsgrupper som ingår i Räkningskapssammandraget (RS).

Exempel - Hälso- och sjukvård utförd på delegation	Kostnad	Procentuell andel övriga kostnader
RS driftredovisning kolumn löner	1 628 124	
RS driftredovisning kolumn kalkylerad personalomkostnad	640 589	
Personalkostnader (lön + sociala avgifter)	2 268 713	
RS driftredovisning kolumn varor m.m.	42 763	
RS driftredovisning kolumn köp av huvudverksamhet	20 943	
RS driftredovisning kolumn övriga kostnader	62 930	
RS driftredovisning kolumn lämnade bidrag	-623	
RS driftredovisning kolumn externa lokalhyror	42 293	
RS driftredovisning kolumn kalkylerade kapitalkostnader	98	
RS driftredovisning kolumn interna lokalkostnader	171	
RS driftredovisning kolumn interna köp och övriga interna kostnader	103 179	
RS driftredovisning kolumn gemensamt fördelad verksamhet	51 346	
Övriga kostnader	323 100	12%
RS driftredovisning kolumn taxor och avgifter	0	
RS driftredovisning kolumn externa bostadshyror och lokalhyror	0	
RS driftredovisning kolumn övriga externa intäkter	-153 380	
RS driftredovisning kolumn övriga interna intäkter	-7 421	
Intäkter	162 299	7%

Figur 11: Exempel på kostnadsuppdelning för en hemtjänstgrupps insatser inom hälso- och sjukvård utförd på delegation¹³

Det kan också konstateras såsom för analysen med kostnad per invånare att variationen mellan kommunernas kostnad per inskriven patient är hög. Det är inte heller så att de kommunerna med låg kostnadsnivå har en högre kostnadsutveckling än kommunerna med hög kostnadsnivå. Skillnaderna i kostnadsnivå förklaras inte av kostnadsökningarna under perioden.

¹² Källa: Kostnad per brukare, Ensolution utfall 2019

¹³ Källa: Kostnad per brukare, Ensolution utfall 2019

3. Vilka insatser utförs i den kommunala hälso- och sjukvården

3.1 Metodbeskrivning - uppföljning av resurser och insatser inom kommunal hälso – och sjukvård

Flera kommuner har behov av analyser och förbättringsmöjligheter inom kommunal hälso- och sjukvård. Det är ett område som är eftersatt när det gäller uppföljning trots omfattande kostnader och ansvar. Under 2018 startade Ensolution AB ett gemensamt projekt tillsammans med sju olika kommuner för att skapa en standard för hur hälso- och sjukvårdsinsatser kan följas upp och resursberäknas. Tillsammans med Örebro kommun, Karlshamns kommun, Nybro kommun, Härryda kommun, Hässleholms kommun, Kalmar kommun skapades en heltäckande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvårdsinsatser för legitimerad personal avseende sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjuktymnaster och arbetsterapeuter samt de uppdrag som de delegerar eller fördelar till annan personal att utföra. Insamlingen och mallarna som är indelade i olika behovsområden för sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjuktymnaster och arbetsterapeuter testades och utvecklas tillsammans under utvecklingsprojektet med en bred acceptans över definitioner och nivå på insamling.

Fram tills nu har det saknats ett bra verktyg för att kunna bedöma och mäta den legitimerade personalens nedlagda tid och insatser. Ensolution använder det egenutvecklade IT-verktyget Kuben som ger möjlighet att följa individen över tid samtidigt som verktyget ger stöd för en så rättssäker och objektiv bedömning som möjligt. Modellen har utvecklats i samarbete med sju kommuner och bygger på samma behovsskala som Individens behov i centrum, IBIC, med en integrerad mall där bedömda behov omvandlas till en tidsberäkning. Alla insatser som mäts är också kodade till yrkeskategori, KVÅ (klassificering av åtgärder) och verksamhetsområde.

Bedömningen görs via ett webgränssnitt med hjälp av en läsplatta eller dator vilket möjliggör att utföra bedömningen samtidigt som man träffar patienterna. Systemet har hög säkerhet och är ett komplement till det vanliga verksamhetssystemet. Samma frågor och svarsalternativ för alla bidrar dessutom till att det blir lätt för kommunerna att göra bedömningarna likvärdigt. Det är också möjligt att löpande samla in parametrar med avseende på till exempel risk, behov av koordination eller upplevd kvalitet i samband med bedömningarna.

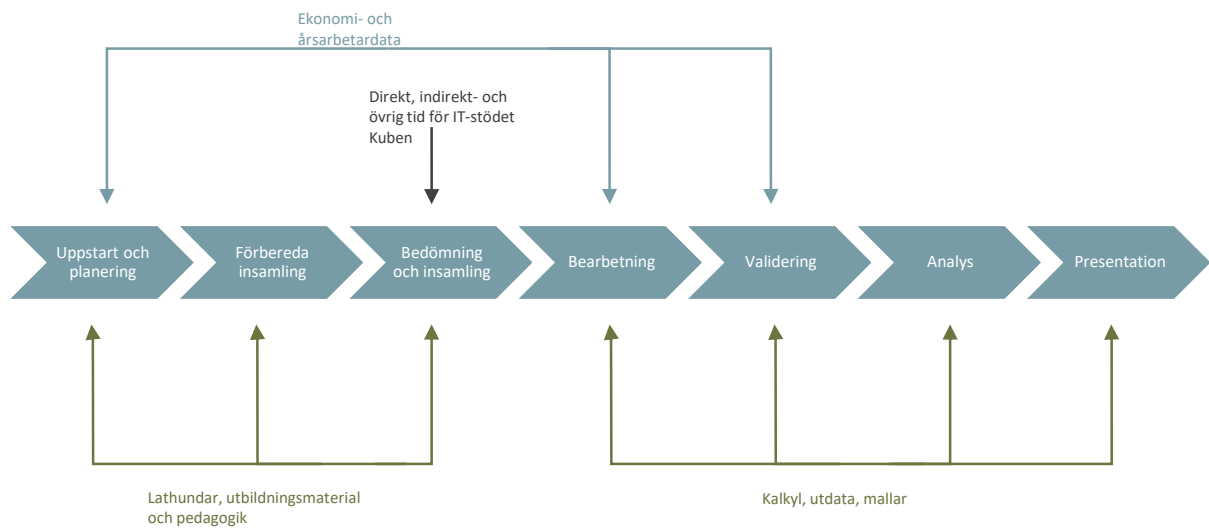
Det finns idag inte några tillförlitliga uppgifter i verksamhetssystemen av vad som faktiskt görs och vem som utför uppgifterna. Det nya med Ensolutions metod är att det görs en insamling och bedömning av alla patienters behov av insatser som översätts till resursåtgång i termer av tid. De patientansvariga sjuksköterskorna, arbets- och fysioterapeuterna gör behovsbedömningar av sina patienter, och anger i vilken omfattning insatser delegeras/fördelas. All legitimerad personal gör också en tidsskattning av sin indirekta och övriga tid.

Detta ger oss information om:

- Antal patienter (samt individkoppling)
- Bedömda resurser för patienten
- Tid och andel hälso- och sjukvård som utförs av icke legitimerad personal
- Fördelning mellan vård i hemmet, särskilt boende, bostad med särskild service etc.
- Konsumtion och mix av insatser
- Produktionskostnad (då insatsvolym samkörs med kostnader)
- Fördelningen mellan direkt, indirekt och övrig tid

De 17 kommuner som Ensolution har genomfört mätningar under 2018 - 2019 i och som ingår i denna studie är Gislaved, Göteborg, Herrljunga, Härryda, Hässleholm, Jönköping, Kalmar, Karlshamn, Klippan, Laholm, Lerum, Ljungby, Nybro, Sölvesborg, Oskarshamn, Partille samt Örebro (delar av kommunen). Det är primärt kommuner i södra Sverige som alla har ansvar för hemsjukvården. De representerar tillsammans cirka 1,3 miljoner invånare eller ungefär 10 % av Sveriges befolkning.

Följande steg ingår i insamlingen:



Figur 12: Steg för att skapa en uppföljning av resurser och insatser inom kommunal hälso- och sjukvård

Ovanstående bild beskriver översiktligt de delar som ingår i att skapa en uppföljning av resurser och insatser. Mätperioden pågår normalt under tre veckor.

Insamlingen/mallarna är indelade i olika behovsområden. Följande avsnitt visar de områden som mäts per mall. Respektive mall beskriver vad som görs av respektive yrkeskategori när det kommer till hälso- och sjukvårdsinsatser

Behovsområden – Sjuksköterska, SSK

- **Läkemedelshantering**
 - Läkemedelshantering (tabletter, flytande, injektioner)
 - Insulingivning
- **Sårvård**
 - Omläggning/ lindning
- **Provtagning**
 - Provtagning återkommande (ex. blodsocker, venös provtagning, blodtryck, puls)
- **Normalt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter**
 - Sondmatning
 - Stomiskötsel
 - Katetervård
 - Stödstrumpor
 - Trycksår profylax
 - Vård ögon/öron/inhalator
 - Krämsalva
 - Rörlighetsträning/rehabilitering
 - Supp/vag/klysma
- **Specifik omvårdnad**
 - Dialys

- Infusion (dropp, avläsning)
- Centrala infarter (CVK, PICC-line etc)
- Trach
- Övriga infarter (Comfortnål, PEG)
- **Vård i livets slut/palliativ vård**
 - Dagliga hembesök
 - Telefonkontakt personal/anhöriga/läkare
 - Direkta åtgärder
 - Observation
- **Kontakt patient/personal övrigt**
 - Telefonkontakt patient/anhöriga
 - Hembesök av anledning som ej finns beskriven på annat ställe i bedömningen
 - Samtal (exempelvis vid vårdplanering)
 - Instruktion
 - Tillsyn

Behovsområden - Arbets- och fysioterapeuter (rehab-personal)

- **Rehabilitering**
 - Undersökning och utredning
 - Uppföljningsbesök
 - Behandling
 - Rörlighets- och styrketräning
 - ADL-träning
- **Hjälpmedelshantering**
 - Undersökning, utredning och utprovning av hjälpmedel
 - Uppföljningsbesök hjälpmedel
- **Kontakt patient/personal övrigt**
 - Telefonkontakt patient/anhöriga
 - Information/rådgivning/undervisning
 - Hembesök av anledning som ej finns beskriven på annat ställe i bedömningen
 - Samtal (exempelvis i samband med vårdplanering)
 - Övriga instruktioner (exkl. hjälpmedel)
 - Tillsyn

3.2 Urval av kommuner

För att analysera och utvärdera vad som utförs i den kommunala hälso- och sjukvården beskrivs detta med hjälp av den insamling av bedömningar av hälso- och sjukvårdsinsatser som har genomförts i 17 kommuner. Detta material ger en bild av kommuners innehåll och arbetssätt inom den kommunala hälso- och sjukvården. På så sätt kan detta ge en förklarande bild till utvecklingen inom den kommunala hälso- och sjukvården. Tyvärr finns ännu inte löpande mätningar där utvecklingen över tid kan jämföras då detta är en insamling som påbörjades under slutet av 2018.

Analyserna kan ge svar på följande frågeställningar:

- Skiljer sig resurserna som en kommun lägger på hälso- och sjukvård jämfört med andra?
- Vad kan förklara skillnader i nedlagda resurser?

Det sker en nedbrytning på typ av insatser, exempelvis provtagning, palliativ vård och läkemedelshantering, presenterade på total nivå för varje kommun. Data presenteras även med direkt och indirekt/övrig patienttid samt insatser utförda av legitimerad respektive icke-legitimerad personal.

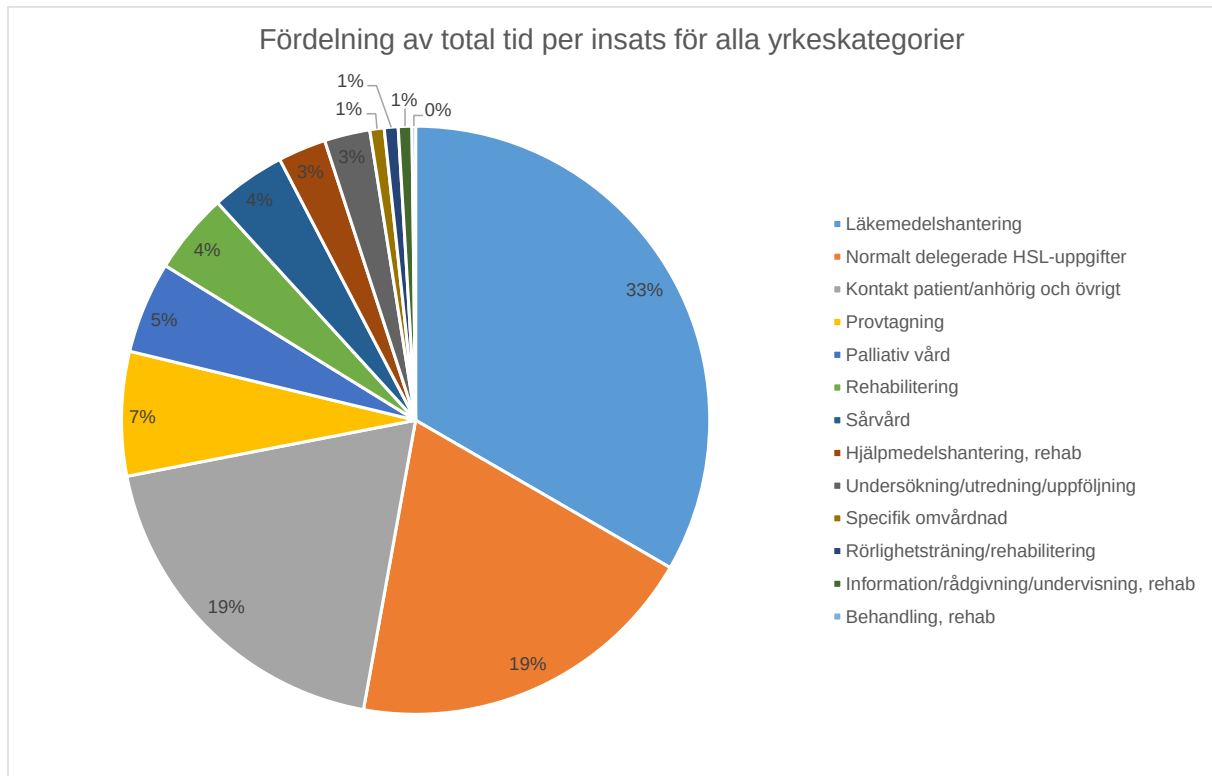
Data presenteras på kommunnivå för samtliga tillgängliga kommuner. Perioden är mätningar utförda under 2018 - 2020 i totalt 17 kommuner där Ensolution har genomfört projekt.

I följande två avsnitt presenteras dels vilka insatser som utförs och sedan vilka faktorer som påverkar kostnadsnivån

3.3 Vilka insatser utförs inom kommunal hälso- och sjukvård

Kommunal hälso- och sjukvård innefattar resurser för legitimerad personal i form av sjuksköterskor (SSK) eller rehabpersonal (fysioterapeuter eller arbetsterapeuter) som antingen själv utför alla insatser eller som delegerar eller fördelar uppdrag till annan personal. Insatserna utförs inom alla områden där kommunen har verksamhet såsom ordinärt boende (vård i hemmet), särskilt boende, korttidsvård, bostad med särskild service eller andra insatser enligt SoL och LSS. Som tidigare redovisats i avsnitt 2.3 utförs huvuddelen av all hälso- och sjukvård antingen som vård i hemmet eller inom särskilt boende.

Nedan följer en sammanställning av fördelning av total tid för samtliga yrkeskategorier oberoende av vem som utför insatsen. Tid som till exempel undersköterskor eller rehab assistenter utför ingår också i sammanställningen.



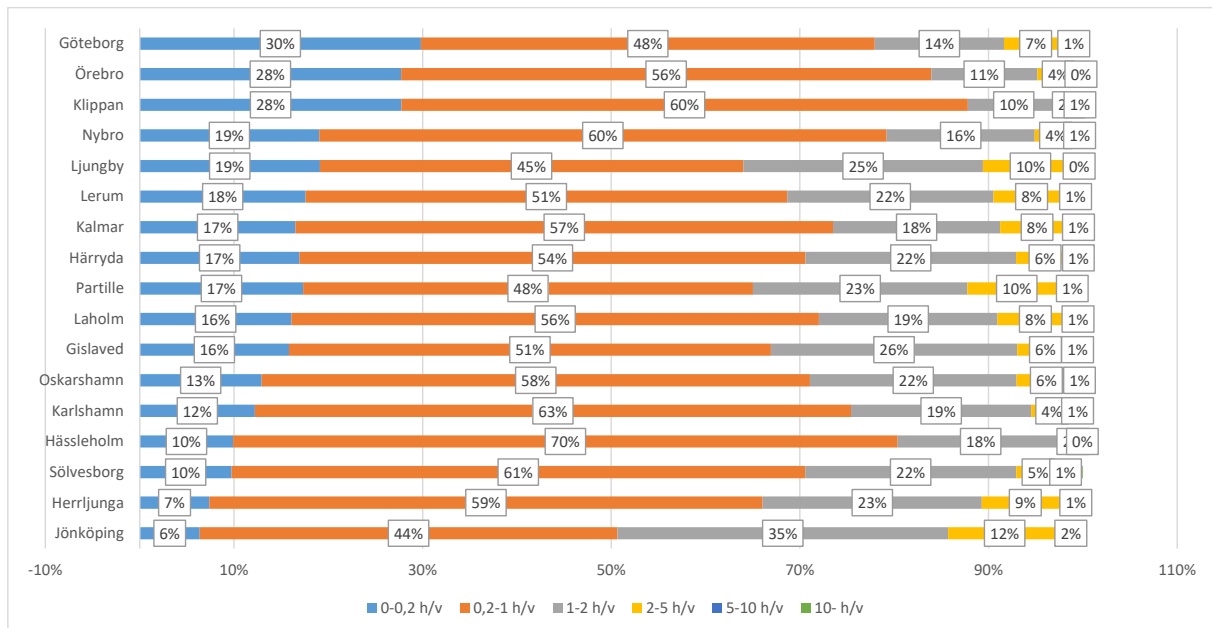
Figur 13: Fördelning av total tid per insats för alla yrkeskategorier, samtliga kommuner i mätningen¹⁴

Ovanstående diagram visar att det är fyra insatser som dominerar det som utförs, nämligen läkemedelshantering, normalt delegerade HSL-uppgifter, kontakt med patient/anhörig samt provtagning. Dessa insatser står för 78 % av den nedlagda tiden.

Utifrån mätningar som genomförts i de 17 kommunerna är det möjligt att dela in patienterna i olika tidsintervall för att analysera skillnader i patientmix och vårdtyngd mellan kommunerna för en sammanställning av alla insatser per patient. Detta är en första indelning för att kategorisera patienternas behov av hälso- och sjukvård.

Nedanstående diagram visar en jämförande patientmix i tidsintervall mellan alla kommuner, alla områden (särskilt boende, ordinärt boende, LSS) för SSK. Detta är ett mått på skillnaderna i "vårdtyngd" mellan kommunerna.

¹⁴ Genomlysning av kommunal hälso- och sjukvård med Kuben i 17 kommuner, Ensolution AB 2018 - 2020



Figur 14: Jämförande patientmix av andel patienter i timintervall mellan alla kommuner, alla områden SSK¹⁵

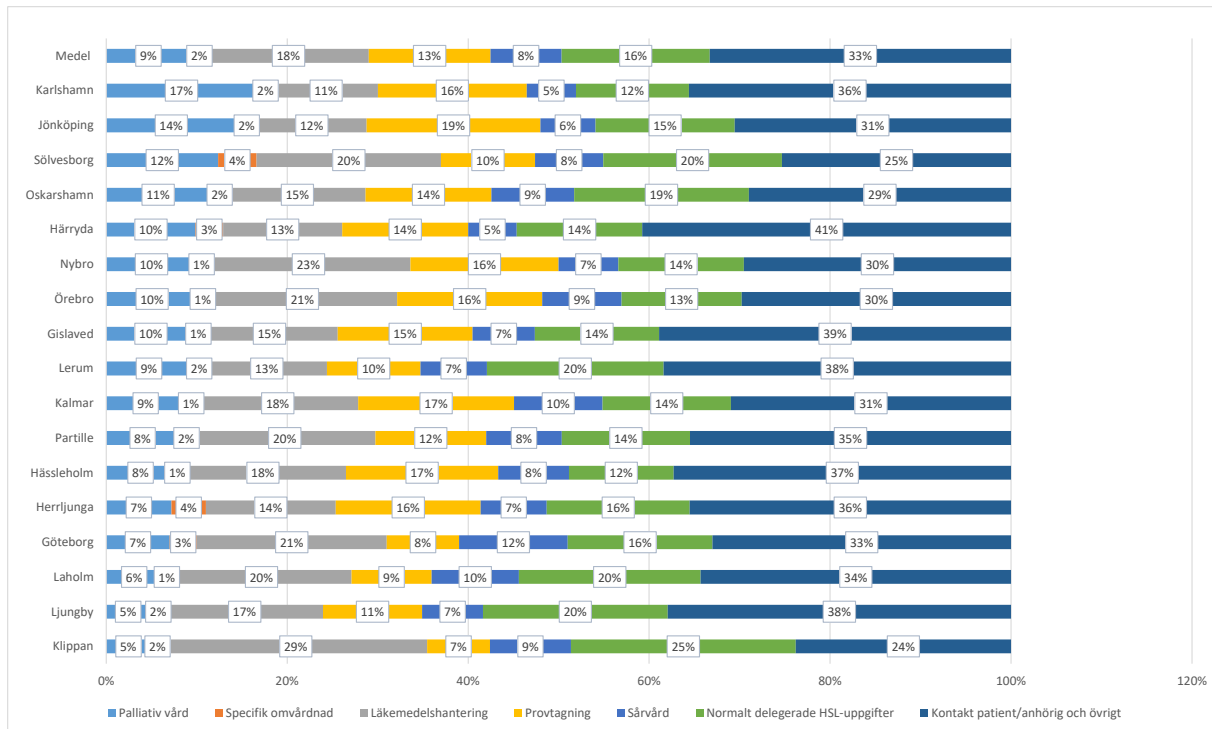
Kommunernas patienter delas in olika timintervall per vecka utifrån de insatser som SSK gör. I materialet finns många andra indelningar (exempelvis per boendeform) men alla områden har valts för att spegla de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård.

Patienter som befinner sig i intervallet 0 - 0,2 timmar/vecka anses kräva lite behov av insatser och tiden utgörs oftast enbart av nedlagd tid för delegering för SSK. De stora grupperna utgörs av 0,2 - 1 respektive 1 - 2 timmar per vecka. Här återfinns patienter som har flera enklare insatser som utförs på delegation men som ändå driver något mer sjukskötersketid eftersom det är flera olika insatser. Det är också patienter som kräver fler besök.

Patienter i intervall 2 - 5 timmar har ofta kombination fler insatser med större regelbundenhet. Till exempel mer omfattande läkemedelshantering, provtagning och sårvård som kräver många besök och mycket kontakt med patient/anhörig. Patienter i intervallet 5 - 10 eller över 10 timmar har omfattande behov så som specifik omvårdnad eller palliativ vård, tillstånd som i sin tur driver mycket tid för läkemedelshantering och provtagning samt mycket stor omfattning av besök av alla anledningar.

Kommuner som har en högre andel över 5 timmar har en "tyngre" patientmix än andra kommuner. Dock förklaras de stora skillnaderna i andel inskrivna mellan kommuner snarare i andelen patienter i "lätta" i intervallet, upp till 2 timmar per patient och vecka.

Som en ytterligare fördjupning av vad det är för insatser som utförs visar nedanstående diagram spridningen av de insatser som utförs av SSK.



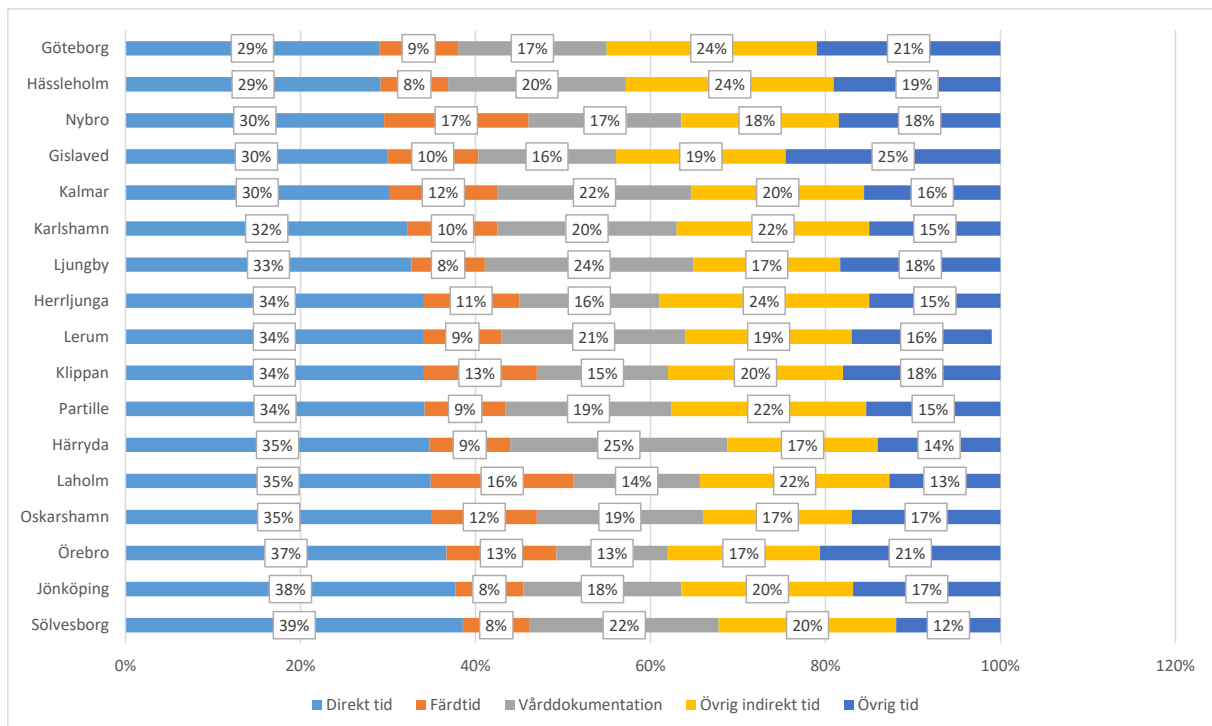
Figur 15: Patientmixanalys - Jämförande diagram för procentuell mix av tid för olika behovsområden, SSK¹⁶

Diagrammet visar att det finns stora skillnader mellan kommunerna i vilken typ av behovsområden som driver sjuksköterskornas direkta tid. Notera att denna sammanställning gäller den direkta tiden som SSK utför med patient vilket bara motsvarar ungefär 1/3 av den totala tiden och att även den övriga tiden påverkar kostnadsnivån.

En avgörande faktor i denna analys är att analysera varför det skiljer sig åt mellan kommunerna. För att säkert kunna uttala sig om det skulle det behöva samlas in uppgifter om utvecklingen av patientmixen över tid. Detta har inte varit möjligt ännu då Ensolutions mätning är så pass ny och pandemin har försvårat insamlingen av nya uppgifter men det kommer att vara möjligt inom något år.

Nedanstående tabell visar att huvuddelen av en sjuksköterskas arbetsuppgifter inte består av direkt patienttid utan av andra uppgifter som tar mycket tid. Så här definieras de olika aktiviteterna:

- Indirekt patienttid; Färdtid, Väntetid, Planering relaterad till vårdtagare, Rapporter/dokumentation, Planering av kommande vårdtagare, Samtal relaterat till vårdtagare
- Övrig tid; Introduktion av personal/student, Utbildning av annan personal, Vård av lokal, material, fordon, Egen utbildning/projektmedverkan, Fackligt arbete, Kvalitetsuppföljning/utvecklingsarbete, Arbetsplatsträffar, Beställningar, Planering relaterad till arbetsgruppen, Annat arbete



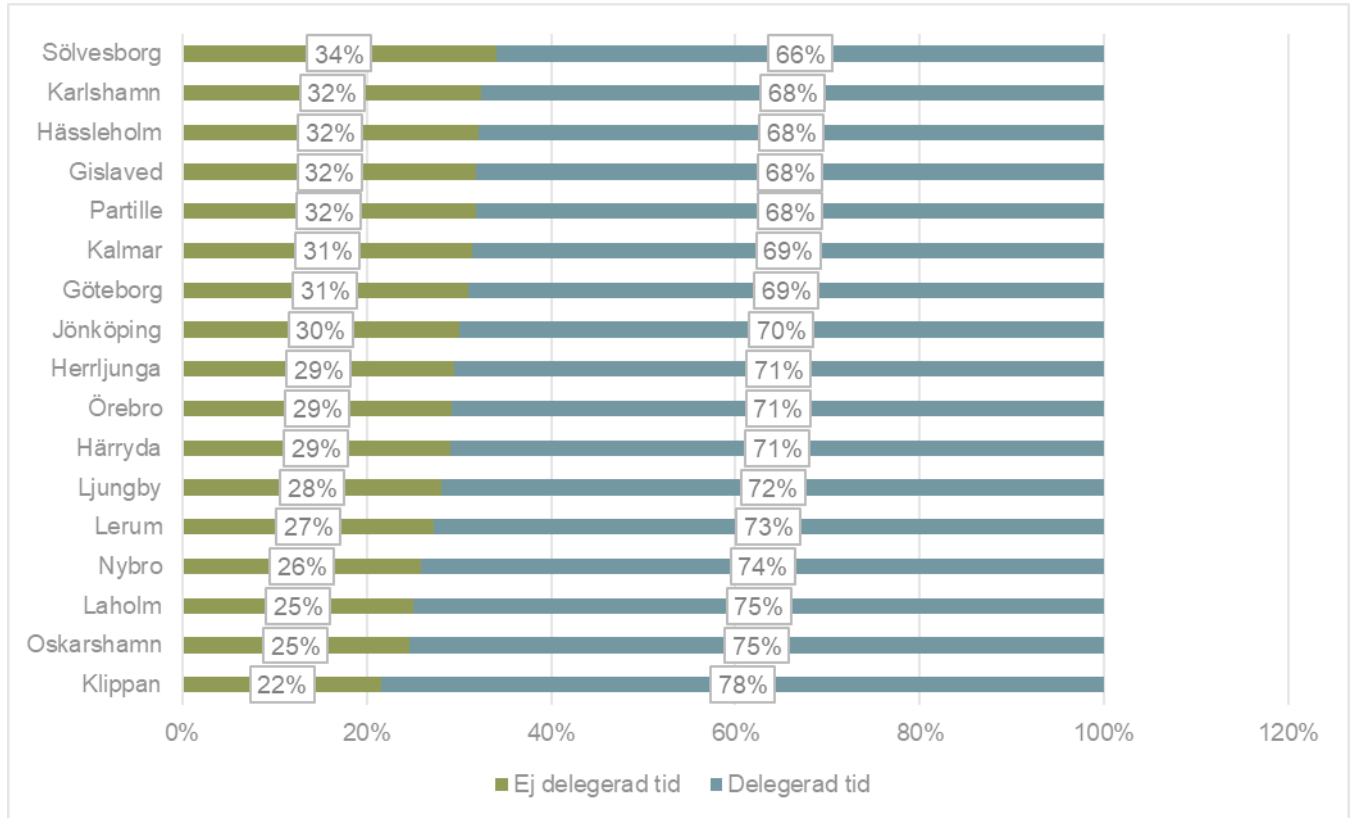
Figur 16: Fördelning av tid på olika aktiviteter, sjuksköterskor¹⁷

Som ovanstående bild visar är medeltiden för direkt patienttid cirka 33 %. Patientmixens inverkan på de totala kostnaderna är ungefär 1/3 av kostnadsmassan. Övriga 2/3 förklaras av andra uppgifter.

Värt att notera att SSK måste anses ha en låg direkt patient i jämförelse med andra yrkeskategorier. Exempelvis visar Ensolutions resultat från årliga Kostnad per brukare sammanställningarna ofta en direkt brukartid på ca. 60 % även om det varierar. Det är en stor skillnad jämfört med SSK med tanke på att hemtjänsten även de har en stor andel färdtid. Nedlagd tid på färdtid varierar också mellan kommunerna, från högsta till lägsta utfall av tiden är det dubbelt så hög tid för färdtid.

17 Genomlysning av kommunal hälso- och sjukvård med Kuben i 17 kommuner, Ensolution AB 2018 - 2020

En annan påverkande faktor på innehåll och kostnadsnivå är i vilken utsträckning uppgifter delegeras eller fördelas till andra yrkeskategorier. Arbetssättet kring delegering och fördelning av uppdrag till icke legitimerad personal påverkar vilka insatser som legitimerad personal utför. Kostnaden per timme för en hemtjänstinsats är ungefär en tredjedel av kostnaden för en sjukskötersketimme (genomsnittskostnaden för hemtjänsttimme i Kostnad per brukare, utfall 2019 var 453 kr/timme, beviljad tid och för en sjukskötersketimme är snittkostnaden för de 17 kommunerna 1206 kr/timme). Nedanstående diagram visar skillnaderna i andel delegation/fördelning mellan kommunerna.



Figur 17: Procentuell andel av insatserna som utförs av legitimerad respektive icke-legitimerad personal¹⁸

Ovanstående diagram visar på att det finns skillnader mellan kommunerna med upp till 12 %. Detta har en påverkan på kommunens kostnadsnivå. Orsakerna kan förklaras av skillnader i vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som delegeras/görs och svårighetsgraden och lämpligheten i att delegera insatserna. I flera kommuner finns det anledning att se över sina riktlinjer och arbetssätt inom området.

¹⁸ Genomlysning av kommunal hälso- och sjukvård med Kuben i 17 kommuner, Ensolution AB 2018 - 2020

3.4 Vilka faktorer påverkar kostnadsnivån?

I det här avsnittet har faktorer som påverkar kostnadsnivån tagits med. Detta för att göra en beskrivning av vilka delar förutom innehållet som skulle kunna förklara både de skillnader som finns mellan kommunernas kostnadsnivå och ge förklaringar till kostnadsutvecklingen.

3.4.1 Avtal med regionen och regionala resurser

Det finns ingen sammanställning på hur de olika avtalen med regionerna skulle kunna påverka kostnadsnivån för de enskilda kommunerna. Växlingen har skett vid olika perioder, med olika innehåll, olika skattesatser samt att avtalen också förnyats vid olika tillfällen. Hur stor den enskilda påverkan av avtalen är väldigt svårt att sätta siffror på då det är många olika faktorer som samverkar.

Kommunerna i Stockholms län (förutom Norrtälje) har ännu inte tagit över ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende av regionen och det är såklart en påtaglig skillnad jämfört med övriga regioner. I denna rapport är inga kommuner från Stockholm med i jämförelsen så de är inte en jämförelsestörande post.

Följande delar påverkar omfattning och innehåll för enskilda kommuners kostnadsnivå som Ensolution identifierat vid arbetet med enskilda kommuner och regioner. Många delar hänförs förmodligen snarare till tolkningar och arbetssätt mellan kommun och region snarare än vad som faktiskt står i avtalen.

- Överenskommelse kring vilka typer av patienter som kommuner gör insatser för (ex. blodtransfusioner)

Vilka typer av patienter som enskilda kommuner tar emot kan skilja sig åt, exempelvis utför inte alla kommuner avancerad hemsjukvård såsom blodtransfusioner vilket normalt regionen utför. Även om avtalen innehåller en sak är det inte säkert att praktiken ser ut så. Det beror också på hur långt regionerna har kommit i arbetet med nära vård och de initiativ som pågår inom ramen för denna omställning.

- Ansvar för barn och ungdomar under 18 år

Alla kommuner har inte ansvar för barn och ungdomar. Även om det är en liten andel patienter under 18 år som i praktiken behöver hemsjukvård i kommunal regi kan det såklart påverka omfattning och kostnadsnivå.

- Överenskommelse om omfattning på rehab-personal i primärvården

I vissa regioner har inte kommunerna fysioterapeuter som arbetar i ordinärt boende utan de återfinns i stället på vårdcentralerna. Med en sådan uppdelning fördelar fysioterapeuterna fortfarande uppdrag till undersköterskor i hemtjänsten. Detta medför en kostnad för kommunen men det reducerar kostnaderna för legitimerad personal för kommuner i dessa regioner.

- Principer för inskrivning av patienter i hemsjukvården

Beroende på hur arbetssätt fungerar mellan kommun och region påverkar detta vilka som skrivs in i hemsjukvården. Har kommunen personer som aktivt arbetar med vem som ska vara inskriven? "Bestämmer" alltid regionen vem som skrivs in eller sker det en bedömning? Skrivs alla in "automatiskt" om de bor i särskilt boende? Här kan arbetssättet variera mellan kommun och region beroende på vad som är överenskommet.

- Antalet oplanerade besök (och om de skrivs in i hemsjukvården)

Det finns olika arbetssätt kring förekomsten av oplanerade besök, det vill säga att kommunen utför besök hos patienter som är primärvårdens ansvar men där det av praktiska skäl är enklare att kommunen utför besöken. Det gäller till exempel akuta besök eller provtagningar. Detta kan snabbt bli många besök under ett år beroende på arbetssätt och då påverkar detta rimligtvis också kostnadsnivån.

- Rutiner för provtagning, vem som gör vad och omfattning

Arbetsätten mellan hur många prover som tas och vem som tar dem varierar mellan kommunerna. Ibland sker detta enbart på vårdcentralen men ibland utförs provtagningen av kommunens personal. Detta påverkar volym och nedlagd tid för provtagning.

- Utbud och tillgång till specialiserade insatser i regional regi

Olika regioner har av tradition eller genom medvetna satsningar utvecklat olika utbud och tillgänglighet till vård. Ett exempel på detta är mobila läkarteam i primärvården eller gemensam korttidsvårdsavdelning eller arbetssätt kring utskrivningsklara. Vissa regioner driver palliativa vårdavdelningar eller hospis i regional regi vilket i andra kommuner är en kommunal angelägenhet. Omfattning av geriatriska specialistavdelningar i regional regi skiljer också mellan landets regioner. Detta innebär att vissa kommuner tar emot en lägre grad av patienter med avancerad sjukvård eftersom den vårdnivån erbjuds i regional regi.

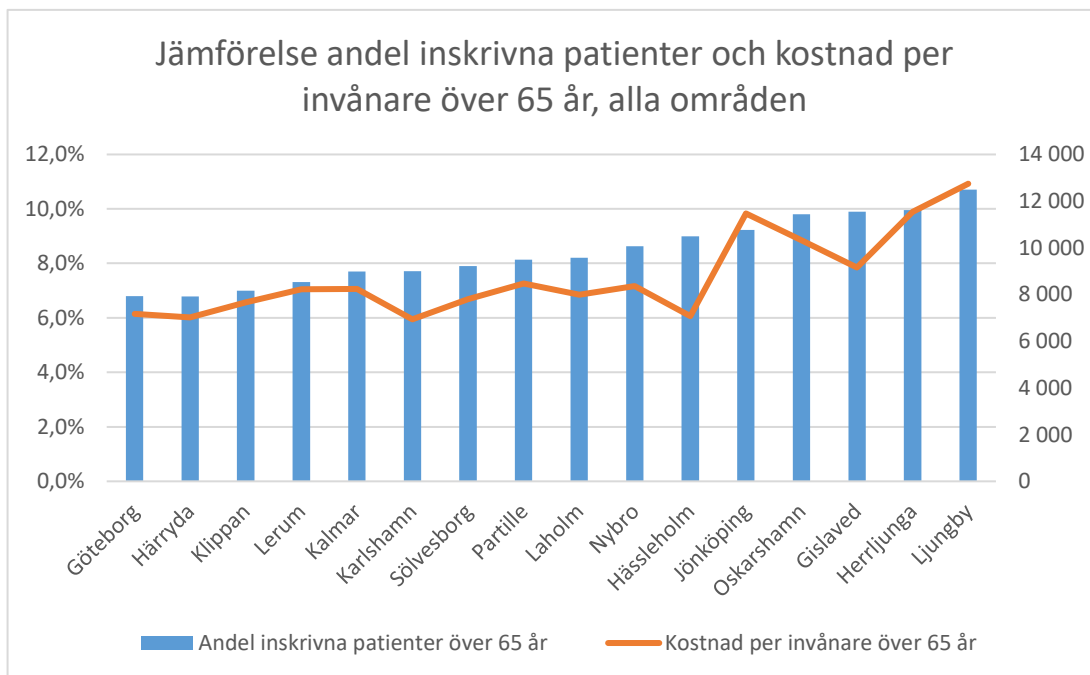
- Tillgänglighet till primärvård i landsbygd

I regioner med långa reseavstånd kan kommunerna ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården än i andra kommuner, till exempel genom att kommun och region bedriver gemensamma hälsocentraler eller att kommunal personal gör hembesök som i normala fall hade genomförts av primärvården. Detta leder primärt till en högre volym av insatser i ordinärt boende. Till viss del kompenseras detta av att denna typ av kommuner ofta har en högre andel brukare i särskilt boende.

3.4.2 Konsumtion - Andel patienter inskrivna patienter av befolkningen

I föregående avsnitt konstaterades att kostnadsutvecklingen drivs av ökade kostnader per patient men vad kan förklara de stora skillnaderna i kostnadsnivån? Som tidigare beskrivit upp till 300% för vissa insatser.

Nedanstående diagram visar på andelen inskrivna patienter per invånare över 65 år i kombination med kostnad per invånare över 65 år



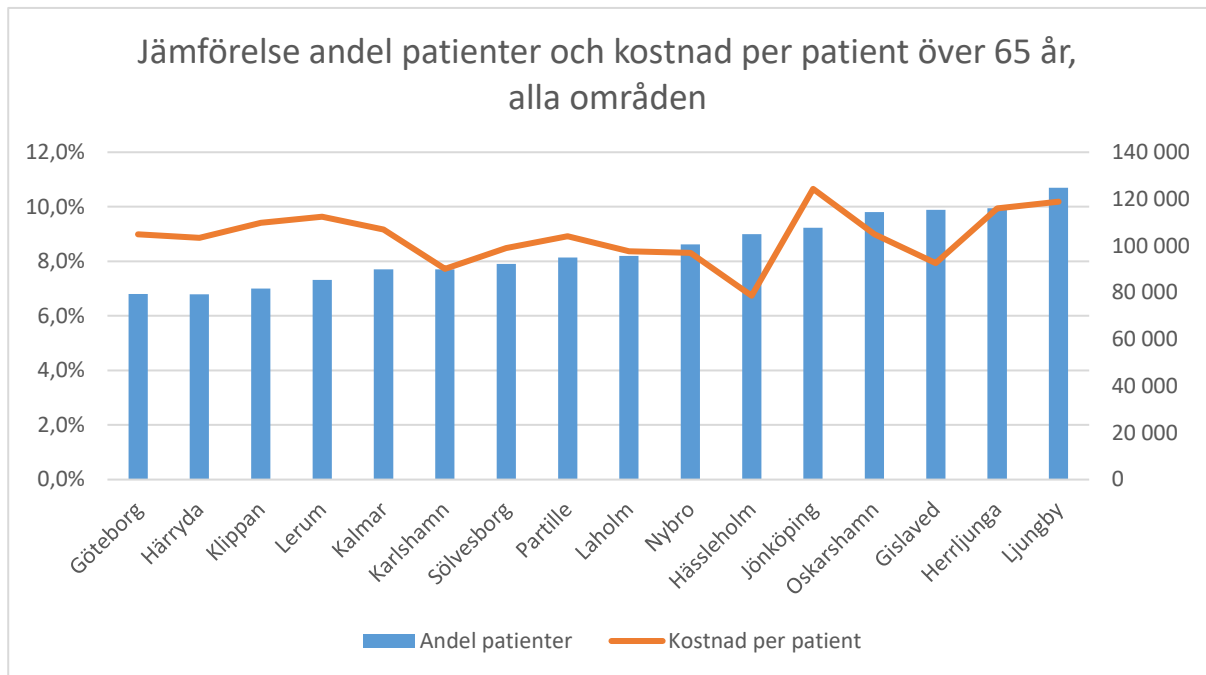
Figur 18: Andel inskrivna patienter per invånare över 65 år och kostnad per invånare över 65 år¹⁹

Kan andelen inskrivna patienter av befolkningen förklara kostnadsnivån och behovet av kommunal hälso- och sjukvård?

Mellan kommunerna skiljer andelen inskrivna patienter åtskilligt vilket inte bara kan förklaras av olika avtal mellan kommun och region. Till exempel ingår Oskarshamn, Nybro och Kalmar i samma region (Kalmar) men har helt olika andel patienter inskrivna. Det samma gäller för Göteborg, Herrljunga, Partille och Härryda som alla ingår i Region Västra Götaland. Inom region Kronoberg ingår Ljungby och Gislaved som båda har en hög nivå av andel inskrivna patienter. Andelen inskrivna patienter över 65 år av befolkningen verkar snarare höra samman med historik och rutiner än vilken typ av avtal som finns mellan region och kommun.

I huvudsak följer andelen inskrivna patienter också kostnad per invånare, det vill säga har en kommun en större andel patienter kommer detta också medföra att de får en högre kostnad per invånare. Denna faktor är en betydande anledning till skillnaderna mellan kommunerna i kostnadsnivå per invånare.

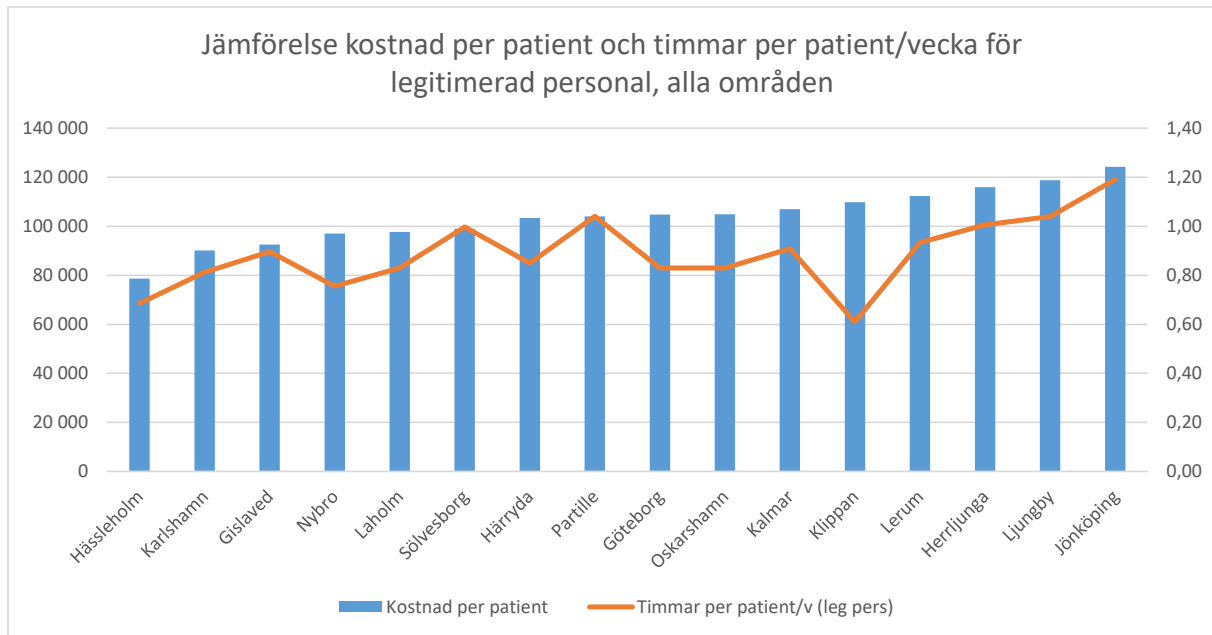
Om andelen patienter i stället relateras till kostnad per patient är det inte samma samband. Nedanstående diagram visar relationen mellan kostnad per patient och andel inskrivna patienter.



Figur 19: Andel patienter per invånare över 65 år och kostnad per patient över 65 år²⁰

Det finns inget tydligt samband mellan andel patienter och kostnad per patient. Kostnaden per patient drivs med andra ord av andra faktorer än andelen patienter.

Nedanstående diagram visar på korrelationen mellan kostnad per patient och timmar per patient och vecka.



Figur 20: Medelkostnad per patient, över 65 år och antal timmar per patient²¹

Ovanstående diagram visar kostnad per patient och antal timmar per patient för legitimerad personal. Dessa följs av naturliga skäl åt och när det är skillnader beror detta på andelen delegation/fördelade uppdrag då detta kan hålla nere antalet timmar för legitimerad personal och kostnaden återfinns i stället inom hemtjänsten. Likaså kan kostnaderna påverkas av andra faktorer såsom inhyrd personal.

Såsom tidigare redovisat i figur 9 har kommunerna ökade kostnader per inskriven patient över tid. Slutsatsen är därför att antal timmar per patient i hög grad påverkar kostnaden per patient vilket i sin tur har en påverkan på kostnaden per invånare.

Det är det ökade antalet timmar per patient som driver personalkostnaderna och kostnadsutvecklingen.

21. Genomlysning av kommunal hälso- och sjukvård med Kuben i 17 kommuner, Ensolution AB 2018 - 2020

3.4.3 Insatsmix inom kommunal vård och omsorg

En annan parameter som har betydelse är mixen av insatser som kommunen har valt att satsa på då detta också påverkar kostnaderna per patient. Nedanstående tabell visar genomsnittskostnaden per patient uppdelat per insats.

Kommuner med en hög andel särskilt boende och korttidsvård får högre kostnad per patient och därmed högre kostnadsnivå för hälso- och sjukvård. Detta beror på att bemanningen eller "vårdsnivån" är högre på ett särskilt boende än i ordinärt boende. Undantaget är LSS-boenden där behovet av hälso- och sjukvård inte behöver vara så stort trots stora övriga omvårdnadsbehov. Med vård i hemmet avses här ordinärt boende.

	Kostnad per patient, genomsnitt alla kommuner
Vård i hemmet	93 064
Särskilt boende	123 675
Korttidsvård	166 417
Annan SoL-insats	40 543
Boende LSS	83 972
Personlig assistans (SFB eller LSS)	132 958
Boende för psykiskt funktionshindrade SoL	120 042
Daglig verksamhet LSS	51 585
Annan LSS-insats	113 741

Figur 21: Medelkostnad för hälso- och sjukvård per patient per område²²

Ovanstående tabell visar att kostnad per patient varierar naturligt mellan insatsområden beroende på patienternas relativa behovsnivåer. En patient som bor i särskilt boende har rimligtvis större behov än den genomsnittliga patienten i ordinärt boende. En patient i korttidsvården har ofta omfattande rehabiliterande insatser över kort tid vilket driver en högre medelkostnad per patient i verksamheten. Omfattningen av de olika insatserna i kommunen får därför en påverkan på den enskilda kommunens resultat.

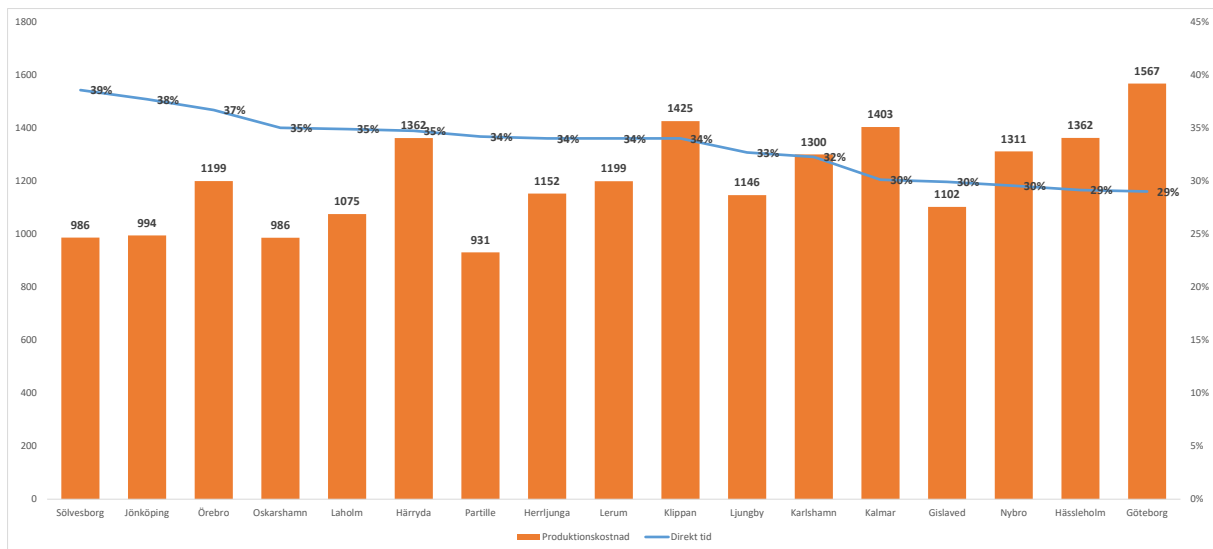
Skilnaderna i kommunernas insatsmix påverkar primärt kostnad per patient, det vill säga, kommuner som har en hög andel av dyrare insatser som särskilt boende och korttidsvård kommer att få en högre medelkostnad per patient givet att behovsnivå av hälso- och sjukvård är samma i särskilt boende och i vård i hemmet. I vilken utsträckning detta påverkar kommunens totala kostnad för hälso- och sjukvård är väldigt varierande eftersom flera olika parametrar som exempelvis andel patienter, andel delegation och produktivitet också påverkar.

²² Genomlysning av kommunal hälso- och sjukvård med Kuben i 17 kommuner, Ensolution AB 2018 - 2020

3.4.4 Produktivitet

Nedanstående diagram visar en jämförelse av timkostnaden per SSK timme (direkt patienttid) baserat på resursåtgången för de patientbedömningar som är genomförda. Som analysen visar är det en hög timkostnad för samtliga kommuner och dessutom en stor variation mellan kommunerna. Den höga timkostnaden beror i huvudsak på den höga andelen indirekt och övrig tid. Den totala kostnaden för SSK slås ut på den antalet timmar hos patient. Detta betyder att en kommun med en låg andel patienttid erhåller en högre kostnad per timme. Undantaget kan vara kommuner som har höga kostnader för hyrpersonal som trots hög patienttid erhåller en hög timkostnad eftersom de har en högre personalkostnad än ordinare personal.

Diagrammet visar att det finns stora skillnader mellan kommunerna i produktionskostnad. Kostnaden styrs till största delen av hur stor andelen direkt patienttid är. Andra orsaker som kan påverka är till exempel hög andel hyrpersonal och andelen patienter.



Figur 22: Kostnad per timme, sjuksköterskor och direkt patienttid²³

Diagrammet visar att timkostnaden varierar mellan 931 kr till 1567 kr och det finns ett samband mellan låg patienttid och hög timkostnad.

3.4.5 Övriga faktorer

Det finns andra faktorer som också kan påverka kostnadsnivån som inte redovisas i rapporten. Det som dyker upp i vissa kommuner och som kan påverka kostnadsnivån är kostnader för inhyrd personal. Tillgången till och konkurrensen om legitimerad personal varierar från region till region och mellan enskilda kommuner i regionen. Det kan ha flera olika orsaker så som avstånd, behov inom regionen, attraktivitet som arbetsgivare och löneläge. Även arbetssättet påverkar behovet av inhyrd personal, till exempel i vilken mån det tas in extra personal under sommartid eller inte. Kommuner med ett besvärligt bemanningsläge behöver oftast hyra in extra personal för att kunna klara av bemanning och detta sker till en högre kostnad än om det skulle anställas ordinare personal. I den här rapporten har ingen specifik analys genomförts av dessa kostnader men det förekommer och kan ha betydelse för enskilda kommuners resultat.

²³ Genomlysning av kommunal hälso- och sjukvård med Kuben i 17 kommuner, Ensolution AB 2018 - 2020

4. Hur stor andel av kommunernas vård- och omsorgskostnader utgörs av hälso- och sjukvård?

4.1 Metodeskrivning - Uträkning av andel av kommunala hälso- och sjukvårdskostnader

För uträkning av andelen kommunala hälso- och sjukvårdskostnader används också Kostnad per brukare som metod, det vill säga en metod för kostnadsalkylering av kommunens totala kostnader för alla insatser enligt SoL, LSS och hälso- och sjukvård. Detta underlag medför att det går att räkna ut en andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna av kommunens totala kostnader. I denna kalkyl får man fram kostnader per insats och kostnad per brukare utifrån vilka insatser de tagit del av, i vilken omfattning och under hur lång period. Från kalkylmodellen erhålls två sammanställningar som används i arbetet med att beräkna hälso- och sjukvårdsandelen av totalkostnaden.

Alla insatser från de kommuner som deltog i KPB-projektet 2019 har kategoriserats in under hälso- och sjukvårdsinsatserna. Detta har gjorts i båda sammanställningarna, dvs. både i insatslistan och i insats till brukare. Anledningen till att båda sammanställningarna behövs användas är att insatslistan innehåller de totala kostnaderna för varje insats medan insats till brukare innehåller kostnader som kan knytas till enskilda individer med hjälp av insamlad biståndsstatistik. När det gäller till exempel hälso- och sjukvård utförd av legitimerad personal och personal med delegation har inte alla kommuner tillförlitliga uppgifter gällande hur mycket varje enskild brukare tagit del av och därmed är dessa kostnader inte möjliga att individrelatera. Däremot innehåller sammanställningen insats till brukare mer information gällande brukaren, till exempel vilken ålder brukaren har vilket vi använt oss av för att särskilja kostnaderna för alla brukare som är över respektive under 65 år.

Det underlag som använts är från utfallet 2019. Totalt används 36 kommuner i KPB 2019 och det är dessa kommuners resultat som finns representerade i underlaget. En fullständig lista på deltagande kommuner finns i sammanställningen. I urvalet har endast kommuner som har tagit över ansvaret för hemsjukvården från regionen använts för att få en enhetligare bild av hälso- och sjukvården då dessa kommuner har mer likvärdiga förutsättningar.

Insatser inom det ordinära boendet, korttidsvård och särskilt boende och så vidare har delats in i äldre respektive funktionsnedsatta i den mån kommunen skiljer på dessa insatser och separerar dem i utförandet. I de fall kommunen inte gör detta har vi fört över de brukarrelaterade kostnaderna för personer yngre än 65 år från till exempel kategorin "Äldre, särskilt boende" till kategorin "Funktionsnedsatta, särskilt boende". På motsvarande sätt har vi fört över kostnader för personer äldre än 65 år, som ändå får insatser klassade som funktionshinder, till exempel "Boende för psykiskt funktionsnedsatta" till motsvarande insatskategori för äldre. Dessa fördelningar går att göra eftersom kostnaderna och insatserna är nedbrytbara på ålder i Kostnad per brukare underlaget.

Nedanstående tabell visar uppdelningen enligt Räkningsrapportens rader där en andel för hälso- och sjukvård för respektive rad beräknas.

Rad i RS	Namn på rad i RS
520	Insatser till personer med funktionsnedsättning (exkl LSS/SFB)
5201	Hemtjänst i ordinärt boende
5202	Boendestöd i ordinärt boende
5203	Korttidsboende / Korttidsvård
5204	Dagverksamhet, ordinärt boende
5205	Särskilt boende/annat boende
5206	Öppen verksamhet
5209	Övriga insatser i ordinärt boende
513	Insatser enligt LSS/SFB
5131	Boende enl. LSS för vuxna
5132	Boende enligt LSS för barn och unga
5133	Personlig assistans enl. LSS/SFB ¹
5135	Daglig verksamhet enligt LSS
5139	Övriga insatser enligt LSS
510	Vård och omsorg om äldre
5101	Hemtjänst i ordinärt boende
5103	Korttidsboende / Korttidsvård
5104	Dagverksamhet, ordinärt boende
5105	Särskilt boende/annat boende
5106	Öppen verksamhet
5109	Övriga insatser i ordinärt boende

Figur 23: Indelning av insatser i Räkenskapssammandraget (RS)

För hälso- och sjukvård utförd av legitimerad personal, som inte brukarkopplas i KPB, används fördelningarna från de kommuner som har tillgänglig statistik.

När det gäller delegerad hälso- och sjukvård, det vill säga hälso- och sjukvård utförd av icke legitimerad personal, finns det oftast ingen särskiljning av dessa kostnader i ekonomi- eller utförandestatistiken hos kommunerna. Det har därmed varit nödvändigt att göra en omfördelning av kostnader inom vissa insatser. Det gäller boende enligt LSS, särskilt boende och korttidsvård. För dessa insatstyper har en viss procentsats omfördelats från insatser inom SoL/LSS till insatser inom hälso- och sjukvård. Dessa omfördelningar är följande:

Boende enligt LSS: 5 %

Särskilt boende: 11 %

Korttidsvård: 12 %

Ovanstående procentsatser är samma som användes vid beräkningen av utfall 2011. Orsaken till detta är dels för jämförbarheten mellan beräkningarna, dels att bedömningen från Ensolutions sida är att procentsatsen inte har ändrats i någon större utsträckning. Den beräkning som genomfördes på utfall 2011 var baserat på punktmätningar i fem kommuner av innehållet av omvårdnad, service och hälso- och sjukvård inom särskilt boende. En validering gjordes även gentemot den punktmätning som gjorts i Värmland av dåvarande Kommunförbundet av hemsjukvård i mitten på 2000-talet. För de 17 kommuner som har genomfört detaljerade mätningar av hälso- och sjukvård med hjälp av Ensolutions verktyg Kuben kan även andelen av delegation/fördelade uppdrag inom området boende tas fram. Bedömningen är att procentsatsen av nedlagd tid för undersköterskor för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser är likartad i förhållande till utfall 2011 på totalen. Det finns däremot en variation mellan enskilda kommuner. Detta är orsaken till att samma procentsats som utfall 2011 har använts.

4.2 Beräkning av andel utfall 2011

Det finns i dagsläget ingen nationell rapportering av kostnader för hälso- och sjukvård för landets kommuner. Det förekom tidigare en flik i Räkenskapssammandraget (RS) för hälso- och sjukvård men den var frivillig att fylla i och även om den fylldes i var kvaliteten i ifrågasatt. Därför saknas i dagsläget uppgifter i Räkenskapssammandraget kring kommunal hälso- och sjukvård.

Ensolution hade 2013 - 2014 ett uppdrag från SCB att med hjälp av Kostnad per brukare utfall 2011 från 72 kommuner sammanställa andelen för respektive rad i fliken äldre- och funktionshindrade som utgörs av hälso- och sjukvård och andel ADL (som kan översättas till omvårdnad). Resultatet från detta arbete var nedanstående tabell som fortfarande används som nyckel för att uppdatera Nationalräkenskaperna (NR).

Rad i RS	Namn på rad i RS	Andel HSL 2011	Andel ADL	Andel IADL*
520	Insatser till personer med funktionsnedsättning (exkl LSS/SFB)			
5201	Hemtjänst i ordinärt boende	10,2%	67,3%	22,5%
5202	Boendestöd i ordinärt boende	0,0%	67,3%	32,7%
5203	Korttidsboende / Korttidsvård	19,7%	70,6%	9,7%
5204	Dagverksamhet, ordinärt boende	0,0%	0,0%	100,0%
5205	Särskilt boende/annat boende	15,4%	74,4%	10,2%
5206	Öppen verksamhet	0,0%	0,0%	100,0%
5209	Övriga insatser i ordinärt boende	0,0%	0,0%	100,0%
513	Insatser enligt LSS/SFB			
5131	Boende enl. LSS för vuxna	8,2%	80,8%	11,0%
5132	Boende enligt LSS för barn och unga	0,0%	0,0%	100,0%
5133	Personlig assistans enl. LSS/SFB	1,5%	73,7%	24,8%
5135	Daglig verksamhet enligt LSS	0,7%	0,0%	99,3%
5139	Övriga insatser enligt LSS	0,0%	0,0%	100,0%
510	Vård och omsorg om äldre			
5101	Hemtjänst i ordinärt boende	19,1%	60,6%	20,3%
5103	Korttidsboende / Korttidsvård	23,4%	67,4%	9,2%
5104	Dagverksamhet, ordinärt boende	0,3%	0,0%	99,7%
5105	Särskilt boende/annat boende	19,2%	71,0%	9,8%
5106	Öppen verksamhet	0,0%	0,0%	100,0%
5109	Övriga insatser i ordinärt boende	0,0%	0,0%	100,0%
		13,7%	66,5%	18,1%

*Resterade andel

Figur 24: Beräkning av hälso- och sjukvård och andel ADL, utfall 2011²⁴

Följande kommuner var urvalet för ovanstående sammanställning:

Alingsås, Alvesta, Bengtsfors, Boden, Bollebygd, Bollnäs, Borlänge, Borås, Båstad, Dals-Ed, Eslöv, Falun, Forshaga, Gagnef, Gislaved, Gotland, Grästorp, Gällivare, Gävle, Hallsberg, Hallstahammar, Hammarö, Heby, Högsby, Jokkmokk, Kalmar, Karlskrona, Karlstad, Katrineholm, Knivsta, Kristianstad, Kristinehamn, Kumla, Kungsbacka, Kungälv, Laholm, Laxå, Leksand, Lindsberg, Ljusdal, Ludvika, Luleå, Lysekil, Mellerud, Mora, Mullsjö, Ockelbo, Orust, Oskarshamn, Oxelösund, Ronneby, Skurup, Sotenäs, Strömstad, Säffle, Tierp, Trosa, Uddevalla, Ulricehamn, Vansbro, Vara, Varberg, Vimmerby, Vindeln, Vårgårda, Växjö, Åmål, Älmhult, Älvkarleby, Ängelholm, Örebro samt Östersund.

Noterbart är att 2011 hade kommunalisering av huvudmannaskapet för hemsjukvården ännu inte skett i Stockholms, Östergötlands, Jönköpings, Blekinge, Västmanlands, Dalarnas, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län. Av naturliga skäl var det då flera kommuner som hade ett lägre utfall av hälso- och sjukvårdskostnader i dessa regioner. Detta påverkar också uträkningen av andel ADL eftersom den påverkas

²⁴ Beräkning av hälso- och sjukvårdskostnader inom kommunal sektor baserat på Kostnad per brukare, utfall 2011, SCB-rapport författad av Ensolution på uppdrag av SCB, 2014

av andelen kommuner som inte kommunaliserat huvudmannaskapet för hemsjukvård då denna andel redovisas för som ett viktat genomsnitt av alla kommuner i urvalet.

4.3 Uträkning, kostnader för hälso- och sjukvård

Utifrån materialet från Kostnad per brukare utfall 2019 har en ny andel för hälso- och sjukvård beräknats. Det är inte samma urval av kommuner. Totalt är det 36 kommuner med i urvalet. Vi har valt att inte redovisa kommuner i Stockholms län som är med i Kostnad per brukare utan i stället bryta ut deras kostnader separat eftersom Stockholm nu är den enda regionen som inte kommunaliserat huvudmannaskapet för hemsjukvård.

Följande kommuner hade utfall för Kostnad per brukare 2019 och som har använts som urval:

Boden, Borås, Flen, Gotland, Gällivare, Helsingborg, Hällefors, Härryda, Hässleholm, Kalmar, Karlskrona, Karlstad, Klippan, Krokom, Kungsbacka, Leksand, Ljusdal, Ludvika, Luleå, Lysekil, Nora, Nybro, Olofström, Perstorp, Ronneby, Strängnäs, Sölvesborg, Vara, Varberg, Vimmerby, Växjö, Åre, Älvkarleby, Örebro, Östersund samt Övertorneå

För att underlätta jämförelsen mellan 2011 och 2019 har en ny andel hälso- och sjukvård för 2011 räknats ut för att lättare kunna jämföra skillnader i totalandel mellan 2011 och 2019. Nu ingår enbart kommuner som kommunaliserat huvudmannaskapet för hemsjukvård.

Följande tabell visar det aktuella resultatet för utfall 2019 jämfört med utfall 2011 (för kommuner som kommunaliserat huvudmannaskapet för hemsjukvård):

Rad i RS	Namn på rad i RS	Andel HSL 2011	Andel HSL 2019
520	Insatser till personer med funktionsnedsättning (exkl LSS/SFB)		
5201	Hemtjänst i ordinärt boende	13,2%	26,8%
5202	Boendestöd i ordinärt boende	0,0%	0,0%
5203	Korttidsboende / Korttidsvård	20,1%	24,0%
5204	Dagverksamhet, ordinärt boende	0,0%	0,0%
5205	Särskilt boende/annat boende	15,5%	14,4%
5206	Öppen verksamhet	0,0%	0,0%
5209	Övriga insatser i ordinärt boende	0,0%	0,9%
513	Insatser enligt LSS/SFB		
5131	Boende enl. LSS för vuxna	8,3%	10,1%
5132	Boende enligt LSS för barn och unga	0,0%	5,0%
5133	Personlig assistans enl. LSS/SFB ¹	2,3%	1,7%
5135	Daglig verksamhet enligt LSS	0,9%	0,5%
5139	Övriga insatser enligt LSS	0,0%	0,1%
510	Vård och omsorg om äldre		
5101	Hemtjänst i ordinärt boende	24,5%	28,6%
5103	Korttidsboende / Korttidsvård	24,4%	25,1%
5104	Dagverksamhet, ordinärt boende	0,4%	0,0%
5105	Särskilt boende/annat boende	19,4%	20,7%
5106	Öppen verksamhet	0,0%	0,0%
5109	Övriga insatser i ordinärt boende	0,0%	0,0%
		17,0%	19,7%

Figur 25: Andel hälso- och sjukvård av de totala kostnaderna inom kommunal vård- och omsorg, jämförelse 2011 och 2019²⁵

Utifrån de urvalen som är tillgängliga så har andelen hälso- och sjukvårdskostnader av de totala kostnaderna ökat mellan 2011 och 2019. Att andelen av kostnadsmassan som utgörs av hälso- och sjukvård ökar är också rimligt med tanke på kostnadsutvecklingen av hälso- och sjukvårdskostnaderna mellan 2017 - 2019 som tidigare

²⁵ Beräkning av hälso- och sjukvårdskostnader inom kommunal sektor baserat på Kostnad per brukare, utfall 2011, SCB-rapport författad av Ensolution på uppdrag av SCB, 2014 samt Kostnad per brukare sammanställning, utfall 2019, Ensolution AB. Nettokostnader från Kolada, utfall 2019 baserat på Räkenskapssammandraget (RS)

redovisats. För raderna 5201 och 5132 är grundmaterialet i beräkningarna för hur kostnader fördelas förbättrats jämfört med utfall 2011 och är förklaringen till skillnaderna mellan de båda beräkningarna. I tidigare beräkningar togs inte samma hänsyn i beräkningarna till insatser under 65 år. Det gjordes inte heller någon fördelning av hälso- och sjukvårdsinsatser till rad 5132 vilket nu har gjorts.

Om motsvarande andel av totalkostnaderna hade applicerats på nyckeln från 2011 för kommuner som kommunaliserat huvudmannaskapet för hemsjukvård hade utfallet blivit 25,9 miljarder, det innebär en skillnad på nästan 2,77 miljarder.

Om den nya uträknade nyckeln extrapoleras upp till riksnivå erhöles följande kostnadsnivå för kommunal hälso- och sjukvård. Nettokostnaden är hämtad från Räkenskapssammandraget (RS) utfall 2019 från SCB:s officiella statistik. Stockholms läns andel av nettokostnaden per rad har beräknats för att kunna beräkna en andel av hälso- och sjukvårdskostnad inkl. Stockholms län. Stockholms län antas ha 0 % i andel på rad 5201 och rad 5101 som definieras sin hemsjukvård som inte har kommunaliserats i Stockholms län men de har annars samma andel hälso- och sjukvård såsom övriga kommuner för övriga rader.

Rad i RS	Namn på rad i RS	Nettokostnad	Andel HSL	Stockholms andel av nettokostnad	Totalkostnad HSL inkl. Stockholm
520	Insatser till personer med funktionsnedsättning (exkl LSS/SFB)				
5201	Hemtjänst i ordinärt boende	3 745 414	26,8%	905 596	760 074
5202	Boendestöd i ordinärt boende	2 386 961	0,0%	577 138	0
5203	Korttidsboende / Korttidsvård	657 528	24,0%	158 982	157 517
5204	Dagverksamhet, ordinärt boende	433 843	0,0%	104 898	0
5205	Särskilt boende/annat boende	4 799 434	14,4%	1 160 445	692 574
5206	Öppen verksamhet	607 385	0,0%	146 858	0
5209	Övriga insatser i ordinärt boende	829 197	0,9%	200 490	7 089
513	Insatser enligt LSS/SFB				
5131	Boende enl. LSS för vuxna	27 571 192	10,1%	6 346 007	2 792 471
5132	Boende enligt LSS för barn och unga	1 892 453	5,0%	435 582	94 623
5133	Personlig assistans enl. LSS/SFB	11 820 216	1,7%	2 720 636	196 229
5135	Daglig verksamhet enligt LSS	8 196 701	0,5%	1 886 619	43 773
5139	Övriga insatser enligt LSS	4 973 662	0,1%	1 144 778	5 170
510	Vård och omsorg om äldre				
5101	Hemtjänst i ordinärt boende	40 650 511	28,6%	7 466 851	9 503 103
5103	Korttidsboende / Korttidsvård	6 227 408	25,1%	1 143 876	1 564 391
5104	Dagverksamhet, ordinärt boende	1 261 713	0,0%	231 757	0
5105	Särskilt boende/annat boende	62 443 112	20,7%	11 469 804	12 948 391
5106	Öppen verksamhet	1 438 282	0,0%	264 189	0
5109	Övriga insatser i ordinärt boende	1 340 407	0,0%	246 211	318
		181 275 419	15,9%	36 610 720	28 765 724

Figur 26: Uträkning av kostnader för kommunal hälso- och sjukvård, extrapolerat för riket, utfall 2019²⁶

Sammanfattningsvis är den totala nettokostnaden för den kommunala hälso- och sjukvården cirka 29 miljarder för utfall 2019 eller i snitt cirka 16 % av totalkostnaderna. Notera att andelen ADL inte räknas in i denna summa då det inte definieras som hälso- och sjukvård. Utslaget på 10,3 miljoner invånare blir detta en kostnad per invånare på ca. 2770 kr i snitt²⁷.

Skillnaderna är en ökning i procentandel från 13,7 % till 15,9 %. Inte så stora skillnader procentuellt men i absoluta tal blir det en stor skillnad. Notera att jämförelsen totalt i procentuell andel inte blir helt rättvisande för utvecklingen eftersom det inte är samma uppdrag för kommunerna som jämförs mellan åren. För att analysera utvecklingen är det mer relevant att jämföra de kommuner som redan hade kommunaliserad hemsjukvården och deras procentuella utveckling. Det visar på den större ökning procentuellt mellan beräkningarna.

²⁶ Kostnad per brukare sammanställning, utfall 2019, Ensolution AB. Nettokostnader från Kolada, utfall 2019 baserat på Räkenskapssammandraget (RS)

²⁷ Orsaken till att kostnaderna är högre i ovan beräkning jämfört med tidigare är att beskrivningarna av kostnadsutvecklingen inte inkluderar kostnader för delegation inom särskilt boende, korttidsvård och boende med särskild service

Skillnaderna i beräkningarna visar på betydelsen av att uppdatera Nationalräkenskaperna med aktuella nycklar för kostnader för hälso- och sjukvård. I dagsläget går det att ifrågasätta kvaliteten på det som rapporteras i Nationalräkenskaperna.

Någon beräkning av skillnader i andel ADL har inte genomförts för utfall 2019 varför det inte går att göra någon jämförelse av denna andel. Eftersom andelen hälso- och sjukvård har förändrats mellan 2011 och 2019 går det inte heller att använda den äldre ADL-andelen från 2011 som eventuell uppräknings med 2019 års uppdaterade nyckel. Detta skulle leda till ett felaktigt resultat med nuvarande utfall för 2019.

5. Sammanfattande analys

Syftet med den här rapporten har varit att belysa följande frågeställningar

- Hur den kommunala hälso- och sjukvården ser ut och hur den har utvecklats över tid
- Vilka insatser utförs i den kommunala hälso- och sjukvården
- Hur stor andel av kommunernas vård- och omsorgskostnader som utgörs av hälso- och sjukvård?

5.1 Utveckling av kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården över tid

Den här rapporten visar på att kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården ökar över tid.

Den genomsnittliga kostnadsökningen från 2017 - 2019 är cirka 16 % eller som i kronor motsvarar 215 och 230 miljoner per år. Detta skulle motsvara ungefär 1,7 miljarder i årlig ökning om siffrorna extrapoleras till en Sverigetotal.

Frågan är vad som påverkar denna utveckling? Antalet invånare i ingående kommuner ökar under perioden och antalet invånare över 65 år och över 80 år i ännu högre takt. Ökningen av kostnaderna för kommunal hälso- och sjukvård står inte i proportion till befolkningsökningen. Tydligt är att ökningen inte heller motsvarar den genomsnittliga ökningen av omsorgsprisindex (OPI) på ca 2,65 % utan ökningen motsvarar en kostnadsökning som ligger utanför de generella pris- och löneökningarna och/eller befolkningsutvecklingen. Om OPI på 2,65% används som ytterligare förklaring till förväntad kostnadsutveckling utgör dessa båda faktorer tillsammans 7,2% av den totala kostnadsökningen på 16,4%. Skulle invånarökningen relateras till de över 80 år minskar skillnaderna då utvecklingen för urvalet av kommuner är 5,0 % för åldersgruppen över 80 år. Det skulle då förklara 10,4 % av de 16,4 %.

Det måste därmed vara andra faktorer än befolknings- och prisutveckling som förklarar kostnadsutvecklingen.

Baserat på urvalet är slutsatsen att geografi och storlek på kommuner inte kan förklara kostnadsutvecklingen. Urvalet i alla geografiska likhetsgrupper av kommuner är inte så omfattande och det är svårt att dra några slutsatser kring om grupptillhörigheten har betydelse för utvecklingen. Skillnaderna mellan grupper leder till slutsatsen att geografi och storlek inte kan förklara kostnadsutvecklingen heller.

Det är åldersgruppen över 80 år som står för den högsta konsumtionen per invånare av hälso- och sjukvård men alla åldersgrupper ökar sina kostnader per invånare under perioden. Även om medelkostnaden per åldersgrupp skiljer sig åt²⁸ är det således inte ålder en förklarande orsak till kostnadsutvecklingen.

Utvecklingen av antalet inskrivna totalt på 3,0 % för de 15 kommunerna i urvalet är något större än ökningen av befolkningen totalt på 1,9%. Relateras ökningen av antalet inskrivna oberoende av ålder till befolkningsökningen på ca. 3 % över 65 år är det mer i paritet med ökningen av antalet inskrivna.

Även om det är stor variation i utfall mellan kommunerna så ökar kostnaden per patient avsevärt mer än antalet inskrivna. Variationen i ökningen mellan kommunerna är från 6,2 % ökning till 42,1% ökning per inskriven patient.

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.

Det kan också konstateras såsom för analysen med kostnad per invånare att variationen mellan kommunernas kostnad per inskriven patient är hög. Det är inte heller så att de kommunerna med låg kostnadsnivå har en högre kostnadsutveckling än kommunerna med hög kostnadsnivå. Skillnaderna i kostnadsnivå förklaras inte av kostnadsökningarna under perioden.

Sammanfattat är det ökade personalkostnader eller mer tid per patient som driver kostnadsutvecklingen i kommunerna.

5.2 Vilka insatser utförs i den kommunala hälso- och sjukvården?

Hälso- och sjukvården som utförs i kommunerna ges av legitimerad personal i form av sjuksköterskor (SSK) eller rehabpersonal (fysioterapeuter eller arbetsterapeuter) som antingen själv utför alla insatser eller som delegerar eller fördelar uppdrag till annan personal. Insatserna utförs inom alla områden där kommunen har verksamhet såsom ordinärt boende (vård i hemmet), särskilt boende, korttidsvård, bostad med särskild service eller andra insatser enligt SoL och LSS.

Det är fyra insatser som dominerar av det som utförs, nämligen läkemedelshantering, normalt delegerade HSL-uppgifter, kontakt med patient/anhörig samt provtagning. Dessa insatser står för 78 % av den nedlagda tiden.

Det är en heterogen mix av patient som SSK utför insatser till. Flertalet patienter anses kräva lite behov av insatser och tiden utgörs oftast enbart av nedlagd tid för delegering för SSK. De stora grupperna utgörs av patienter som har flera enklare insatser som utförs på delegation men som ändå driver något mer sjukskötersketid eftersom det är flera olika insatser. Det är också patienter som kräver fler besök. De patientgrupper som kräver mer omfattande insatser har ofta en kombination av olika insatser med större regelbundenhet. Till exempel mer omfattande läkemedelshantering, provtagning och sårvård som kräver många besök och mycket kontakt med patient/anhörig.

För patienter med omfattande behov utförs specifik omvårdnad eller palliativ vård, tillstånd som i sin tur driver mycket tid för läkemedelshantering och provtagning samt mycket stor omfattning av besök av alla anledningar. Andelen patienter med ett högt antal timmar utgör en liten andel av patienterna som kommunerna tar hand om

Patientmixen skiljer sig också åt mellan kommunerna. Varför är det så? En möjlig orsak vara är att kommunerna i olika utsträckning "tagit över" en ökad andel hälso- och sjukvård som annars utförs av regionerna. Noterbart är att det som anses vara med avancerad hemsjukvård kan hänföras till palliativ vård och specifik omvårdnad inte enbart kan förklara kostnadsökningen. Speciellt specifik omvårdnad står (fortfarande) för en liten andel av kostnaderna för insatserna. Däremot får patienterna som har specifik omvårdnad och palliativ vård omfattande insatser inom andra behovsområden som läkemedelshantering och provtagning.

Det är ett rimligt antagande att gruppen patienter med behov av palliativ vård och specifik omvårdnad är en delförklaring till kostnadsutvecklingen även om exempelvis behovsområdet specifik omvårdnad bara står för en liten del totalkostnaden. Ytterligare en delförklaring är att även andra patientgrupper som kräver mycket läkemedelshantering och provtagning bidrar till utvecklingen.

Huvuddelen av en sjuksköterskas arbetsuppgifter består inte av direkt patienttid utan av andra uppgifter som tar mycket tid. Indirekt och övrig tid kan handla om färdtid, väntetid, planering relaterad till vårdtagare, rapporter/dokumentation, planering av kommande vårdtagare, samtal relaterat till vårdtagare men även introduktion av personal/student, utbildning av annan personal, vård av lokal, material, fordon, egen utbildning/projektmedverkan, fackligt arbete, kvalitetsuppföljning/utvecklingsarbete, arbetsplatsträffar, beställningar, planering relaterad till arbetsgruppen eller annat arbete

Medeltiden för direkt patienttid är cirka 33 %. Patientmixens inverkan på de totala kostnaderna är ungefär 1/3 av kostnadsmassan. Övriga 2/3 förklaras av andra uppgifter.

En förklaring till ökande kostnader kan också vara ökad administrativ börda för vårddokumentation och planeringstid med tanke på att den direkta tiden är så pass låg av den totala arbetstiden. Att dokumentera och planera är även detta värdeskapande arbetsuppgifter men måste stå i proportion till andel direkt patienttid.

En annan faktor som skiljer sig åt mellan kommunerna och som påverkar nedlagd tid för respektive behovsområde är i vilken utsträckning uppgifter delegeras eller fördelas till andra yrkeskategorier. Kostnaden per timme för en hemtjänstinsats är ungefär en tredjedel av kostnaden för en sjukskötersketimme. Det finns skillnader mellan kommunerna med upp till 12 %. Detta har en tydlig påverkan på kommunens kostnadsnivå.

Orsakerna kan förklaras av skillnader i vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som delegeras/görs och svårighetsgraden och lämpligheten i att delegera insatserna. I flera kommuner finns det anledning att se över sina riktlinjer och arbetssätt inom området.

5.3 Faktorer som kan påverka kostnadsnivån

Som tidigare beskrivits är det inte enbart befolkningsutvecklingen och löne- och prisutvecklingen som förklarar den höga kostnadsutvecklingen för kommunernas hälso- och sjukvård. Nedanstående översiktliga faktorer har utifrån Ensolution erfarenheter från ovanstående projekt identifierats som möjliga förklaringar och har prövats i detta avsnitt.

- Avtal med regionen och arbetssätt med regionala resurser

Utformningen av avtalet med regionen påverkar både kostnadsnivå och det åtagande som kommunen har inom hälso- och sjukvård. Beroende på vilka resurser den enskilda regionen har, till exempel specialistteam, palliativa avdelningar/hospice, mobila team eller gemensamma kortidsvårdavdelningar påverkar detta också vad som behöver utföras i den enskilda kommunen och därmed också kostnadsnivån. Det finns också olika arbetssätt som kan påverka. Ett exempel kan vara att kommunen eller regionen utför insatser som inte är deras ansvar enligt avtalet men som utförs på frivillig basis.

- Konsumtion - Andel inskrivna patienter av befolkningen

Konsumtion är ett mått på andelen av kunder av befolkningen. Ju fler inskrivna patienter som andel av befolkning, desto större chans att det krävs mer resurser och därmed blir det kostnadsdrivande. Det kan förekomma olika arbetssätt och riktlinjer när det gäller inskrivning av patienter. En kommun med en låg tröskel för inskrivning av patienter medför också att kommunen får fler insatser att utföra. Gränsen mellan vad som är egenvård och regionens ansvar är inte alltid enkel att avgöra. Andelen patienter kan också tänkas påverkas av om kommunen tar ut en avgift eller ej.

- Produktivitet

Produktivitet är ett mått på produktionen per arbetad timme, dvs. arbetsproduktivitet. En kommun som har en hög andel patienttid av den arbetade tiden har en hög produktivitet. Ju lägre direkt patienttid, desto större kostnad per patient och per utförd timme. Kommuner med samma andel patienter men lägre patienttid kommer då få en högre kostnad.

Kommuner som är bättre på att planera sina resurser efter patienternas behov och inriktar sin organisation efter detta har en större chans till lägre kostnader per patient. Detta genom lägre andel restid och minskad variation i produktivitet mellan områdena, det vill säga en jämnare fördelning av patienter mellan områdena.

- Geografi/strukturella förutsättningar

Kommuner med långa reseavstånd och längre avstånd till specialistvård och primärvård har en större sannolikhet att få en sämre produktivitet på grund av avstånden och att de tar ett större ansvar för insatser som i andra kommuner hänvisas till regionen. Exempelvis när det drivs gemensamma hälsocentraler i landsbygd eller att det insatser i högre utsträckning utförs av kommunen, egentligen av hemtjänsten som utför insatser för att man ändå är "på plats".

- Patientmix (vårdtyngd) i kommunal hälso- och sjukvård

Vilken typ av patientmix som kommunerna har påverkar också kostnadsnivån. Kommuner med en tyngre patientmix och samma andel inskrivna patienter till exempel genom en högre andel specifik omvårdnad (ex. blodtransfusion, dialys etc.) och palliativ vård kommer att få högre kostnader. Kostnader för en tung patientmix kan motverkas med en hög produktivitet, till exempel genom att ha en högre direkt patienttid eller högre andel av delegerade/fördelade insatser. Det är av naturliga skäl en stor kostnadsskillnad per patient för avancerad hemsjukvård jämfört med enklare hemsjukvård.

- Arbetssätt kring delegering och fördelning av uppdrag till hemtjänsten/undersköterskor

Vilken yrkeskategori som utför insatsen påverkar kostnaden för utförandet. Kostnaden för undersköterska att utföra en insats är lägre än för en sjuksköterska. Kommuner med en högre andel delegation eller fördelning av

uppdrag har en större sannolikhet att få lägre kostnader per patient. Under förutsättning att kvaliteten i delegeringen är god, det vill säga att personalen som erhåller delegationen har tillräcklig kunskap för att utföra uppgifterna. Eftersom kostnaden per timme är högre för legitimerad personal än för undersköterskor blir kostnaden för ett besök är lägre om hemtjänsten genomför det än om legitimerad personal utför besöken.

- Insatsmix inom kommunal vård och omsorg

Kommuner som har en hög andel särskilt boende har med största sannolikhet högre kostnader för hälso- och sjukvård då i princip alla som har ett beslut om särskilt boende också är inskrivna i hemsjukvården. Därmed blir det fler inskrivna vilket påverkar bemanning av legitimerad personal och kostnaderna för hälso- och sjukvård. Medelkostnaden per patient kan bli högre i särskilt boende än om personen hade vårdats i hemmet. Motsvarande omvända effekt kan inträffa om det är stor brist på särskilt boende platser så att en hög andel patienter vårdas i hemmet i stället för på särskilt boende. Då kan kostnaden per patient också bli betydligt högre i hemmet än på särskilt boende.

- Övriga möjliga påverkansfaktorer

Kommuner som inte har lyckats rekrytera tillräckligt med personal i egen regi utan tvingas hyra in extra personal får därmed en högre personalkostnad.

De faktorer som anses ha störst påverkan på kostnadsnivån är vilken typ av avtal och arbetssätt som finns mellan kommun och region, andel patienter som är inskrivna av befolkningen samt patientmix. Flera av faktorerna har belysts på ett kvantitativt sätt tidigare i rapporten. När det gäller avtal med regionen och arbetssätt med regionala resurser är det svårare att kvantifiera de flera olika sambanden men bedömningen är att det är en faktor som värderas högt. Det är skillnader mellan kommunerna trots liknande avtal och det är skillnader mellan regionerna. Kommunerna refererar också ofta till hur mycket arbetssättet tillsammans med regionen påverkar deras verksamhet och vad som ingår i avtalet eller ej. Produktivitet och arbetssätt kring delegering/fördelning av uppdrag anses ha medelstor påverkan medan insatsmix och kostnad för inhyrd personal är av mindre betydelse.

Alla ovanstående faktorer är påverkbara för kommunerna i någon form och alla faktorerna bör uppmärksammas och följas upp så att inte kostnaderna ökar oproportionerligt inom något område. Det finns många olika åtgärder som en kommun kan vidta, till exempel att satsa på utbildning för ökad delegation, förändra resruter, bättre rutiner vid provtagning, insatser för att behålla personal, minska den indirekta tiden för ökad produktivitet, rutiner för inskrivning med mera.

5.4 Hur stor andel av kommunernas vård- och omsorgskostnader utgörs av hälso- och sjukvård?

Utifrån de urval som är tillgängliga så har andelen hälso- och sjukvårdskostnader av kommunernas totala kostnader i Sverige ökat mellan 2011 och 2019. Att andelen av kostnadsmassan som utgörs av hälso- och sjukvård ökar är också rimligt med tanke på kostnadsutvecklingen av hälso- och sjukvårdskostnaderna mellan 2017 - 2019 som tidigare redovisats.

Vid en beräkning av kostnaderna till nationell nivå blir den totala nettokostnaden för den kommunala hälso- och sjukvården cirka 29 miljarder helår 2019 eller i snitt cirka 16 % av kommunernas vård- och omsorgstotalkostnader. Utslaget på 10,3 miljoner invånare blir detta en kostnad per invånare på ca. 2770 kr i snitt.

Skillnaderna är en ökning i procentandel från 13,7 % till 15,9 %. Inte så stora skillnader procentuellt men i absoluta tal blir det en stor skillnad. Notera att jämförelsen totalt i procentuell andel inte blir helt rättvisande för utvecklingen eftersom det inte är samma uppdrag för kommunerna som jämförs mellan åren. För att analysera utvecklingen är det mer relevant att jämföra de kommuner som redan hade kommunaliserad hemsjukvården och deras procentuella utveckling. Det visar på den större ökning procentuellt mellan beräkningarna.

Skillnaderna i beräkningarna visar på betydelsen av att uppdatera Nationalräkenskaperna med aktuella nycklar för kostnader för hälso- och sjukvård.