

Ekonomiska analyser

Sammanfattande iakttagelser

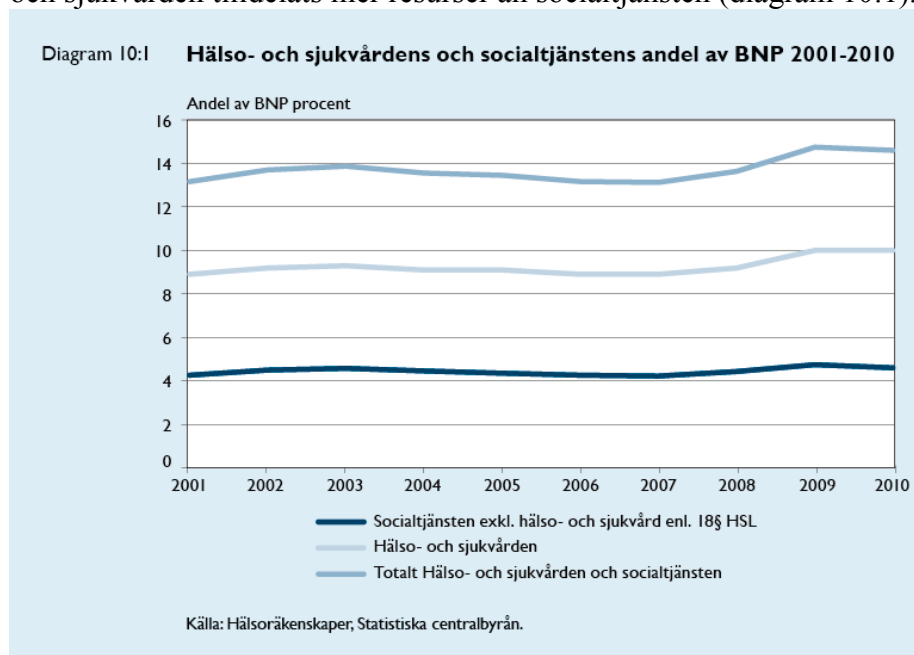
- De totala utgifterna för hälso- och sjukvården uppgick 2009 till 313,7 miljarder kronor i 2010 års pris. Samma år uppgick socialtjänstens utgifter till 151,9 miljarder kronor. Under 2000-talet har de båda huvudmännens kostnader ökat med omkring 20 procent.
- Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens övergripande kostnadsutveckling i relation till BNP har endast ökat marginellt. Under 2000-talet har hälso- och sjukvårdens andel ökat med 1,1 procentenheter och socialtjänstens med 0,3 procentenheter.
- Resurserna till specialiserad psykiatrisk vård har ökat, men ytterst lite.
- Landstingens kostnader för tandvård har minskat med mer än 2 procent.
- Kostnaderna för stöd och service till personer med funktionsnedsättning har ökat med 11 procent, vilket är den största relativa ökningen inom socialtjänsten.
- Kostnaderna för institutionsvården för barn och unga har minskat med 6 procent, vilket är motsvarande minskning som tidigare år. Även kostnaden per vård dygn minskar.
- Resurserna till vuxna med missbruk eller beroende minskar.
- Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre följer samma mönster som tidigare. Kostnaderna för särskilt boende fortsätter att minska, medan kostnaderna för insatser i ordinärt boende ökar.
- Kostnader per person i särskilda boenden för äldre och personer med funktionsnedsättning minskar, vilket indikerar att fler delar på samma resurser.

I detta kapitel tar Socialstyrelsen ett samlat grepp på kostnadsutvecklingen inom hela vården och omsorgen, under en tioårsperiod respektive en femårsperiod. Fokus ligger på den offentligt finansierade vården och omsorgen, och vi redovisar främst landstingens och kommunernas kostnadsansvar för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Alla kostnader är fastprisberäknade till 2010 års prisnivå. Med fast pris menas att kostnader som avser olika år omräknas till en gemensam prisnivå med hjälp av ett index. Här används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2010 för respektive verksamhetsområde. Genom att fastprisberäkna kostnaderna blir det möjligt att jämföra kostnaderna för olika år eftersom de är i samma prisnivå. I detta kapitel gör vi även ett försök att spegla effektiviteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Kostnadsutvecklingen inom vården och omsorgen 2001–2010

Vården och omsorgen utgör en stor del av Sveriges samhällsekonomi och står för 14,6 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Sedan 2001 har andelen ökat med 1,4 procentenheter. Hälso- och sjukvården inklusive tandvården motsvarar 10 procent av BNP och den andelen har ökat med 1,1 procentenheter

sedan 2001. Socialtjänstens andel är 4,6 procent exklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL), och den har ökat med endast 0,3 procentenheter under samma period. I förhållande till BNP har således hälso- och sjukvården tilldelats mer resurser än socialtjänsten (diagram 10:1).



Skattefinansierad hälso- och sjukvård är vanligast i Norden

Hälso- och sjukvården finansieras på olika sätt i olika delar av världen. Offentlig finansiering genom skatter på central, regional och lokal nivå är vanligast i de nordiska länderna men även i Spanien och Kanada³⁷. I Sverige utgör skattefinansieringen 82 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården, medan den till exempel i Finland utgör 60 procent.

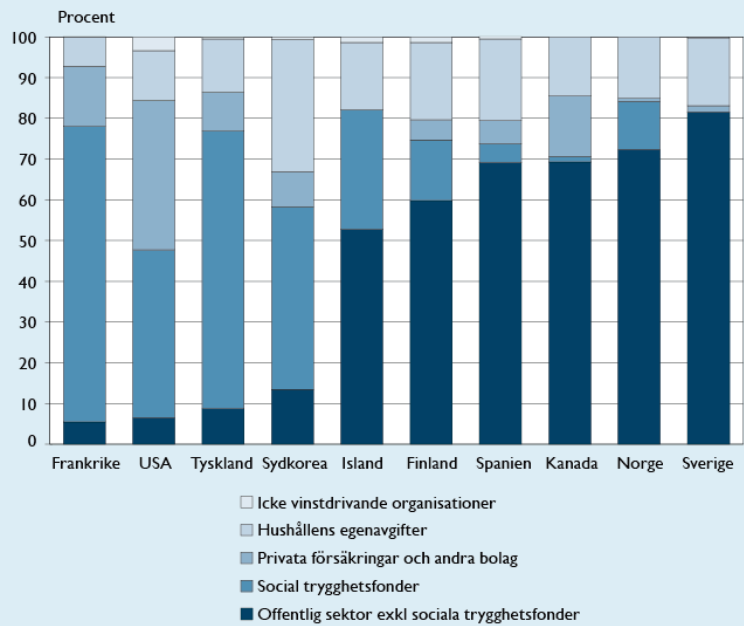
I flera andra länder, exempelvis Frankrike och Tyskland, är statligt styrda och kollektivt finansierade sociala trygghetsfonder den huvudsakliga finansiären. Frankrike har högst andel skattefinansiering med 73 procent, tätt följd av Tyskland med 68 procent av finansieringen i sociala trygghetsfonder. I USA finansieras ungefär 40 procent av sociala trygghetsfonder och 37 procent av privata försäkringar. USA är det land som har högst andel privata försäkringar.

Hushållens egenavgifter³⁸ varierar också. Sydkorea är det land som har högst andel egenavgifter, och de motsvarar 32 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader. I Sverige ligger egenavgifterna på 17 procent. I Frankrike står hushållen för den lägsta andelen med 7 procent av kostnaderna. Resterande länder ligger i ett spann kring 12–20 procent av kostnaden för hälso- och sjukvård (diagram 10:2).

³⁷ De länder som ingick i undersökningen var Frankrike, USA, Tyskland, Sydkorea, Island, Finland, Spanien, Kanada, Norge och Sverige.

³⁸ De avgifter som hushållen själv betalar ur egen ficka.

Diagram 10:2 **Hälso- och sjukvårdens finansiering i några länder 2009**



Källa: OECD Health data 2011.

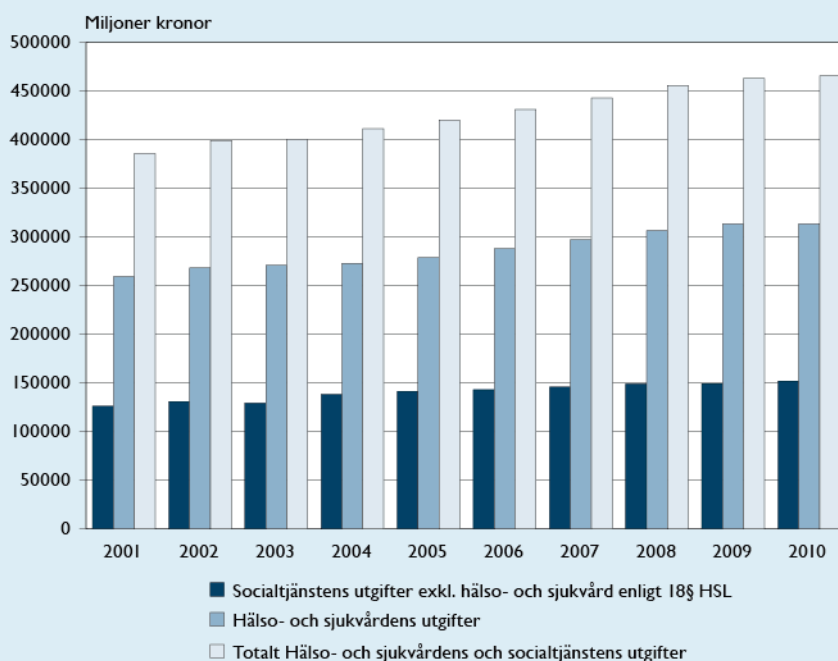
Vårdens och omsorgens utgifter ökar

Både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kostnader har ökat sedan 2001 med 21 respektive 20 procent i fasta priser. De totala utgifterna för hälso- och sjukvård uppgick 2009³⁹ till 313,7 miljarder kronor i 2010 års pris, inklusive tandvård, kommunal hälso- och sjukvård, läkemedelskostnader samt hälso- och sjukvårdens investeringar⁴⁰. Socialtjänstens utgifter, exklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL, uppgick till 151,9 miljarder kronor 2010 (diagram 10:3).

³⁹ Uppgifter för 2010 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna publiceras av SCB den 31.3 2012.

⁴⁰ Enligt det internationella systemet för hälsoräkenskaper, A System of Health Accounts (SHA) OECD.

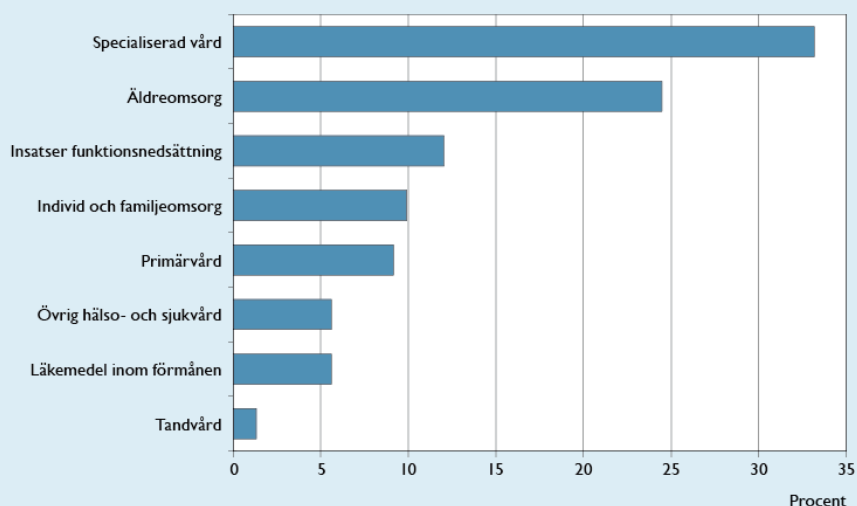
Diagram 10:3 **Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens utgifter 2001 -2010**



Källa: Hälsoräkenskaper; Statistiska centralbyrån; Kommunernas räkenskapsammandrag, Statistiska centralbyrån; Konsumtionsindex 2010, Statistiska centralbyrån.

De största verksamheterna inom vården och omsorgen är den slutna och öppna specialiserade hälso- och sjukvården tillsammans med äldreomsorgen, med 33 respektive 25 procent av kostnaderna för vård och omsorg. Tandvård och läkemedel inom förmånssystemet är bland de minsta verksamheterna med drygt 1 respektive 5 procent av kostnaderna (diagram 10:4).

Diagram 10:4 **Verksamheternas andel av hälso- och sjukvård och socialtjänst 2010**



Källa: Kommunernas och landstingens räkenskapsammandrag 2010, Statistiska centralbyrån

Insatser till personer med funktionsnedsättning innehåller här enbart kommunernas kostnader.

Övrig hälso- och sjukvård är sådan verksamhet som inte relateras till vårdtillfälle eller besök och som inte ska föras ut på den enskilda patienten i systemet för kostnad per patient (KPP). Övrig hälso- och sjukvård omfattar ambulans- och sjuktransporter, sjukresor, handikappverksamhet, hjälpmedelsverksamhet, social verksamhet, folkhälsofrågor, FoU avseende hälso- och sjukvård samt övrigt.

Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling 2006–2010

De samlade kostnaderna för all hälso- och sjukvård var 313,7 miljarder kronor år 2009, varav landstingen svarade för 72 procent. Resterande utgifter stod kommunerna, staten och privata sektorn för. År 2010 var landstingens löpande kostnader för hälso- och sjukvård för deras egna åtaganden 218 miljarder kronor medan landstingens nettokostnad för denna verksamhet uppgick till 202 miljarder kronor (tabell 10:1).

Olika kostnadsbegrepp – olika resultat

När hälso- och sjukvårdens utgifter analyseras är det viktigt att veta vilket kostnadsbegrepp som ska användas. Landstingen använder ofta begreppet nettokostnader, och med det avses samtliga kostnader med avdrag för samtliga intäkter. Detta kostnadsbegrepp ger kostnaden för all verksamhet som landstingen ska finansiera med skatter, generella statsbidrag och finansnetto. Om det istället är hälso- och sjukvårdens totala utgifter som är intressanta används Statistiska centralbyråns redovisade uppgifter enligt systemet för hälsoräkenskaper (SHA). SHA är ett internationellt system som visar hälso- och sjukvårdens totala utgifter oavsett var och av vem vården produceras och finansieras. Om fokus ligger på kostnader för den verksamhet som landstingen är huvudman för, det vill säga vård som landstingen utför i egen regi eller köper in av andra vårdgivare, används de kostnadsuppgifter som landstingen har för det egna åtagandet.

I tabell 10:1 redovisas hur kostnaden varierar beroende på vilket kostnadsbegrepp som används.

Tabell 10:1 Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling 2006–2010 med olika kostnadsbegrepp, 2010 års pris, miljoner kr och procent

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Förändring mnkr | Förändring % |
|--|---------|---------|---------|---------|----------|--------------------|-----------------|
| Totala hälso- och sjukvårdsutgifter inkl. investeringar enligt SHA | 288 065 | 297 166 | 306 592 | 313 660 | 313 660* | 25 595 | 8,9 |
| Löpande hälso- och sjukvårdsutgifter enligt SHA* | 276 718 | 284 618 | 292 348 | 300 180 | 300 180* | 23 462 | 8,5 |
| Landstingens löpande hälso- och sjukvårdsutgifter för det egna åtagandet | 203 470 | 207 949 | 212 516 | 215 643 | 218 020 | 14 550 | 7,2 |
| Landstingens netto-utgifter för hälso- och sjukvård | 189 729 | 193 725 | 198 054 | 199 797 | 201 745 | 12 016 | 6,3 |

* Avser 2009 års värde. Uppgifter för 2010 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna publiceras av SCB den 31.3 2012.

Källa: Hälsoräkenskaper Statistiska centralbyrån ⁴¹, Landstingens räkenskapsammandrag Statistiska centralbyrån, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling Sveriges Kommuner och Landsting, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån.

⁴¹ Uppgifter för 2010 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna publiceras av SCB den 31.3 2012.

Ytterst liten ökning av resurser till specialiserad psykiatrisk vård

Jämfört med 2006 har landstingens nettoutgifter för hälso- och sjukvård ökat med drygt 6 procent i fasta priser. Ökningen ser dock olika ut inom olika vårdområden. Störst är kostnadsökningen inom primärvården följt av den specialiserade somatiska vården. Kostnaden för den specialiserade psykiatriska vården har nästan inte ökat alls, medan landstingens kostnader för tandvård har minskat med drygt 2 procent. Kostnaden för läkemedel inom förmånen har också minskat något sedan 2006.

Specialiserad somatisk vård står för 53 procent av nettokostnaderna och uppgick 2010 till 107 miljarder kronor. Den näst största kostnadsposten är primärvården med 17 procent av nettokostnaderna eller drygt 34 miljarder kronor. Tandvård och politisk verksamhet är de minsta verksamheterna med drygt 2 procent respektive 1 procent av landstingens nettokostnader (tabell 10:2).

Tabell 10:2 Landstingens nettoutgifter per vårdområde 2006–2010 (inkl Gotland) exkl. investeringar och förändring 2006–2010 samt andel av landstingens nettoutgifter för hälso- och sjukvård, 2010 års pris, miljoner och procent

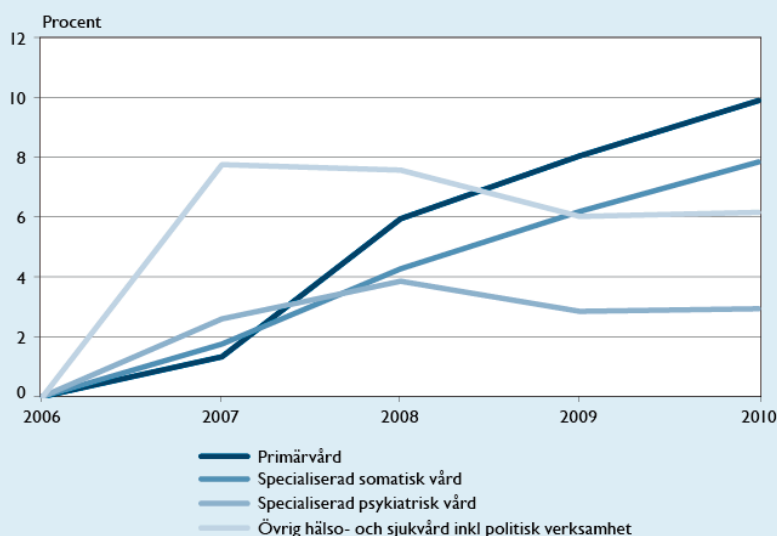
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Förändring mnkr och % | | Andel % |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|-----------------------|------|---------|
| Landstingens totala nettoutgifter för hälso- och sjukvård | 189 729 | 193 725 | 198 054 | 199 797 | 201 745 | 12 016 | 6,3 | 100 |
| Primärvård | 31 368 | 31 783 | 33 231 | 33 889 | 34 470 | 3 102 | 9,9 | 17,1 |
| Specialiserad somatisk vård | 98 985 | 100 723 | 103 212 | 105 105 | 106 741 | 7 756 | 7,8 | 52,9 |
| Specialiserad psykiatrisk vård | 17 620 | 18 077 | 18 299 | 18 122 | 18 137 | 517 | 2,9 | 9,0 |
| Tandvård | 5 132 | 5 172 | 5 167 | 5 015 | 5 008 | -124 | -2,4 | 2,5 |
| Läkemedel inom förmånen | 21 261 | 21 417 | 21 621 | 21 379 | 21 081 | -180 | -0,8 | 10,4 |
| Övrig hälso- och sjukvård | 14 126 | 15 345 | 15 312 | 15 050 | 15 162 | 1 036 | 7,3 | 7,5 |
| Politisk verksamhet | 1 237 | 1 208 | 1 213 | 1 237 | 1 146 | -91 | -7,3 | 0,6 |

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010 Sveriges Kommuner och Landsting, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån

Diagram 10:5 visar tydligt hur landstingens resurstilldelning till de olika vårdområdena har utvecklats över tid. Resurserna till primärvård och specialiserad somatisk vård ökar, medan utvecklingen inte ser likadan ut för den specialiserade psykiatriska vården och den övriga hälso- och sjukvården. Vissa år minskar till och med ökningstakten i resurstilldelningen för dessa två vårdområden.

Varför ökar kostnaderna för den specialiserade psykiatrin i mindre utsträckning jämfört med primärvården och den specialiserade somatiska vården? Det finns inga indikationer på att behovet av psykiatrisk vård har minskat över tid. En förklaring till de förändrade kostnaderna skulle kunna vara att primärvården i högre utsträckning tar emot patienter som tidigare har behandlats i den specialiserade psykiatriska vården, med tanke på att kostnadsökningen är högre för den sektorn. I detta sammanhang är det också av intresse att beakta hur de statliga stimulansmedlen riktade till psykiatrin har påverkat kostnadsutvecklingen. Stimulansmedlen är avsedda för att utveckla verksamheter och ska inte användas för den ordinarie verksamheten. Det finns anledning att mer ingående studera orsakerna till kostnadsutvecklingen.

Diagram 10:5 Landstingens resurstilldelning till olika vårdområden 2006-2010, Index 2006=0



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006-2010, Sveriges Kommuner och Landsting; Konsumtionsindex 2010, Statistiska centralbyrån.

Socialtjänstens kostnadsutveckling 2006–2010

Kostnadsutvecklingen för socialtjänsten har varit relativt jämn sedan 2006. Vård och omsorg till äldre står för den relativt sett minsta ökningen, medan stöd och service till personer med funktionsnedsättning har ökat mest med 11,6 procent (tabell 10:3).

Tabell 10:3 Kostnadsutvecklingen för socialtjänsten och förändring 2006–2010 samt andel av socialtjänstens kostnader, 2010 års pris, miljoner och procent

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Förändring mnkr | Förändring % | Andel % |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|-----------------|--------------|---------|
| Socialtjänstens totala kostnader inkl. hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL | 165 908 | 168 459 | 171 281 | 172 662 | 174 804 | 8 896 | 5,4 | 100,0 |
| Individ och familjeomsorg inkl. familjerätt och familjerådgivning | 35 139 | 34 526 | 35 572 | 37 186 | 37 301 | 2 162 | 6,2 | 21,3 |
| Insatser till personer med funktionsnedsättning | 40 620 | 42 509 | 43 819 | 44 433 | 45 335 | 4 716 | 11,6 | 25,9 |
| Vård och omsorg till äldre | 90 149 | 91 423 | 91 890 | 91 042 | 92 168 | 2 019 | 2,2 | 52,7 |

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2010, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån.

Kommunernas prioriteringar inom socialtjänsten

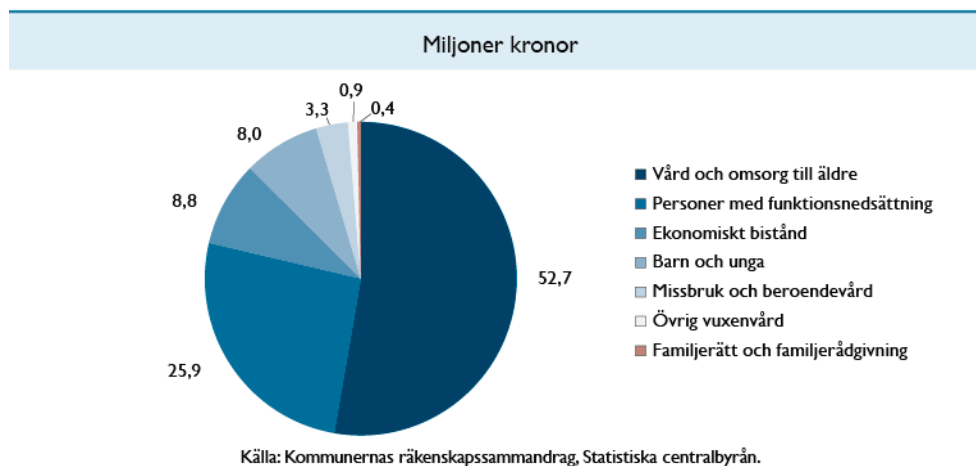
Socialtjänstens kostnader som andel av kommunernas totala driftkostnader speglar hur kommunerna prioriterar mellan sina verksamheter. Socialtjänstens kostnader utgör 38 procent av kommunernas totala driftkostnader, och i förhållande till annan kommunal verksamhet har socialtjänstens andel ökat med 1,7 procentenheter sedan 2001.

Kommunernas prioritering inom socialtjänstens områden framgår av figur 10:1. Äldreomsorgen är den absolut största verksamheten inom socialtjänsten

och står för 53 procent. Den minsta verksamheten är övrig vuxenvård som står för knappt 1 procent. Missbruk och beroendevård är också en liten del av socialtjänsten, cirka 3 procent. Även familjerätt och familjerådgivning utgör endast en ytterst liten del.

Figur 10:1

Verksamheternas andel av socialtjänstens kostnad 2010



Kostnaderna fortsätter att minska för HVB för barn och unga

Under perioden 2006–2010 ökade kostnaderna för barn och unga med nästan 4 procent i fasta priser, men liksom tidigare år minskade kostnaderna för hem för vård eller boende (HVB) med 6 procent. Kostnaderna för de öppna insatserna har däremot ökat med i genomsnitt 8 procent. Sammanlagt lade kommunerna 13,9 miljarder kronor på insatser till barn och unga år 2010 (tabell 10:4).

Än mindre resurser till missbruk- och beroendevård

Kostnaderna för missbruks- och beroendevården minskar. Alla verksamheter, utom individuellt behovsprövade insatser, minskade 2010 med i snitt 4,5 procent i jämförelse med 2006. Däremot ökade kostnaderna för individuellt behovsprövade insatser med hela 9 procent. Totalt lade kommunerna 5,8 miljarder kronor på insatser till vuxna med missbruk eller beroende år 2010 (tabell 10:4).

Ekonomiskt bistånd ökar mest till flyktingar

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd var 15,3 miljarder kronor år 2010, vilket är drygt 13 procent mer än 2006. Den del som avser ekonomiskt bistånd till flyktingar (inklusive ensamkommande barn och unga) ökade med 32 procent (tabell 10:4).

Övrig vuxenvård, familjerätt och familjerådgivning

Övriga insatser till vuxna består av insatser till personer med sociala problem som inte är relaterade till eget missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller lösningsmedel. Det kan till exempel handla om stöd och skydd för våldsutsatta kvinnor samt hjälp till personer och familjer som står utanför den ordinarie bostadsmarknaden. Kostnaden för övriga insatser till vuxna uppgick till 1,6 miljarder kronor 2010. Sedan 2006 har kostnaderna ökat marginellt. Kostnaderna för familjerätt och familjerådgivning var 0,6 miljarder kronor år 2010, och även de har bara ökat marginellt (tabell 10:4).

Tabell 10:4 Kostnadsutveckling inom individ- och familjeomsorgen och förändring 2006–2010 samt andel av respektive verksamhet, 2010 års pris, miljoner och procent

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Fö- ränd- ringm nkr | Förän- dring % | Andel av resp. verk- samhet % |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------------------|----------------------|---|
| Individ- och familjeomsor- gens andel av socialtjänsten | 20,5 | 20,4 | 20,5 | 21,4 | 21,3 | | | |
| Individ- och familjeomsorg totalt | 35 139 | 34 526 | 35 572 | 37 186 | 37 301 | 2 162 | 6,2 | |
| Insatser till barn och unga | 13 417 | 13 524 | 13 965 | 14 042 | 13 904 | 487 | 3,6 | 100 |
| Institutionsvård/HVB | 5 028 | 4 984 | 5 022 | 4 790 | 4 730 | -298 | -5,9 | 34,0 |
| Familjehemsvård | 4 162 | 4 192 | 4 317 | 4 507 | 4 612 | 450 | 10,8 | 33,2 |
| <i>Öppna insatser</i> | | | | | | | | |
| Individuell behovsprövad öppen vård | 2 896 | 2 921 | 3 042 | 3 266 | 3 098 | 202 | 7,0 | 22,3 |
| Övriga öppna insatser | 1 331 | 1 427 | 1 583 | 1 478 | 1 464 | 133 | 10,0 | 10,5 |
| Insatser till vuxna med missbruk/beroende | 5 899 | 5 915 | 5 972 | 5 680 | 5 806 | -93 | -1,6 | 100 |
| Institutionsvård | 2 534 | 2 496 | 2 496 | 2 414 | 2 484 | -50 | -2,0 | 42,8 |
| Familjehemsvård | 179 | 164 | 184 | 178 | 175 | -4 | -2,2 | 3,0 |
| <i>Öppna insatser</i> | | | | | | | | |
| Bistånd som avser boende | 1 485 | 1 577 | 1 511 | 1 436 | 1 474 | -11 | -0,8 | 25,4 |
| Individuellt behovsprövade insatser | 863 | 830 | 875 | 901 | 942 | 79 | 9,1 | 16,2 |
| Övriga öppna insatser | 837 | 849 | 905 | 751 | 731 | -106 | -12,7 | 12,6 |
| Ekonomiskt bistånd | 13 582 | 13 099 | 13 602 | 15 130 | 15 306 | 1 724 | 12,7 | 100 |
| Ekonomiskt bistånd exkl. flyktinghushåll | 11 515 | 10 593 | 10 629 | 11 927 | 12 564 | 1 049 | 9,1 | 82,1 |
| Ekonomiskt bistånd till flyk- tinghushåll | 2 066 | 2 506 | 2 973 | 3 202 | 2 742 | 676 | 32,7 | 17,9 |
| Övrig vuxenvård | 1 619 | 1 343 | 1 411 | 1 708 | 1 654 | 35 | 2,2 | |
| Familjerätt och familjeråd- givning | 623 | 644 | 623 | 626 | 631 | 8 | 1,3 | |

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2006 – 2010, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån.

Kommunernas kostnader ökar för insatser till funktionshindrade

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning har under den senaste femårsperioden ökat med 11,6 procent i fasta priser och uppgick till 45,3 miljarder kronor 2010. Dessa kostnader utgjorde 26 procent av socialtjänstens totala kostnader. Insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och HSL står för drygt 19 procent av de totala kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning, och drygt 80 procent av kostnaderna gäller insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken. Enligt socialförsäkringsbalken har kommunerna ansvar för de 20 första timmarna samt ett basansvar som främst omfattar kostnader för vikarier när den ordinarie anordnarens assistenter är sjuka. Kostnadsutvecklingen för insatser till personer med funktionsnedsätt-

ning är logisk eftersom antalet insatser också fortsätter att öka. Kostnadsökningen för insatser enligt LSS förklaras delvis av att personer som når 65 års ålder får behålla personlig assistans som de tidigare har beviljats enligt 9 § 2 LSS eller assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken. Den bestämmelsen tillkom år 2001. I redovisningen sker det en kontinuerlig förskjutning av kostnader från vård och omsorg om äldre till insatser till personer med funktionsnedsättning eftersom fler äldre får behålla sina LSS-insatser efter 65 årsdagen.

Under perioden 2006–2010 var fördelningen relativt konstant mellan insatser enligt LSS och assistansersättning respektive enligt SoL och HSL. Det går dock att se en liten ytterligare förskjutning mot mer insatser enligt LSS och assistansersättningen.

Även kostnaderna för insatser enligt SoL och HSL ökar

Kostnaderna fortsätter att öka för insatser enligt SoL och HSL till personer med funktionsnedsättning, och de har ökat med drygt 11 procent i fasta priser sedan 2006. År 2010 uppgick kostnaderna till 8,9 miljarder kronor, varav 4,9 miljarder kronor avsåg insatser i ordinärt boende. Den största delen gäller hemtjänst inklusive boendestöd. Kostnaderna för korttidsboende har ökat med 16 procent, medan kostnaderna för övriga biståndsbedömda insatser i ordinärt boende har ökat med 29 procent under perioden. I övriga biståndsbedömda insatser ingår bland annat dagverksamhet, kontaktperson och kontaktfamilj, personligt ombud och bostadsanpassningsbidrag. Dessutom ingår kostnader för hälso- och sjukvård i ordinärt boende och i dagverksamhet för de kommuner som har tagit över landstingets ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende. Till skillnad från äldreomsorgen ökade kostnaderna för särskilt boende för personer med funktionsnedsättning med 11 procent under perioden 2006–2010 (tabell 10:5).

Lika stor kostnadsökning för insatser enligt LSS och assistansersättning

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS och assistansersättning ökade med nästan 12 procent i fasta priser mellan 2006 och 2010, och var 36,4 miljarder kronor år 2010 (exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistansersättning). Det bör uppmärksammas att angivelserna inkluderar kostnader för personer över 65 år som får insatser enligt LSS.

Boende står för hälften av kostnaderna för insatser enligt LSS, drygt 18 miljarder kronor, och denna kostnad har ökat med 11 procent sedan 2006. Kostnaderna för personlig assistans och daglig verksamhet har ökat med 18 respektive 13 procent sedan 2006 (tabell 10:5).

Tabell 10:5 Kostnader för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2006–2010 samt andel av kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning, 2010 års pris, miljoner och procent

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Förändring mnr | Förändring % | Andel % |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|-------------------|-----------------|------------|
| Funktionsnedsättnings andel av socialtjänsten | 24,7 | 25,3 | 25,7 | 25,8 | 25,9 | 1,2 | 5,0 | |
| Insatser till personer med funktionsnedsättning | 40 620 | 42 509 | 43 819 | 44 433 | 45 335 | 4 716 | 11,6 | 100,0 |
| <i>Insatser enligt SoL*</i> | 8 019 | 8 732 | 8 765 | 8 762 | 8 907 | 888 | 11,1 | 19,6 |
| Särskilt boende | 3 054 | 3 307 | 3 376 | 3 361 | 3 386 | 332 | 10,9 | 7,5 |
| Ordinärt boende enligt SoL/HSL. | 4 348 | 4 744 | 4 672 | 4 686 | 4 873 | 525 | 12,1 | 10,7 |
| Hemtjänst/boendestöd | 2 886 | 3 243 | 2 965 | 2 941 | 3 049 | 163 | 5,7 | 6,7 |
| Korttidsboende | 448 | 450 | 422 | 505 | 518 | 70 | 15,6 | 1,1 |
| Övriga biståndsbedömda insatser** | 1 014 | 1 050 | 1 285 | 1 240 | 1 306 | 292 | 28,7 | 2,9 |
| Öppen verksamhet*** | 617 | 681 | 718 | 715 | 648 | 31 | 5,1 | 1,4 |
| <i>Insatser enligt LSS och assistansersättning****</i> | 32 601 | 33 778 | 35 054 | 35 671 | 36 428 | 3 827 | 11,7 | 80,4 |
| Boende | 16 988 | 17 774 | 17 901 | 18 270 | 18 866 | 1 878 | 11,1 | 41,6 |
| Boende vuxna | 15 617 | 16 306 | 16 409 | 16 682 | 17 294 | 1 677 | 10,7 | 38,1 |
| Boende barn | 1 372 | 1 468 | 1 492 | 1 588 | 1 572 | 200 | 14,6 | 3,5 |
| Personlig assistans **** | 6 289 | 6 424 | 7 249 | 7 512 | 7 420 | 1 131 | 18,0 | 16,4 |
| Daglig verksamhet | 5 179 | 5 417 | 5 590 | 5 606 | 5 853 | 674 | 13,0 | 12,9 |
| Övriga insatser | 4 144 | 4 162 | 4 313 | 4 283 | 4 289 | 145 | 3,5 | 9,5 |

* Ny definition fr.o.m. 2007 ingår även insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

**Övriga biståndsbedömda insatser är t.ex. behovsprövad dagverksamhet, kontaktperson, kontaktfamilj, personligt ombud, bostadsanpassningsbidrag och hälso- och sjukvård som utförs i den enskildes bostad eller i dagverksamhet i de kommuner som tagit över hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende från landstinget.

***Öppen verksamhet är generellt riktade verksamheter där ett deltagande inte förutsätter biståndsbedömning/biståndsbeslut.

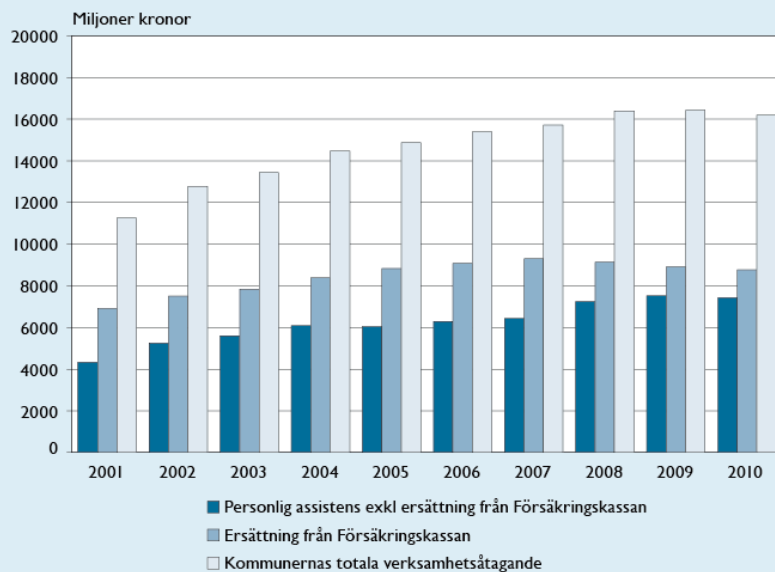
**** Exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2006–2010, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån.

Kommunernas kostnader för assistans innefattar mer än bara det egna åtagandet

I ett tioårsperspektiv har kommunernas egna kostnader för personlig assistans enligt LSS och assistansersättningen ökat med 71 procent i fasta priser, och uppgick 2010 till 7,4 miljarder kronor. Därutöver har kommunerna kostnader för assistansen när de utför assistans i egenskap av anordnare.

Diagram 10:6 **Kostnadsutveckling för personlig assistans i kommunerna 2001-2010**



Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag, Statistiska centralbyrån; Konsumtionsindex 2010, Statistiska centralbyrån.

För dessa kostnader erhåller kommunerna ersättning från Försäkringskassan i likhet med andra utförare. Den delen av assistansen uppgick 2010 till 8,8 miljarder kronor och ökade med 27 procent under perioden 2001–2010. Kommunernas hela åtagande kostar alltså totalt 16,2 miljarder kronor (diagram 10:6), inklusive assistans till äldre personer som har fått behålla insatsen efter sin 65-årsdag. Staten har också kostnader för personlig assistans som enligt en beräkning från Riksrevisionen uppgår till cirka 16 miljarder kronor. Samhällets totala kostnader för personlig assistans är således runt 24 miljarder kronor.

Kommunerna har ett ansvar för de 20 första timmarna med personlig assistans, vilket är ett finansieringsåtagande. Därutöver har kommunerna ett verksamhetsåtagande för dem som väljer kommunen som utförare eller som inte gör ett aktivt val av utförare. Verksamhetsåtagandet omfattar även kostnader för vikarier när en annan utförares personal är frånvarande.

Kostnaderna minskar i särskilt boende – färre äldre får plats

Under 2010 beräknades kommunernas och landstingens samlade kostnader för vård och omsorg om äldre till drygt 167 miljarder kronor, vilket är en ökning med 3,9 procent sedan 2006. Som framgår av tabell 10:8 ökade kostnaderna mest för landstingens åtgärder för äldre, vilka ökade med 6 procent medan kommunernas samlade kostnader för insatser till äldre ökade med drygt 2 procent under perioden. Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till äldre beräknas uppgå till drygt 75 miljarder kronor för 2010, utifrån äldres andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Region Skåne.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick till drygt 92,2 miljarder kronor 2010, varav 59 procent avsåg särskilt boende, drygt 39 procent insatser i ordinärt boende och nästan 2 procent avsåg den öppna verk-

samheten⁴². De totala kostnaderna för särskilt boende hade återigen minskat med drygt 2 procent sedan 2006, medan insatser i ordinärt boende har ökat med 10 procent. Inom ordinärt boende är det kostnaderna för övriga biståndsbedömda insatser som ökar mest, 32 procent. Denna ökning beror troligtvis på att kostnader för hälso- och sjukvårdsinsatser som är utförda på delegation redovisas i ”övriga insatser”, i stället för som tidigare under hemtjänst eller korttidsvård (tabell 10:6).

Det finns ett tydligt mönster i utvecklingen av kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre: Kostnaderna för särskilt boende fortsätter att minska, medan kostnader för insatser i ordinärt boende ökar. Sedan 2003 har kostnaderna sjunkit i särskilt boende räknat i fasta priser. Samtidigt har antalet personer över 65 år ökat med 12 procent i befolkningen, och antalet över 80 år har ökat med runt 4 procent. Kostnadsminskningen kan förklaras av att allt färre äldre bor i särskilt boende.

Tabell 10:6 Äldreomsorgens kostnadsutveckling och förändring 2006–2010, 2010 års pris, miljoner och procent

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Förändring mnkr | Förändring % | Andel av äldreomsorgens kostnad |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|-----------------|--------------|---------------------------------|
| Äldreomsorgens andel av socialtjänsten | 54,8 | 54,4 | 53,8 | 52,8 | 52,7 | | | |
| Äldreomsorg | 90 149 | 91 423 | 91 890 | 91 042 | 92 168 | 2 019 | 2,2 | 55 |
| Särskilt boende | 55 638 | 54 759 | 54 547 | 54 494 | 54 373 | - 1 265 | - 2,3 | 59,0 |
| Ordinärt boende | 32 989 | 35 151 | 35 809 | 35 023 | 36 267 | 3 278 | 9,9 | 39,3 |
| Hemtjänst/boendestöd | 23 178 | 24 801 | 23 076 | 23 492 | 24 993 | 1 815 | 7,8 | 27,1 |
| Korttidsboende | 5 491 | 5 844 | 5 538 | 5 560 | 5 560 | 69 | 1,3 | 6,0 |
| Övriga biståndsbedömda insatser | 4 320 | 4 507 | 7 194 | 5 971 | 5 714 | 1 394 | 32,3 | 6,2 |
| Öppen verksamhet | 1 522 | 1 513 | 1 534 | 1 525 | 1 528 | 6 | 0,4 | 1,7 |
| Landstingens hälso- och sjukvård för äldre 65 +¹ | 70 744 | 72 971 | 72 861 | 73 989 | 75 005 | 4 261 | 6,0 | 45 |
| Totalt insatser till äldre | 160 893 | 164 394 | 164 751 | 165 032 | 167 173 | 6 280 | 3,9 | 100 |

¹ Kostnaderna har beräknats utifrån äldres andel av kostnaderna i Region Skåne. Denna andel har sedan antagits gälla hela riket och använts på de uppgifter om hälso- och sjukvård som landstingen har lämnat i landstingens räkenskapsammandrag. För kostnader avseende handikapp- och hjälpmedelsverksamhet har 70 procent antagits gälla äldre. För övriga kostnader har Region Skånes kostnadsandel använts.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2010, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån, Region Skåne.

Allt mer verksamhet köps externt

Kommuner och landsting lägger ut allt mer verksamhet på externa aktörer eller utförare, och 2010 köptes verksamhet inom vård och omsorg för totalt 68 miljarder kronor (hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst). Landstingen köp-

⁴² Med öppen verksamhet avses generellt inriktade verksamheter som i första hand är avsedda för personer 65 år och äldre och där deltagandet inte förutsätter en individuell behovsprövning eller ett biståndsbeslut.

te verksamhet för 37 miljarder kronor, vilket är 16,9 procent av landstingens hälso- och sjukvårdskostnad. Kommunerna köpte verksamhet för 31 miljarder kronor, vilket var 17,7 procent av socialtjänstens kostnad.

Inom hälso- och sjukvården köps framför allt verksamhet inom den specialiserade somatiska vården, och 2010 var den kostnaden 20,8 miljarder kronor. Inom primärvården köptes verksamhet för 11 miljarder kronor. Ungefär hälften av landstingens verksamhetsköp, eller 20,8 miljarder kronor, köptes från privata företag. 15,1 miljarder köptes från andra landsting och regioner samt från landstingsägda företag.

Kommunerna köpte mest verksamhet inom äldre- och handikappomsorg, för totalt 23,8 miljarder kronor. Barn- och ungdomsvård stod för 4,6 miljarder kronor medan missbruk och beroendevård stod för 2,0 miljarder kronor. Även socialtjänsten köpte mest från privata företag, motsvarande 76 procent av alla köp. Kommunerna köper även från föreningar och stiftelser för 3,1 miljarder kronor, främst till verksamheter inom äldreomsorgen (tabell 10:7).

Tabell 10:7 Köp av verksamhet i kommuner och landsting 2010, miljoner och procent

| | Lands- ting regioner | Kommun/ lands- tingsägda företag | Kommun/ kommu- nalför- bund | Privata företag | Staten statliga myn- dighe- ter | Fören- ingar stiftelser | Enskilda andra länder | Totalt |
|--|----------------------------|---|--------------------------------------|--------------------|---|-------------------------------|-----------------------------|---------------|
| Totalt köp i vård och omsorg | 8 382 | 8 059 | 1 371 | 44 272 | 1 239 | 3 758 | 780 | 67 861 |
| <i>Totalt hälso- och sjukvård</i> | 7 863 | 7 206 | 350 | 20 779 | 46 | 623 | 30 | 36 897 |
| Primärvård | 313 | 128 | 261 | 10 215 | 1 | 70 | 1 | 10 988 |
| Specialiserad somatisk vård | 6 768 | 6 245 | 28 | 7 305 | 5 | 453 | 20 | 20 824 |
| Specialiserad psykiatrisk vård | 658 | 10 | 22 | 1 441 | 0 | 92 | 3 | 2 226 |
| Tandvård | 28 | 802 | 1 | 776 | 32 | 1 | 5 | 1 646 |
| Övrig hälso- och sjukvård | 97 | 21 | 37 | 1 041 | 8 | 7 | 1 | 1 213 |
| <i>Andel köp av hälso- och sjukvård, %</i> | 21 | 20 | 1 | 56 | 0 | 2 | 0 | 100 |
| <i>Totalt socialtjänst</i> | 519 | 853 | 1 021 | 23 493 | 1 193 | 3 135 | 750 | 30 964 |
| Barn och unga | 45 | 31 | 145 | 3 040 | 751 | 216 | 369 | 4 597 |
| Missbruk och beroendevård | 38 | 4 | 88 | 1 123 | 361 | 308 | 96 | 2 018 |
| Övrig vuxenvård inkl familjerätt o familjerådgivning | 4 | 3 | 65 | 385 | 5 | 37 | 12 | 511 |
| Äldre- och handikappomsorg | 432 | 815 | 723 | 18 945 | 76 | 2 574 | 273 | 23 838 |
| <i>Andel köp av socialtjänst, %</i> | 2 | 3 | 3 | 76 | 4 | 10 | 2 | 100 |

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2010, Statistiska centralbyrån, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010. Sveriges Kommuner och Landsting.

Kostnadsjämförelser mellan olika verksamheter

Kostnad per plats i olika boenden

Kostnaden för olika typer av boenden inom vård och omsorg skiljer sig, och kostnaden har utvecklats helt olika sedan 2006. Kostnaden per person inom särskilt boende (enligt SoL) för personer med funktionsnedsättning har ökat med 23 procent medan platskostnaden för särskilt boende för äldre har ökat med drygt 3 procent. Däremot har platskostnaden för bostad med särskild service enligt LSS minskat något. Att platskostnaden har ökat inom särskilt boende för personer med funktionsnedsättning kan bero på ökad vårdtyngd. Många i denna grupp har en psykisk funktionsnedsättning med behov av tätare bemaning. Kostnadsförändringen per person i bostad med särskild service kan i sin tur bero på att antalet boende per gruppboende ökar. Socialstyrelsen resonerar mer om detta i kapitlet om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Det finns också stora skillnader i kostnadsutvecklingen mellan heldygnsplaceringar för barn och unga respektive för vuxna med missbruk eller beroende. Här ökade dygnskostnaden inom missbruk eller beroende med nästan 27 procent under perioden 2006–2010 medan dygnskostnaden för barn och unga minskade med nästan 2 procent (tabell 10:8). Denna minskning kan vara ett resultat av besparingar eller bero på att kommunernas upphandlingar har blivit mer kostnadseffektiva.

Tabell 10:8 Kostnad per plats, vårdtillfälle och vårddygn för boenden inom socialtjänst och hälso- och sjukvård 2006–2010, 2010 års priser, kronor och procent, medianvärdet

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Förändring kr | Förändring % |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------------|--------------|
| Boenden/plats | | | | | | | |
| Särskilt boende äldre | 598 782 | 610 953 | 618 763 | N.a. | 619 454 | 20 672 | 3,5 |
| Särskilt boende funktionsnedsättning | 565 853 | 631 187 | 583 204 | N.a. | 694 308 | 128 455 | 22,7 |
| Bostad med särskild service | 726 753 | 706 278 | 710 739 | 795 757 | 716 415 | -10 338 | -1,4 |
| Boenden/vårdtillfälle | | | | | | 0 | |
| Hälso- och sjukvård | 43 154 | 43 916 | 45 166 | 44 638 | 45 463 | 2 309 | 5,4 |
| Boenden/vårddygn | | | | | | | |
| Hem för vård eller boende barn och unga | 4 205 | 4 409 | 4 159 | 4 144 | 4 128 | -77 | -1,8 |
| Institutionsvård, missbruk och beroendevård | 2 645 | 2 529 | 2 623 | 2 629 | 3 347 | 702 | 26,5 |

N.a. = data finns inte tillgängligt.

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten 2006–2009, Socialstyrelsen, Egna bearbetningar 2010, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån.

Kostnader för boenden kontra öppna insatser

Kostnaderna har utvecklats olika när det gäller boenden och heldygnsplaceringar respektive insatser i öppen vård. Genom att jämföra den procentuella kostnadsförändringen går det att se hur huvudmännen prioriterar mellan olika verksamheter. Kostnadsförändringen i fasta priser har varit störst inom biståndsbedömda öppna insatser inom äldreomsorgen och inom insatser till personer med funktionsnedsättning, med 32 respektive 29 procents ökning.

Öppen verksamhet prioriteras dock mest inom barn- och ungdomsvården där ökningen är hela 20 procent, medan öppna insatser inom missbruksvården har minskat med 25 procent. Boenden i missbruks- och beroendevården har haft en motsatt utveckling eftersom kostnaderna där har ökat med nästan 27 procent. Även boenden för personer med funktionsnedsättning har ökat stort. (tabell 10:9).

Tabell 10:9 Kostnadsförändring i procent 2006 –2010

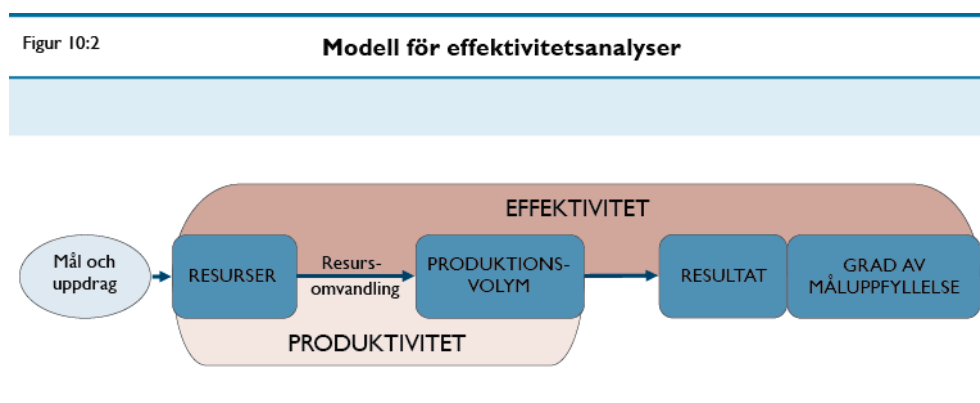
| | Plats i boenden/sjukhus | Biståndsbedömda öppna insatser | Öppen verksamhet |
|--|-------------------------|--------------------------------|------------------|
| Äldreomsorg | 3,5 | 32 | 0,8 |
| Funktionsnedsättning | 22,7 | 29 | 10 |
| Funktionsnedsättning LSS | -1,4 | 12 | - |
| Barn och ungdomsvård | -1,8 | 7 | 19,9 |
| Missbruk och beroendevård | 26,5 | 3 | - 25,3 |
| Hälso- och sjukvård (sluten vård och primärvård) | 5,4 | 10 | - |

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2010, Statistiska centralbyrån. Jämförelsetal för socialtjänsten 2006–2009, Socialstyrelsen, Egna bearbetningar 2010, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån.

Effektivitetsanalyser

En modell för effektivitetsanalyser

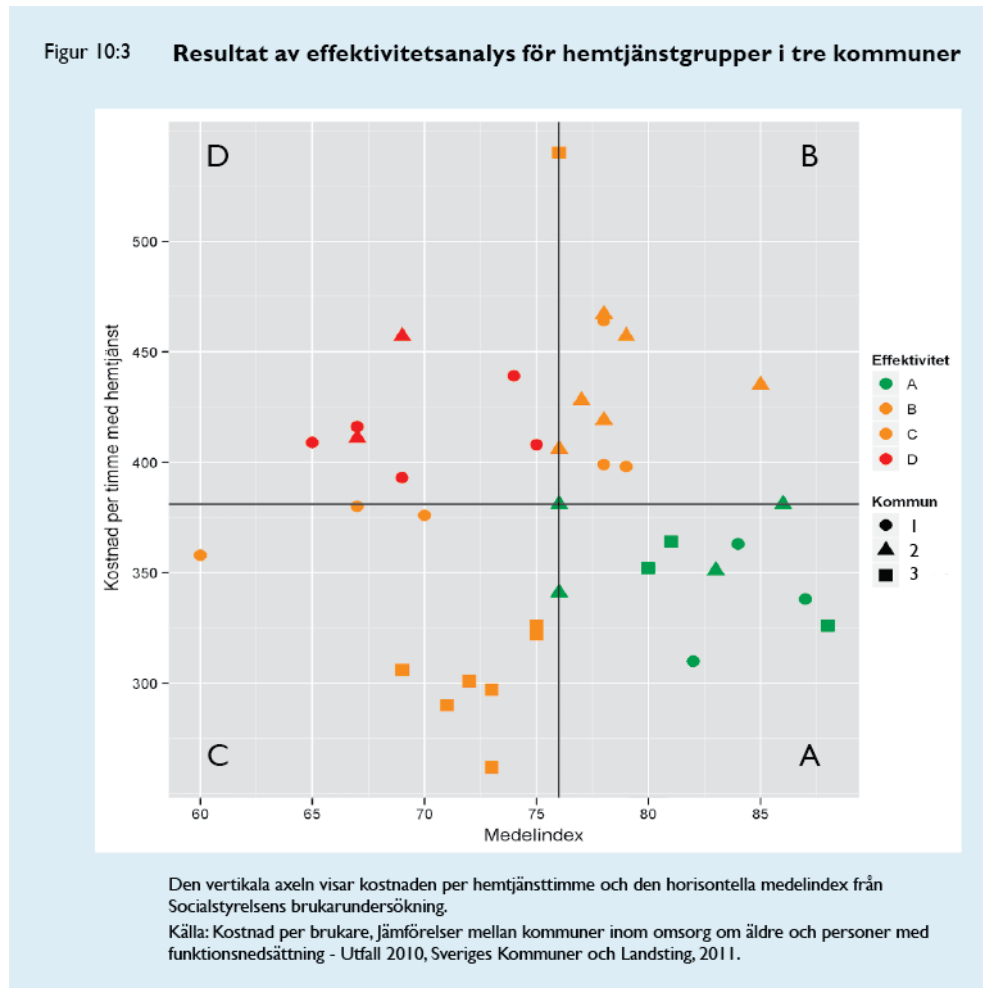
Flera av effektivitetsanalyserna som presenteras i detta avsnitt bygger på den modell som Socialstyrelsen har utarbetat för effektivitetsanalyser och som framgår av figur 10:2. Modellen kan användas på såväl nationell, regional som lokal nivå. Socialstyrelsen har som målsättning att belysa effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvård och socialtjänst i de öppna jämförelser och utvärderingar som Socialstyrelsen tar fram. Arbetet med att ta fram adekvata indikatorer för att följa upp och analysera effektivitet är under utveckling.



Exempel på effektivitetsanalys av äldreomsorgen med KPB-data

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har, i samarbete med några kommuner, arbetat fram en modell för effektivitetsanalys inom äldreomsorgen som i princip överensstämmer med Socialstyrelsens effektivitetsmodell. SKL:s modell [1] ställer kostnader inom äldreomsorgen, baserade på data från Kostnad per brukare (KPB), mot indikatorer från Socialstyrelsens nationella kundundersökning om de äldres uppfattning om äldreomsorgen [2]. Resultatet av effekti-

vitetsmätningen presenteras i ett så kallat fyrfältsdiagram där mått på kvalitet och resurser ställs mot varandra (figur 10:3). Diagrammet delas i fyra olika fält för att illustrera vilket område enheterna bör befinna sig i för att prestera maximal effektivitet. Enligt denna metod kommer de mest effektiva enheterna att ligga i det nedre gröna högra fältet (A) med både låga kostnader och bra resultat. I fälten B och C finns det fortfarande förbättringspotential, antingen i fråga om kostnaderna eller om kvaliteten. I det övre vänstra hörnet (D) är kostnaderna höga och kvaliteten låg. Här finns en stor förbättringspotential för både kostnad och kvalitet.



Figuren visar att det finns en stor spridning både mellan kommunerna och inom kommunernas hemtjänstgrupper avseende både kostnader och hur nöjda brukarna är i de tre kommunerna. Det betyder att det finns en stor förbättringspotential för många enheter i dessa kommuner. Hemtjänstgrupper som ligger i det övre vänstra hörnet har relativt höga kostnader och låg kvalitet, medan hemtjänstgrupper i det nedre högra hörnet har hög kvalitet och låga kostnader. Genom att mäta effektiviteten får kommunerna en uppfattning om vad de faktiskt får för de resurser som läggs på äldreomsorgen, och att det är nödvändigt att koppla ihop kvalitet och kostnader för att få en helhetsbild.

Exempel på produktivitetmått: Kostnad per konsumerad prestation (DRG-poäng)

Socialstyrelsen [3] har en uppsättning övergripande nationella indikatorer för god vård, och för området effektiv vård finns det fem indikatorer som mäter

hälso- och sjukvårdens kostnader och produktivitet. De indikatorer som beskriver kostnader är

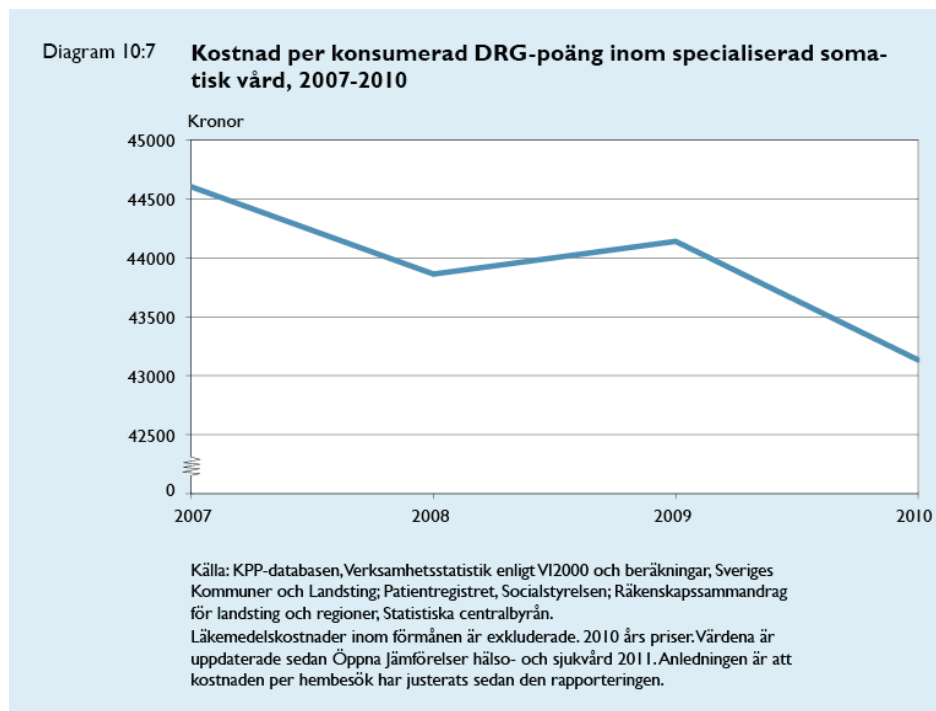
- hälso- och sjukvårdens kostnader
- strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad
- andel vårdtillfällen som rapporteras till KPP-databasen (Kostnad per patient).

Indikatorer som beskriver produktivitet är

- kostnad per konsumerad prestation (DRG-poäng)
- kostnad per vårdkontakt i primärvården.

Här redovisas produktivetsmålet kostnad per konsumerad prestation. Produktivitet går att mäta som kostnad per konsumerad prestation i form av DRG-poäng. DRG står för diagnosrelaterade grupper och är ett system för att gruppera enskilda vårdkontakter, baserat på deras medicinska innehåll och resursförbrukning. DRG tar hänsyn till skillnader i landstingens patientsammansättning.

Kostnaden för den specialiserade somatiska vården har successivt sjunkit, från cirka 44 600 kronor år 2007 till 43 130 kronor per DRG-poäng 2010. Det indikerar att produktiviteten har stigit sedan 2007, och därmed har kostnaderna på riksnivå ökat mindre än de viktade prestationerna. Landstingen har olika kostnad per DRG-poäng och spridningen är 39 400–47 700 kronor per DRG-poäng. Det motsvarar en kostnadsskillnad på 21 procent (diagram 10:7) [2].



Effektivitetsanalys av strokevården

I den nationella utvärderingen av strokevården 2011 [4] försöker Socialstyrelsen belysa effektiviteten i landstingens och kommunernas strokevård utifrån sin modell för effektivitetsanalyser. Vi använder två effektivitetsmått:

- *Effektivitet avseende ADL-oberoende tolv månader efter stroke* – ett mått som speglar landstingens och kommunernas samlade effektivitet både i det

akuta omhändertagandet och i rehabiliteringen under och efter sjukhusvistelsen.

- *Effektivitet avseende tillgodosett behov av rehabilitering tolv månader efter stroke* – ett mått som belyser den samlade effektiviteten i kommunernas och landstingens insatser för rehabilitering när personen har skrivits ut från sjukhuset.

Landstingens och kommunernas verksamheter påverkar tillsammans resultatet av vården och omsorgen till personer som har insjuknat i stroke, och det är därför nödvändigt att studera den gemensamma effektiviteten. Mätningarna av de båda effektivitetsmåttarna visar att den genomsnittliga kostnaden per person varierade både på landstings- och kommunnivå (tabell 10:10).

Tabell 10:10 Resultat av effektivitetsanalys i strokevården på landstings- och kommunnivå

| Effektivitetsmått | Landstingsnivå Kostnad per person i kronor | Kommunnivå Kostnad per person i kronor |
|--|---|---|
| ADL-oberoende 12 månader efter stroke | 143 500–229 300 | 92 800–365 200 |
| Tillgodosett behov av rehabilitering 12 månader efter stroke | 204 900–342 400 | 136 600–535 500 |

Källa: Strokevård, Nationell utvärdering 2011, Socialstyrelsen 2011.

Måtten ovan visar relativ effektivitet i form av kostnad per person som har uppnått målet, vilket också kan uttryckas som kostnad per lyckat fall. Det är dock inte kostnadens storlek som är intressant utan hur de egna kostnaderna förhåller sig till kostnaderna i andra landsting och kommuner.

Referenser

1. Nationell utvärdering 2011. Strokevård. Socialstyrelsen; 2011.
2. Kostnad per brukare. Jämförelser mellan kommuner inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. Utfall 2010. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
3. Nationella indikatorer för God vård. Socialstyrelsen; 2009.
4. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.

Databaser:

Kommunernas räkenskapssammandrag (SCB), Landstingens räkenskapssammandrag (SCB), De svenska hälsoräkenskaperna, SHA (SCB), Statistik och hälso- och sjukvård och regional utveckling (SKL), OECD:s hälsodatabas, Health Data (OECD 2011)