

Ekonomiska analyser

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för kostnadsutvecklingen för hela den svenska vård- och omsorgssektorn under en tioårsperiod, 2003–2012, respektive en femårsperiod, 2008–2012.

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Sedan 2003 har hälso- och sjukvårdens andel av BNP ökat marginellt, och socialtjänstens andel har knappt ökat något alls.
- Inom hälso- och sjukvården är kostnadsökningen sedan 2008 störst för primärvården och för dagsjukvård inom den specialiserade vården. Primärvården ökade med 6 procent medan kostnaderna för landstingens hela sjukvårdsåtagande ökade med 3 procent.
- Kostnaderna för läkemedel inom förmånssystemet, för tandvården och för den specialiserade psykiatrin har minskat.
- Socialtjänstens kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning har ökat mest. Äldreomsorgen är dock fortfarande den största kostnadsposten även om den inte ökar.
- Allt mindre resurser läggs på insatser till vuxna med missbruks- och beroendeproblem. Det är en trend som håller i sig.
- Socialtjänstens kostnader för familjehem fortsätter att öka mest av alla insatser till barn och unga. En förklaring kan vara tillkomsten av nya former av familjehem.
- När kommuner och landsting köper vård och omsorg köper de mest från privata företag.
- I ett internationellt perspektiv utmärker sig Sverige för att ha få sjukhusplatser per invånare, låga kostnader för läkemedel och för övergripande administration.

I begreppet vård och omsorg räknar vi i detta kapitel in hälso- och sjukvården tillsammans med tandvårdens och socialtjänstens alla verksamheter. Fokus ligger på den offentligt finansierade vården och omsorgen. Alla kostnader är fastprisberäknade till 2012 års prisnivå, vilket innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett index. Socialstyrelsen använder Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2012 för respektive verksamhetsområde. Genom att fastprisberäkna kostnaderna blir det möjligt att jämföra kostnaderna för olika år eftersom de då är i samma prisnivå.

Redovisningssätt för kostnader

Kostnader kan redovisas på olika sätt och därmed få olika innebörd. Flera statliga myndigheter har tillsammans med SKL enats om att använda tre kostnadsmått för att redovisa kostnader för offentligt finansierad verksamhet.

- *Kostnaden för den egna produktionen*
Den egna produktionen avser den verksamhet som kommuner och landsting utför själva i egen regi. I den egna produktionen ingår även kostnader för den verksamhet som de säljer till andra.
- *Kostnaden för det egna åtagandet*
Kommuner och landsting har ett åtagande eller ett uppdrag enligt lagstiftningen och kommunala beslut. Åtagandet kan utföras i egen regi eller köpas eller upphandlas. Det egna åtagandet avser verksamhet och tjänster som kommunen eller landstinget erbjuder de egna invånarna. Kostnaden för åtagandet är ett mått på det totala finansieringsbehovet för det egna åtagandets utförande. Dessa kostnader ska finansieras med verksamhetens egna intäkter och skattemedel.
- *Finansiering genom skatter och generella statsbidrag, nettokostnad*
Den kostnad som ska finansieras via skatter och generella statsbidrag.

I denna rapport använder vi företrädesvis kostnadsmåttet *kostnad för det egna åtagandet*. För landstingens kostnader för hälso- och sjukvård använder vi även kostnadsbegreppet *nettokostnader*.

Den första delen av kapitlet är en beskrivning av kostnader och kostnadsutveckling. När hela vården och omsorgen, det vill säga hälso- och sjukvård och socialtjänstens alla verksamheter, beskrivs övergripande i detta kapitel så räknas alla hälso- och sjukvårdskostnader inklusive kostnader för den kommunala hälso- och sjukvården in under hälso- och sjukvård. Det följer den internationella klassificeringen i systemet för hälsoräkenskaperna (se sid 4 under hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling). I socialtjänsten ingår bara de kostnader som avser verksamhet enligt Socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen om stöd och service till viss funktionshinderade (1993:387), LSS/socialförsäkringsbalken, SFB. Den kommunala hälso- och sjukvården som främst utförs i äldreomsorg och funktionshinderomsorg ingår således inte här. Den kommunala hälso- och sjukvården räknas i stället med när de enskilda verksamheterna inom socialtjänsten beskrivs. Det är så socialtjänsten traditionellt beskrivs.

För en beskrivning av effektivitetsanalyser hänvisas till *Socialstyrelsens handbok om metoder för effektivitetsanalyser* och Socialstyrelsens rapport

Kostnadsmått 2012 Öppna jämförelser av socialtjänsten. Handboken beskriver olika metoder för effektivitetsanalyser anpassade för att följa upp effektiviteten i vård och omsorg.

I årets lägesrapport har vi också ett avsnitt om internationella jämförelser, främst inom hälso- och sjukvård, äldreomsorg och insatser till personer med funktionsnedsättning. I det avsnittet utgår vi från den senaste utgåvan av OECD:s hälsostatistik, *Health Statistics 2013*.

Vårdens och omsorgens kostnadsutveckling

Kostnader för vården och omsorgen utgör en stor del av samhällsekonomin i Sverige och stod 2012 för 14,2 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Sedan 2003 har vården och omsorgens andel av BNP ökat med 0,2 procentenheter. Hälso- och sjukvården inklusive tandvården utgjorde 9,5 procent av BNP och dess andel har ökat med 0,2 procentenheter sedan 2003. Socialtjänstens andel var 4,7 procent exklusive den kommunala hälso- och sjukvård som definieras i 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Socialtjänstens andel av BNP har inte ökat i ett 10-årsperspektiv, men i förhållande till 2011 har andelen ökat med 0,1 procentenheter (tabell 9:1).

Hela vård- och omsorgssektorn omsatte 505 miljarder kronor 2012⁷⁷. I förhållande till 2003 är det en ökning på knappt 15 procent. Hälso- och sjukvården ökade något mer än socialtjänsten. Utgifterna för hälso- och sjukvården beräknas⁷⁸ 2012 uppgå till cirka 327 miljarder kronor i 2012 års pris, inklusive tandvård, kommunal hälso- och sjukvård, läkemedel samt hälso- och sjukvårdens investeringar [1]. Socialtjänstens utgifter uppgick 2012 till 167 miljarder kronor, exklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL (tabell 9:1).

⁷⁷ De totala utgifterna för hälso- och sjukvården är skattade år 2012.

⁷⁸ Uppgifter för 2012 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna publiceras av SCB 2014-03-28.

Tabell 9:1. Vårdens och omsorgens andel av BNP och kostnadsutveckling

Kostnadsutvecklingen för hela vården och omsorgen 2003–2012, förändring mellan åren och andel av BNP miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Förändring	
											mnkr	%
Andel av BNP												
Hälso- och sjukvårdens andel av BNP	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	9,9	9,5	9,5	9,5*		0,2
Socialtjänstens andel av BNP exkl. hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL	4,7	4,6	4,5	4,4	4,4	4,6	4,9	4,7	4,6	4,7		0
Vården och omsorgens andel av BNP	14,0	13,7	13,6	13,3	13,3	13,8	14,8	14,2	14,1	14,2*		0,2
Hälso- och sjukvårdens utgifter totalt	287 835	289 888	296 084	305 996	315 664	325 676	334 845	336 152	337 436	337 436*	49 601	17,2
Socialtjänstens utgifter inkl. hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL	174 868	187 584	185 980	189 482	187 098	191 215	196 070	199 180	197 852	192 012	17 144	9,8
Socialtjänstens utgifter exkl. hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL	152 076	162 883	161 067	163 632	161 870	166 393	170 590	173 647	171 619	167 302	15 226	10,0
Vården och omsorgen totalt	439 911	452 771	457 151	469 629	477 534	492 069	505 435	509 799	509 056	504 738*	64 827	14,7

* Beräknade kostnader för 2012.

Källa: Hälsoräkenskaper, Statistiska centralbyrån 2003–2011, Kommunernas räkenskapssammandrag 2003–2012, Statistiska centralbyrån.

Dagsjukvården ökar mest i hälso- och sjukvården

De samlade utgifterna för all hälso- och sjukvård inklusive investeringar uppgick 2011⁷⁹ till 337,4 miljarder kronor i 2012 års pris. Av detta finansierade landstingen 72 procent och den privata sektorn 18 procent. Resterade utgifter (10 procent) stod kommunerna och staten för.

Det internationella systemet för hälsoräkenskaper, A System of Health Accounts (SHA), definierar hälso- och sjukvårdens utgifter utifrån den internationella klassifikationen för hälso- och sjukvårdens ändamål och funktioner, producenter och finansiärer, ICHA⁸⁰. Den del av hälso- och sjukvården som består av botande och rehabiliterande vård enligt SHA, utgör den största delen av hälso- och sjukvårdens kostnader med 62 procent. Av

⁷⁹ Uppgifter för 2012 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna publiceras av SCB 2014-03-28

⁸⁰ ICHA International Classification for Health Accounts

den botande och rehabiliterande vården utfördes 25 procent i slutenvården och 35 procent i öppenvården. Kommunernas hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL utgör drygt 7 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter. En annan stor utgiftspost är läkemedel till öppenvårdspatienter som uppgår till 15 procent av kostnaderna.

Den vård som har ökat mest procentuellt sedan 2008 är dagsjukvården som ökade med 13 procent, men också hälso- och sjukvårdens administrationskostnader ökade med 10 procent. Investeringar i hälso- och sjukvården är också något som har ökat. Däremot minskade kostnaderna för läkemedel och medicinska varor med i snitt 2,5 procent. En annan del av hälso- och sjukvårdens kostnader som minskade är laboratorier, röntgen och patienttransporter (tabell 9:2).

Tabell 9:2. Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling (SHA)

Hälso- och sjukvårdsutgifter 2008–2011 utifrån systemet för hälsoräkenskaper (SHA), förändring mellan åren och verksamheternas andel av totala hälso- och sjukvårdsutgifter, miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

	2008	2009	2010	2011	Förändring		Andel %
					mnkr	%	
<i>Botande och rehabiliterande hälso- och sjukvård</i>	203 176	209 371	210 266	209 766	6 590	3,2	62,2
Botande och rehabiliterande slutenvård	81 348	83 600	82 581	82 799	1 451	1,8	24,5
Botande och rehabiliterande dagsjukvård	6 526	7 030	6 814	7 372	846	13,0	2,2
Botande och rehabiliterande öppenvård	113 778	117 177	119 294	118 042	4 264	3,7	35,0
varav tandvård	23 815	24 882	23 902	23 140	-674	-2,8	6,9
Landstingens hemsjukvård	1 524	1 563	1 576	1 553	29	1,9	0,5
Kommunernas hemsjukvård	24 044	24 526	24 477	25 167	1 124	4,7	7,5
Laboratorier, röntgen, patienttransporter m.m.	14 841	14 387	13 605	14 327	-513	-3,5	4,2
Medicinska varor till öppenvårdspatienter	51 455	52 220	51 623	50 183	-1 273	-2,5	14,9
Läkemedel	42 018	42 682	41 955	40 754	-1 263	-3,0	12,1
varav receptföreskrivna mediciner -	30 734	30 773	30 418	29 451	-1 283	-4,2	8,7
Terapeutiska hjälpmedel	9 437	9 538	9 668	9 428	-9	-0,1	2,8
Prevention och folkhälso- och sjukvårdstjänster	11 239	12 226	11 644	12 151	911	8,1	3,6
Administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar	4 261	4 645	4 814	4 691	430	10,1	1,4
Oidentifierade hälso- och sjukvårdsändamål	1 530	1 917	1 975	2 112	583	38,1	0,6
Löpande hälso- och sjukvårdsutgifter	310 546	319 292	318 404	318 397	7 852	2,5	94,4
Hälso- och sjukvårdens investeringar	15 130	15 553	17 748	19 039	3 908	25,8	5,6
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	325 676	334 845	336 152	337 436	11 760	3,6	100

Källa: Hälsoräkenskaper 2008–2011, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2012 Statistiska centralbyrån.

Landstingens kostnader för läkemedel minskar

Landstingen stod för 72 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter under 2012. Landstingens kostnader för det egna åtagandet för hälso- och sjukvård uppgick till 232,6 miljarder kronor, medan nettokostnaden för denna verksamhet uppgick till 214,4 miljarder kronor (tabell 9:3). Jämfört med 2008 har landstingens kostnader för det egna åtagandet ökat med 3 procent i fasta priser, medan nettokostnaderna har ökat med knappt 2 procent.

Liksom i förra lägesrapporten 2013 [2] har nettokostnaderna ökat olika mycket inom olika vårdområden. Störst var ökningen för primärvården, med

över 6 procent, följt av den specialiserade somatiska vården som också är det största vårdområdet i kronor räknat. Landstingens nettokostnader för den specialiserade psykiatriska vården har dock minskat något sedan 2008. Landstingens nettokostnader för tandvård har också minskat med drygt 4 procent. Det är dock en utveckling som är i linje med utvecklingen av tandvårdskostnaderna totalt. (tabell 9:2). Landstingens kostnader för läkemedel inom förmånssystemet har minskat med 12 procent i jämförelse med 2008 (tabell 9:3). Minskningen kan till stor del härledas till stora patentutgångar under dessa år. Endast 2012 uppgick patentrelaterade kostnadsminskningar till över en miljard kronor [3]. Samma år ändrades även nivåerna för högkostnadsskyddet, vilket ledde till att patienternas egenavgifter ökade medan de offentliga kostnaderna minskade. Även Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) omprövningar av befintliga läkemedels subventionsstatus och landstingens kostnadskontroll hade en kostnadssänkande effekt. Då omfattningen av patentutgångar förväntas minska kraftigt de närmaste åren och effekterna av det ändrade högkostnadsskyddet avtar kommer kostnaderna för läkemedel inom förmånen förmodligen att börja öka igen inom några år.

Tabell 9:3. Kostnadsutveckling för landstingens hälso- och sjukvård

Landstingens utgifter för det egna åtagandet och nettoutgifter per vårdområde 2008–2012, (inkl. Gotland), förändring mellan åren och andel av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård, miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

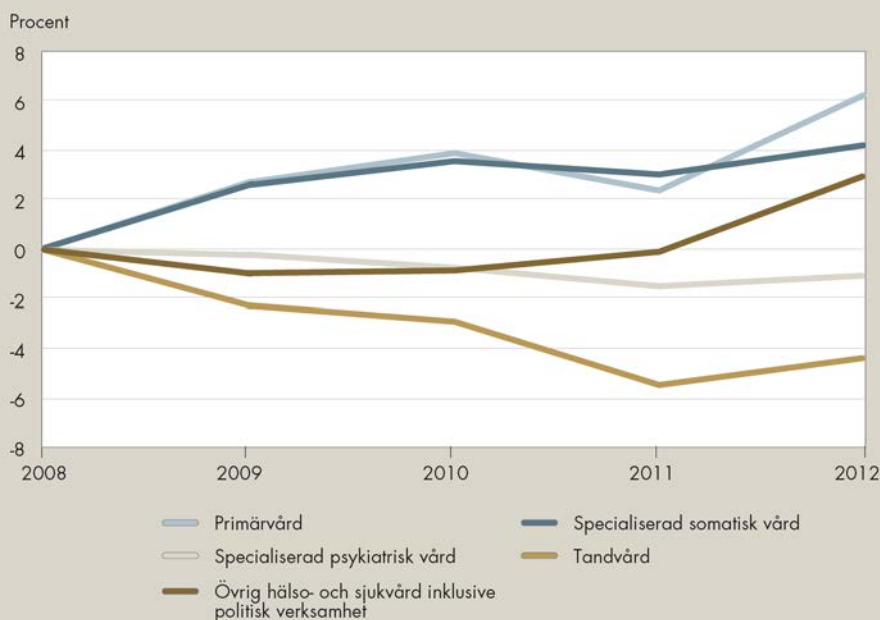
	2008	2009	2010	2011	2012	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
Landstingens hälso- och sjukvårdskostnader för det egna åtagandet	225 732	230 757	231 903	229 907	232 656	6 924	3,1	
Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård	210 382	213 802	214 595	212 596	214 420	4 038	1,9	
Primärvård	35 299	36 264	36 666	36 145	37 494	2 195	6,2	17,5
Specialiserad somatisk vård	109 636	112 473	113 540	112 960	114 281	4 645	4,2	53,3
Specialiserad psykiatrisk vård	19 438	19 392	19 292	19 145	19 226	-212	-1,1	9,0
Tandvård	5 489	5 366	5 327	5 188	5 254	-235	-4,3	2,5
Läkemedel inom förmånen	22 966	22 877	22 424	21 655	20 209	-2 757	-12,0	9,4
Övrig hälso- och sjukvård	16 265	16 105	16 128	16 252	16 749	484	3,0	7,8
Politisk verksamhet	1 289	1 323	1 219	1 251	1 206	-83	-6,4	0,6

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2008–2012, Sveriges Kommuner och Landsting, Konsumtionsindex 2012 Statistiska centralbyrån.

Hur landstingen fördelar sina resurser ser vi också i figur 9:1 som visar hur landstingens resurstilldelning till de olika vårdområdena har utvecklats sedan 2008. Resurserna till primärvård och specialiserad somatisk vård har fortsatt att öka, medan resurserna till tandvård och specialiserad psykiatrisk vård har minskat. Den nedåtgående trenden för tandvård har dock brutits 2011 och visar en svag uppgång. Alltsedan 2010 har också kostnadsutvecklingen för övrig hälso- och sjukvård vänt och ökar nu. I övrig hälso- och sjukvård ingår ambulans och sjuktransporter, sjukresor, handikappverksamhet, social verksamhet, folkhälsofrågor, forskning och utveckling (FOU) avseende hälso- och sjukvård samt övrigt.

Figur 9:1. Resursförändring

Resurstilldelning till landstingens olika vårdområden 2008–2012.
Index 2008=0. Baserat på landstingens nettokostnader.



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2008–2012, Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialtjänstens kostnadsutveckling

Kostnaderna för socialtjänsten inklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL uppgick 2012 till 192 miljarder kronor. Kostnadsökningen i förhållande till 2008 var relativt måttlig. Mest ökade kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning. Det är en trend som pågått i många år. Sedan 2003 har kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning ökat med 30 procent. Äldreomsorgen är dock fortfarande den största kostnadsposten och svarar för över hälften av socialtjänstens kostnader (tabell 9:4).

Tabell 9:4. Socialtjänstens kostnadsutveckling

Kostnadsutvecklingen för socialtjänsten 2008–2012, förändring mellan åren och andel av socialtjänstens kostnader, miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

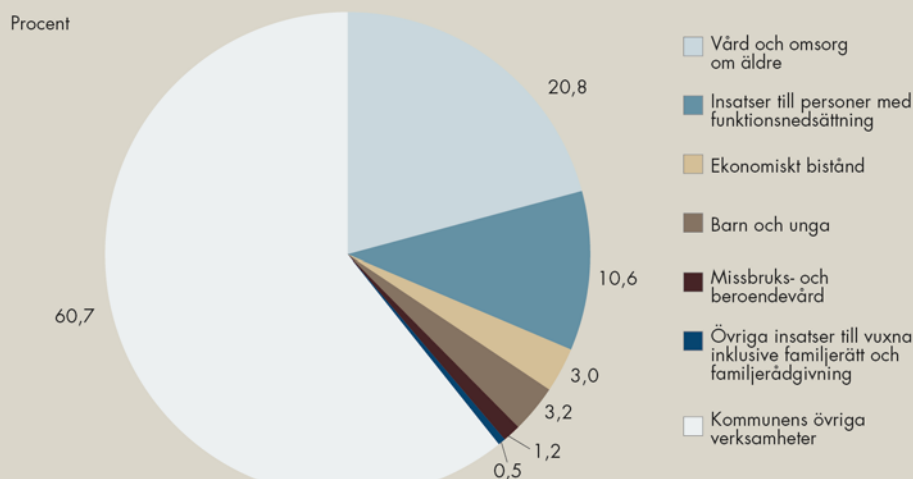
	2008	2009	2010	2011	2012	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
Individ och familjeomsorg inklusive familjerätt och familjerådgivning	38 193	40 827	41 389	40 539	38 479	286	0,7	20,0
Insatser till personer med funktionsnedsättning	46 203	47 888	48 882	50 637	51 777	5 574	12,1	27,0
Vård och omsorg till äldre	98 712	100 367	101 344	101 365	101 756	3 044	3,1	53,0
Socialtjänstens totala kostnader inklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL	183 107	189 083	191 615	192 541	192 012	8 904	4,9	100

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2008–2012, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2012 Statistiska centralbyrån.

Hur kommunerna prioriterar socialtjänsten i förhållande till annan kommunal verksamhet framgår av figur 9:2. Socialtjänstens andel av kommunernas verksamhet har sedan 2003 ökat med 0,9 procentenheter och uppgår 2012 till 39,3 procent av kommunernas verksamhet. Det var endast insatser till personer med funktionsnedsättning som ökade i förhållande till den andel som verksamheten utgjorde 2003, medan alla andra områden inom socialtjänsten har minskat sin andel av kommunens verksamhet under den senaste tioårsperioden.

Figur 9:2. Kommunernas resursfördelning

Socialtjänstens andel av kommunernas kostnad 2012.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2012, Statistiska centralbyrån.

Mindre resurser till missbruks- och beroendevården

Individ- och familjeomsorgen utgör 20 procent av socialtjänsten och 2012 kostade den 38,5 miljarder kronor.

Insatser till barn och unga utgjorde den största delen av individ- och familjeomsorgen med drygt 40 procent. Kostnaderna för barn och unga fördelades jämt mellan insatserna HVB-hem, familjehem och öppna insatser. Mest har kostnaderna för familjehemmen ökat (13 procent sedan 2003) (tabell 9:5). En förklaring till ökande familjehemskostnader kan vara att det under senare år har tillkommit flera nya former av familjehem, bland annat så kallade nätverkshem.

Allt mindre resurser läggs varje år på insatser till vuxna med missbruks- och beroendeproblem. Det är en trend som har pågått sedan 2008, och resurserna till missbruks- och beroendevården har minskat med drygt 6 procent sedan 2008. Alla delverksamheter inom missbruks- och beroendevården minskade under perioden 2008–2012, utom insatsen bistånd som avser boende som ökade med knappt 3 procent. Övriga öppna insatser som inte är individuellt behovsprövade minskade med hela 35 procent i förhållande till 2008 (tabell 9:5).

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd uppgick 2012 till 14,6 miljarder kronor. Det är en klar minskning i förhållande till föregående år i både löpande och fasta priser. I dessa kostnader ingår både bokförda kostnader för utbetalt bistånd och kostnader för socialtjänstens administration, det vill säga kostnader för löner, lokaler och material, för att betala ut det ekonomiska biståndet. Både kostnaderna för ekonomiskt bistånd och ekonomiskt bistånd till flyktingar minskade. Det beror i första hand på att antalet biståndshushåll har minskat (tabell 9:5).

Kostnaderna för övriga insatser till vuxna uppgick 2012 till 1,6 miljarder kronor. Här ingår insatser till vuxna med spelmissbruk eller spelberoende, vuxna med behov av stöd i föräldrarollen eller behov av stöd på grund av en anhörigs missbruk, samt stöd till våldsoffer. Även individuellt behovsprövade insatser för hemlösa ingår här (tabell 9:5).

Färdtjänst ingår per definition inte i socialtjänsten, men redovisas ändå här för att den berör många personer som också har insatser inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. År 2012 kostade färdtjänsten cirka 2 miljarder kronor (tabell 9:5).

Tabell 9:5. Individ- och familjeomsorgens kostnadsutveckling

Kostnadsutvecklingen för individ- och familjeomsorgen 2008–2012, förändring mellan åren och andel av socialtjänstens kostnader respektive andel av individ- och familjeomsorgens kostnader, miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

	2008	2009	2010	2011	2012	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
<i>Insatser till barn och unga</i>	14 994	15 417	15 428	15 916	15 597	603	4,0	40,5
Institutionsvård/HVB	5 392	5 260	5 248	5 609	5 420	28	0,5	14,1
Familjehemsvård	4 636	4 948	5 117	5 284	5 236	600	13,0	13,6
Öppna insatser	4 966	5 209	5 062	5 024	4 941	-25	-0,5	12,8
Individuell behovsprövad öppen vård	3 267	3 586	3 438	3 360	3 222	-45	-1,4	8,4
Övriga öppna insatser	1 700	1 623	1 624	1 664	1 719	19	1,1	4,5
<i>Insatser till vuxna med missbruk/beroende</i>	6 412	6 237	6 442	6 226	6 001	-411	-6,4	15,6
Institutionsvård	2 680	2 651	2 756	2 701	2 621	-59	-2,2	6,8
Familjehemsvård	198	195	194	175	190	-8	-4,0	0,5
Öppna insatser	3 534	3 391	3 492	3 350	3 190	-344	-9,7	8,3
Bistånd som avser boende	1 623	1 577	1 636	1 608	1 665	42	2,6	4,3
Individuellt behovsprövade insatser	939	989	1 045	965	898	-41	-4,4	2,3
Övriga öppna insatser	972	825	811	777	627	-345	-35,5	1,6
Ekonomiskt bistånd	14 604	16 611	16 984	16 135	14 643	39	0,3	38,1
Ekonomiskt bistånd exkl. flyktinghushåll	11 412	13 095	13 941	13 850	13 567	2 155	18,9	35,3
Ekonomiskt bistånd till flyktinghushåll	3 192	3 516	3 043	2 285	1 076	-2 116	-66,3	2,8
Övriga insatser till vuxna	1 514	1 875	1 835	1 568	1 555	41	2,7	4,0
Familjerätt och familjerådgivning	669	687	700	694	682	13	2,0	1,8
Individ- och familjeomsorg totalt	38 193	40 827	41 389	40 539	38 479	286	0,7	100
Individ- och familjeomsorgens andel av socialtjänsten	20,0	20,8	20,8	20,5	20,0		0,1	
Färdtjänst/riksfärdtjänst	2 091	2 069	2 179	2 143	1 966	-125	-6,0	

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2008–2012, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2012 Statistiska centralbyrån.

Insatser till personer med funktionsnedsättning

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning ökade återigen under den senaste femårsperioden med 12,1 procent i fasta priser och uppgick 2012 till 51,8 miljarder kronor (exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistans som kommunerna utför som anordnare). Det var 27 procent av socialtjänstens kostnader som utgjordes av verksamhet till personer med funktionsnedsättning.

Procentuellt är det insatser enligt SoL som har ökat mest, särskilt hemtjänst och korttidsboende som har ökat med 44,1 respektive 37,5 procent. Öppen generellt inriktad verksamhet minskade med 10,6 procent i förhållande till 2008. Denna kostnadsutveckling följer också utvecklingen av antalet insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning, som har ökat med 16 procent sedan 2006. Se mer under kapitlet Insatser till personer med funktionsnedsättning.

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS ökade i förhållande till 2008 med i snitt 11,4 procent, med en variation mellan 9 och 14 procent. Kostnader för personlig assistans ökade med 13 procent (tabell 9:6). En för-

klaring till denna ökning är att även antalet personer med personlig assistans har ökat sedan 2008 med cirka 11 procent.

Tabell 9:6. Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning

Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2008–2012, förändring mellan åren, och andel av socialtjänstens kostnader, miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

	2008	2009	2010	2011	2012	Förändring		Andel
						mnkr	%	
<i>Insatser enligt SoL</i>	9 238	9 510	9 560	10 315	10 584	1 346	14,6	20,4
Särskilt boende	3 619	3 714	3 687	3 642	3 825	206	5,7	7,4
Ordinärt boende enl SoL/HSL	4 864	5 025	5 184	5 965	6 084	1 220	25,1	11,8
Hemtjänst/boendestöd	3 091	3 134	3 242	4 263	4 455	1 364	44,1	8,6
Korttidsboende	439	540	551	605	604	165	37,5	1,2
Övriga biståndsbedömda insatser	1 333	1 351	1 390	1 097	1 025	-308	-23,1	2,0
Öppen verksamhet	755	771	690	709	675	-80	-10,6	1,3
<i>Insatser enligt LSS och SFB*</i>	36 965	38 378	39 321	40 322	41 193	4 228	11,4	79,6
Boende	19 213	20 131	20 738	21 145	21 797	2 584	13,5	42,1
Boende vuxna	17 664	18 440	19 067	19 563	20 114	2 450	13,9	38,8
Boende barn	1 548	1 691	1 671	1 583	1 683	135	8,7	3,3
Personlig assistans**	7 505	7 756	7 850	8 129	8 466	961	12,8	16,4
Daglig verksamhet	5 784	5 944	6 192	6 478	6 510	726	12,5	12,6
Övriga insatser	4 463	4 547	4 541	4 570	4 420	-43	-1,0	8,5
Insatser till personer med funktionsnedsättning	46 203	47 888	48 882	50 637	51 777	5 574	12,1	
Funktionsnedsättnings andel av socialtjänsten	25,5	25,6	25,8	26,5	27,0		1,5	

* Socialförsäkringsbalken ** Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistensersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2008–2012, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2012 Statistiska centralbyrån.

I lägesrapport 2013 [2] gjordes en analys av kostnadsutvecklingen under en tioårsperiod av dels kommunernas primära åtagande för personlig assistans, dels den del av personlig assistans som kommunerna utför i egenskap av anordnare. För denna del av assistansen får kommunerna ersättning från Försäkringskassan. Analysen visade då att kostnaderna minskade efter 2009 för den del av assistansen som kommunerna utför som anordnare. Den trenden fortsätter även 2012 (tabell 9:7).

Tabell 9:7. Kostnadsutveckling för personlig assistans

Kostnadsutveckling för kommunernas kostnader för personlig assistans 2003–2012, förändring mellan åren, miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

	2003	2009	2010	2011	2012	Förändring	
						mnkr	%
Personlig assistans exkl. ersättning från Försäkringskassan	5 820	7 756	7 850	8 129	8 466	2 646	45,5
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare	8 097	9 656	9 260	8 725	8 353	256	3,2
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	13 917	17 412	17 111	16 855	16 819	2 902	20,9

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2003–2012, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2012, Statistiska centralbyrån.

Kostnaden för olika typer av boenden inom vård och omsorg skiljer sig åt. Mediankostnaden per plats 2012 i särskilt boende för äldre var 713 500 kronor, medan mediankostnaden per plats i särskilt boende för personer med funktionsnedsättning var 679 300 kronor. Kostnaden per plats (medianen) för bostad med särskild service enligt LSS uppgick 2012 till 800 900 kronor. De stora skillnaderna mellan de två boendetyperna för personer med funktionsnedsättning kan bero på att de boendes behov av vård varierar stort mellan åren och mellan boendeformerna.

Äldreomsorgen växer inte

Kommunernas och landstingens samlade kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2012 till drygt 181,7 miljarder kronor, vilket är en ökning med 3,2 procent sedan 2008. Kostnadsutvecklingen var lika stor för kommunernas vård och omsorg om äldre, som för landstingens hälso- och sjukvårdsinsatser till de äldre. Det vill säga cirka 3 procent.

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård om äldre beräknas 2012 uppgå till cirka 80,0 miljarder kronor, utifrån en uppskattning baserad på äldres andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Region Skåne.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre inklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL uppgick 2012 till 101,8 miljarder kronor, varav 59,4 procent gick till särskilt boende och drygt 39 procent till insatser i ordinärt boende. Övriga biståndsbedömda insatser minskade mest, men det beror främst på förändringar av SCB:s anvisningar för på vilket sätt kostnader för hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL ska redovisas i det kommunala räkenskapssammandraget (RS). Motsvarande ökning av kostnader för hemtjänst beror på att hälso- och sjukvård i ordinärt boende nu ska redovisas i den verksamhet där den utförs (tabell 9:8).

Tabell 9:8. Kostnadsutveckling för vård och omsorg om äldre

Kostnadsutvecklingen för vård och omsorg om äldre 2008–2012, förändring mellan åren och andel av socialtjänstens kostnader miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

	2008	2009	2010	2011	2012	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
<i>Kommunens verksamhet för äldre</i>								
Särskilt boende	59 930	61 429	61 175	60 831	60 446	516	0,9	59,4
Ordinärt boende	37 169	37 295	38 524	38 941	39 768	2 599	7,0	39,1
Hemtjänst/boendestöd		24 983	26 497	29 642	30 788	6 836	28,5	30,3
Korttidsboende	5 752	5 918	5 913	6 073	6 124	372	6,5	6,0
Övriga biståndsbedömda insatser	7 465	6 394	6 114	3 014	2 856	-4 609	-61,7	2,8
Öppen verksamhet	1 613	1 643	1 645	1 594	1 542	-71	-4,4	1,5
<i>Kommunernas vård och omsorg om äldre totalt</i>	98 712	100 367	101 344	101 365	101 756	3 044	3,1	100
Vård och omsorgens andel av socialtjänsten	54,5	53,6	53,4	53,0	53,0		-1,5	
<i>Landstingens hälso- och sjukvård för äldre 65 +*</i>	77 396	79 176	79 782	78 958	79 973	2 577	3,3	
Vård och omsorg om äldre totalt	176 108	179 543	181 126	180 323	181 729	5 621	3,2	

* Kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård för äldre är skattade utifrån Region Skånes kostnadsandelar.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2008–2012, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2012 Statistiska centralbyrån.

Andelen av kommunernas hela verksamhet som rör vård och omsorg om äldre har stigit något till 20,8 procent mellan 2011 och 2012. Under de senaste 5 åren har andelen äldreomsorg varierat mellan 20,5 och 20,9 procent av kommunernas kostnader för hela sin verksamhet. År 2003 var dock äldreomsorgens andel av kommunernas verksamhet 21,8 procent.

Kommuner och landsting köper mest från privata företag

Sammantaget köpte kommunerna och landstingen, inklusive regionerna, verksamhet inom vård och omsorg av andra utförare för 76 miljarder kronor under 2012.

Landstingen köpte hälso- och sjukvård för 41,2 miljarder kronor, vilket är 19,2 procent av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvården. Det är en ökning från 2011 med 1,7 procentenheter. Det var 57 procent av alla köp inom hälso- och sjukvården som gjordes från privata företag, medan 21 procent köptes från andra landsting, och 19 procent köptes från kommuner. Den specialiserade somatiska vården köpte mest, motsvarande 22,7 miljarder kronor, följt av primärvården som köpte för 12,9 miljarder kronor.

Kommunerna köpte verksamhet inom socialtjänsten för 34,8 miljarder kronor från andra utförare, vilket är 18,1 procent av socialtjänstens totala kostnader. Det är en marginell ökning från 2011 med 0,2 procentenheter. Även kommunerna köpte mest från privata företag, motsvarande 79 procent av alla köp inom socialtjänsten. Inom socialtjänsten gjordes 10 procent av alla köp från föreningar, stiftelser och ideella organisationer.

Det var dock inom vård och omsorg om äldre som mest verksamhet köptes, motsvarande 16,6 miljarder kronor. Funktionshinderomsorgen köpte verksamhet för 10,3 miljarder kronor, vilket utgör 13,6 procent av alla köp inom socialtjänsten. Inom individ- och familjeomsorgen gjordes de flesta köpen inom barn- och ungdomsvården till ett värde av 5,2 miljarder kronor.

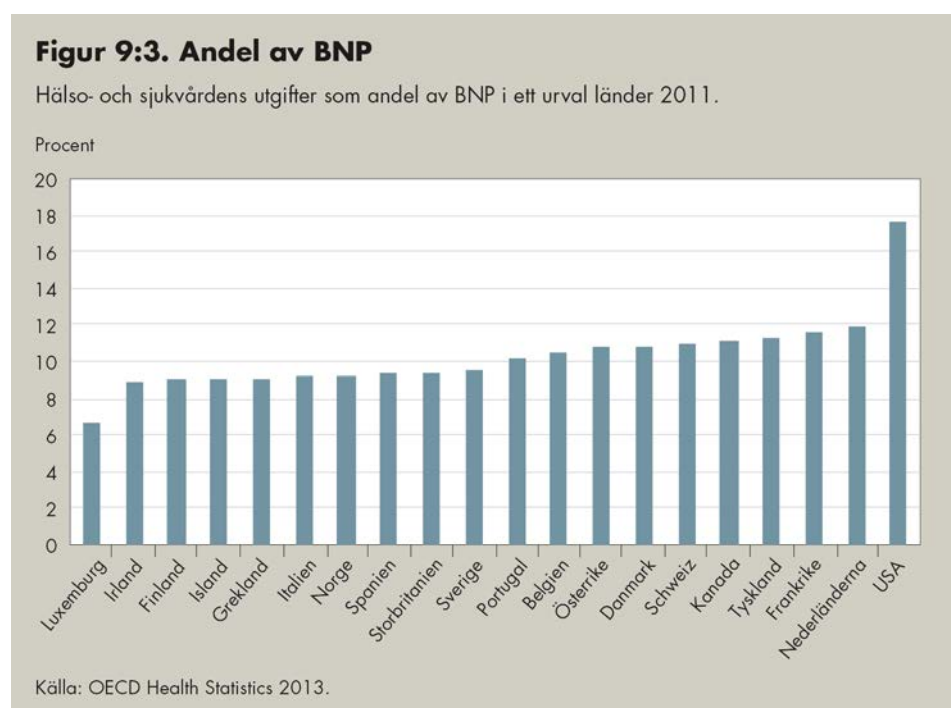
Internationella jämförelser

Socialstyrelsen gör i det här avsnittet ett antal internationella jämförelser främst på hälso- och sjukvårdens område, men också några inom äldre- och funktionshinderomsorgen. Att jämförelserna främst avser hälso- och sjukvård beror på att det finns mer statistisk information inom det området. Den huvudsakligaste källan är OECD:s hälsodatabas [4] som innehåller de senaste tillgängliga uppgifterna (verksamhetsår 2011 som redovisas 2013). De ekonomiska uppgifterna är baserade på manualen *A System of Health Accounts* (SHA) som har utarbetats tillsammans av OECD, WHO och Eurostat (EU). Jämförelserna nedan avser främst de nordiska länderna och ett urval av länder inom EU:s 28 medlemsländer. För att blicka lite västerut har även länderna Kanada och USA tagits med i jämförelserna.

Hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv

En vanlig parameter för att mäta hur mycket ett land satsar på hälso- och sjukvård är kostnaderna för hälso- och sjukvård i förhållande till brutto-

nationalprodukten (BNP). Som framgår av figur 9:3 så är det stora skillnader mellan ländernas hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP. USA lägger 17,7 procent av BNP på hälso- och sjukvård, medan Luxemburg endast lägger 6,6 procent. Sverige ligger mitt emellan dessa länder med 9,5 procent av BNP. Att det skiljer så mycket mellan länderna kan bero på hur sjukvården är organiserad och finansieras. USA utmärker sig särskilt eftersom de lägger 5,8 procentenheter mer än till exempel Nederländerna som kommer på andra plats med 11,9 procent av BNP. Därefter kommer Frankrike med 11,6 procent. Skillnaden mellan USA och Luxemburg är hela 11 procentenheter. USA lägger dubbelt så mycket per person på hälso- och sjukvård som Sverige.



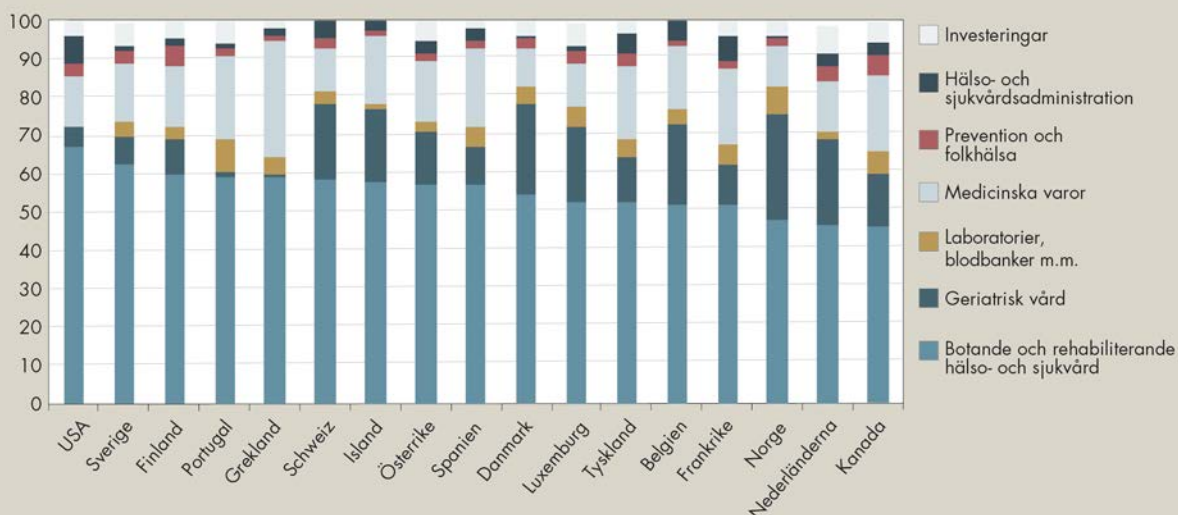
För att titta närmare på hälso- och sjukvården fördelat på medicinskt verksamhetsområde (funktioner), så kan utgifterna delas upp i vård som är botande och rehabiliterande, geriatrisk vård, laboratorier, blodbanker med mera, läkemedel och andra medicinska varor, prevention och folkhälsa, administration av hälso- och sjukvård samt investeringar. Botande och rehabiliterande hälso- och sjukvård är sjukvårdens kärna och utgör den största andelen av hälso- och sjukvården utifrån funktion. I USA utgör denna typ av vård 67 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna medan den i Sverige utgör 62 procent. Det är en skillnad på hela 21 procentenheter mellan USA, som har störst andel botande och rehabiliterande vård, och Kanada som har minst andel. Geriatrisk vård varierar mellan 0,6 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna i Grekland till 28 procent i Norge. I Sverige utgör geriatrisk vård 7,5 procent av kostnaderna. Resursförbrukningen för läkemedel och medicinska varor uppgår till 30 procent av utgifterna i Grekland, medan den i Sverige uppgår till knappt 15 procent. Om man ser på administrationens andel av

utgifterna så har återigen USA den största andelen med 7,1 procent, tätt följd av Frankrike med 6,7 procent av utgifterna. I Sverige används 1,4 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter till administration (figur 9:4).

Figur 9:4. Typ av vård

Hälso- och sjukvårdens utgifter fördelat efter typ av vård. Procent av totala hälso- och sjukvårdsutgifter i ett urval länder 2011.

Procent

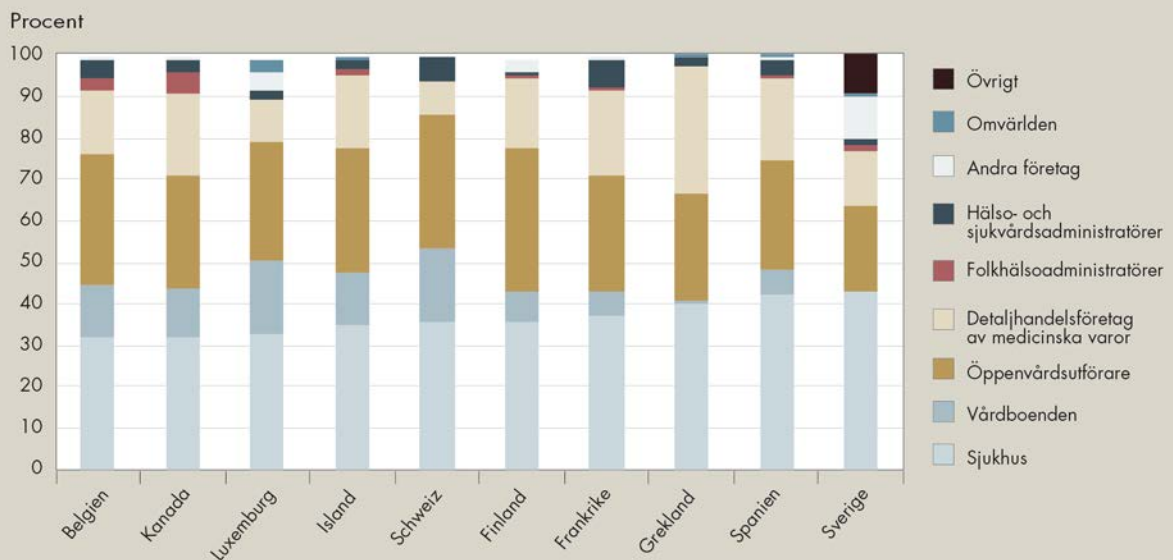


Källa: OECD Health Statistics 2013.

Det är 30–40 procent av all hälso- och sjukvård som utförs på sjukhus och mellan 20 och 35 procent som utförs i öppenvård. Schweiz och Luxemburg har även en stor andel vårdboenden (17 procent) som utför hälso- och sjukvård. (figur 9:5).

Figur 9:5. Hälso- och sjukvårdens utförare

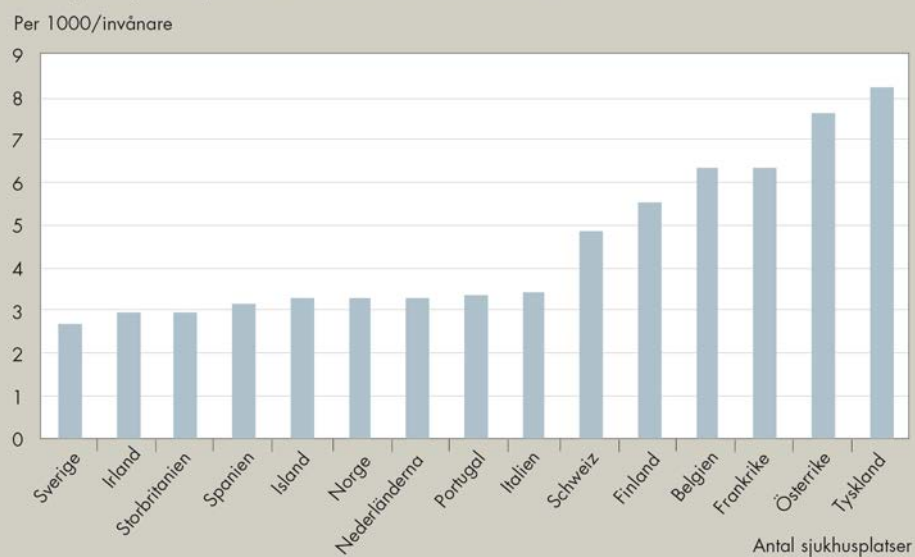
Fördelning av hälso- och sjukvårdens utgifter utifrån vem som är utförare i ett urval länder 2011.



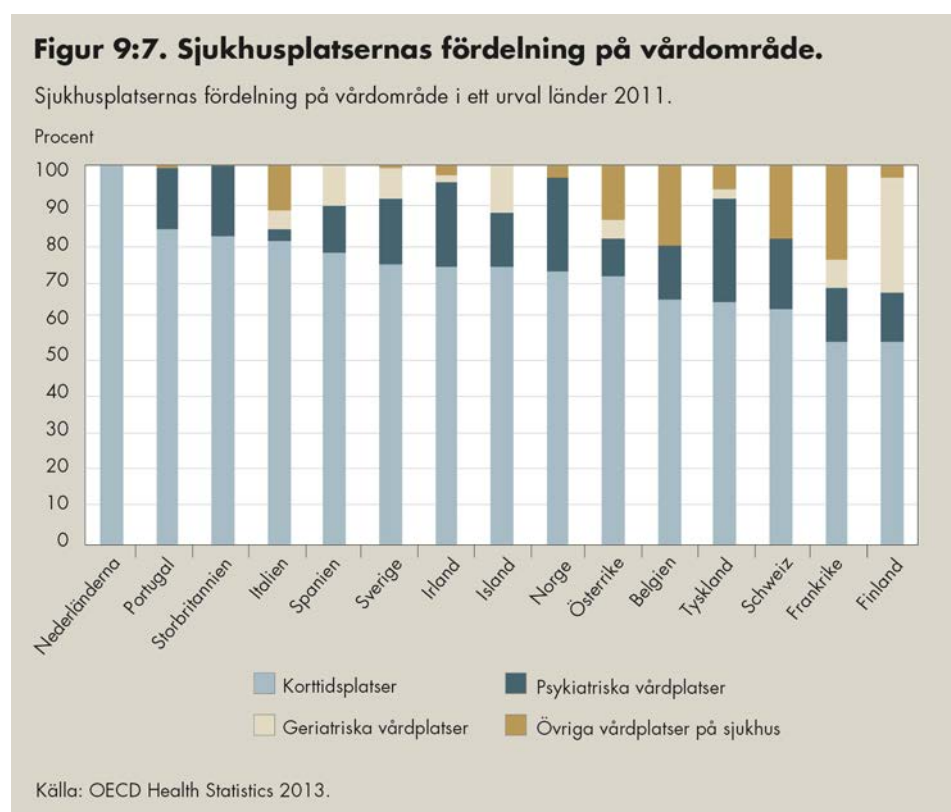
I Sverige utförs 43 procent av all vård på sjukhus. Trots det så har Sverige Europas lägsta antal vårdplatser på sjukhus med 2,71 platser per 1 000 invånare. Genomsnittet för OECD är cirka 5 platser per 1 000 invånare (figur 9:6).

Figur 9:6. Sjukhusplatser

Antal sjukhusplatser per 1000 invånare i ett urval länder 2011.



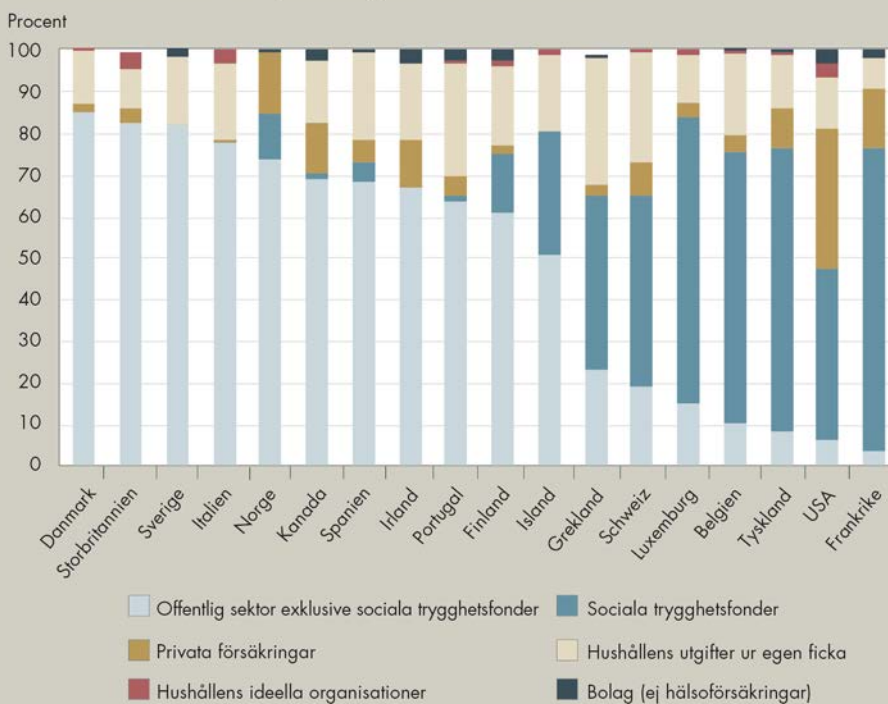
Figur 9:7 visar hur vårdplatserna fördelas på vårdgren. I Sverige är 74 procent av vårdplatserna korttidsplatser, 17 procent är psykiatriska platser, vilket också är genomsnittet för de utvalda länderna i denna figur. De geriatriska platserna utgör 8 procent av Sveriges vårdplatser. Finland däremot har 30 procent av sina vårdplatser som geriatriska vårdplatser. Det innebär att endast 54 procent av Finlands vårdplatser är att betrakta som korttidsplatser. I Finland finns många små institutioner som benämns sjukhus och som fungerar som äldreboenden, vilket kan förklara de många geriatriska platserna.



Den vanligaste formen av finansiering bland de utvalda länderna är offentlig finansiering antingen i form av finansiering från offentlig sektor genom skatteuttag eller som sociala trygghetsfonder. Sociala trygghetsfonder kontrolleras och styrs av staten och är därmed att betrakta som offentliga. Det är i de flesta länderna tvingande för individen att ansluta sig till dessa trygghetsfonder. Av figur 9:8 framgår att de nordiska länderna har en stor andel hälso- och sjukvård finansierad av offentlig sektor genom skatteuttag, men att det även här är en viss skillnad. Luxemburg, Belgien, Tyskland och Frankrike är länder som finansierar sin hälso- och sjukvård till största delen genom sociala trygghetsfonder.

Figur 9:8. Finansierare

Hälso- och sjukvårdens utgifter fördelat efter finansierare.
Procent av totala hälso- och sjukvårdsutgifter i ett urval av länder 2011.



Källa: OECD Health Statistics 2013.

Eftersom de nordiska länderna har en stor offentlig sektor som finansierar hälso- och sjukvården är det intressant att se efter vilken typ av offentliga utgifter de har. I tabell 9:9 har de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård fördelats på staten, regioner, landsting och län, och på kommuner. Utgifterna har även fördelats på sociala trygghetsfonder. Här är det stora skillnader mellan de nordiska länderna. Sverige har störst andel av offentliga utgifter för hälso- och sjukvård som finansieras av landstingen med 71,6 procent, medan Finland har störst andel med 35,1 procent som finansieras av den lokala nivån (kommunerna). Danmark och Island är länder där staten finansierar den största andelen av hälso- och sjukvårdens utgifter med 55,2 procent respektive 50,4 procent. I Finland och Island finansieras hälso- och sjukvården också till stor del med sociala trygghetsfonder, 14,6 respektive 29,3 procent. Även i Norge finansieras en del av hälso- och sjukvården av sociala trygghetsfonder.

Tabell 9:9. Offentliga finansiärer i Norden

Fördelning av totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter typ av offentlig finansiär i de nordiska länderna 2010, procent.

Finansiär/ Land	HF.1 Offentlig sektor	HF1.1 Offentlig sektor exkl. sociala trygghetsfonder	HF1.1.1 Staten	HF 1.1.2 Regioner/ Landsting/Län	HF 1.1.3 Kommuner	HF 1.2 Sociala trygghetsfonder
Danmark	85,1	85,1	55,2*	-	26,0*	-
Finland	74,5	60,0	24,9	-	35,1	14,6
Island	80,4	51,1	50,4	-	0,7	29,3
Norge	85,5	73,8	41,6*	0,8*	29,9*	11,7
Sverige	81,0	81,0	1,8	71,6	7,6	-

* Uppgifterna avser 2009 för Danmark och Norge.

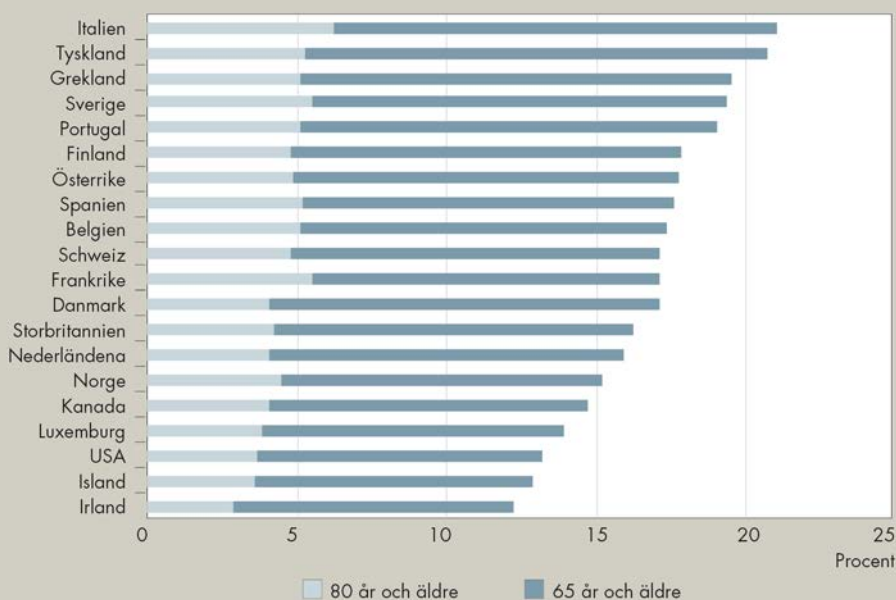
Källa: OECD Health Statistics Data 2013 och nationella redovisningar i System of Health Accounts.

Äldreomsorg i ett internationellt perspektiv

Antalet äldre personer i befolkningen ökar i de flesta OECD-länder. I genomsnitt har andelen personer över 65 år ökat i OECD-länderna från 9 procent 1960 till 15 procent 2010. Enligt OECDs beräkningar förväntas andelen personer över 65 år nästan fördubblas till 2050, och kommer då att uppgå till 27 procent av befolkningen. För Sveriges del förväntas andelen 65 år och äldre uppgå till 25 procent av befolkningen 2050. År 2010 uppgick andelen till 18 procent. Andelen personer 80 år och äldre kommer att öka ännu mer än befolkningen över 65 år. Genomsnittet i OECD i dag är att cirka 4 procent av befolkningen är i åldern 80 år och äldre. Fram till 2050 kommer denna andel att öka till 10 procent av befolkningen. I Sverige utgjorde andelen äldre över 80 år 5 procent av befolkningen och förväntas uppgå till 10 procent av befolkningen 2050 enligt OECD [5]. En sådan befolkningsutveckling kommer att ställa krav på kommuner och landsting att tillgodose det ökade behovet av vård och omsorg (figur 9:9).

Figur 9:9. Den äldre befolkningen

Andel 65 år och äldre respektive 80 år och äldre i befolkningen ett urval länder 2011.

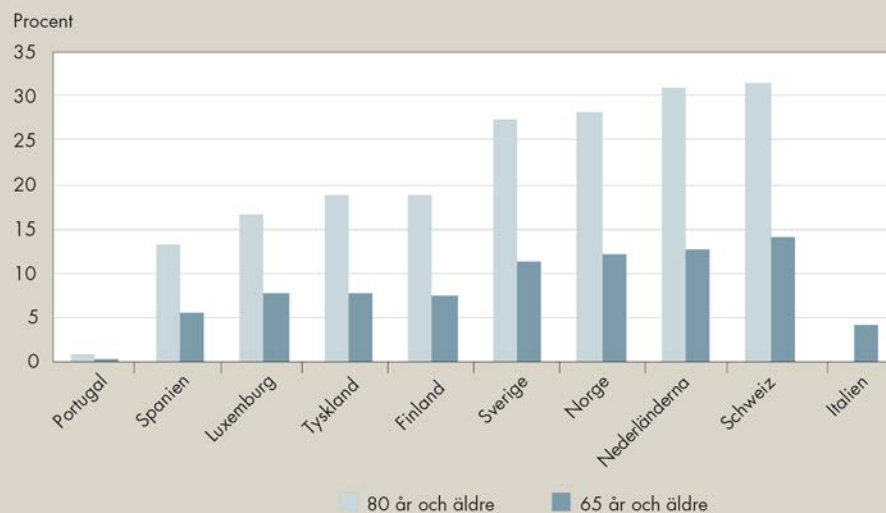


Källa: OECD Health Statistics 2013.

Behovet av äldreomsorg ökar i många länder på grund av den ökande andelen äldre i befolkningen, men också beroende på den medicintekniska utvecklingen och utvecklingen av den service som erbjuds. Hur många äldre som får någon typ av vård och omsorg i eget boende eller i någon form av särskilt boende framgår av figur 9:10 och figur 9:11. I genomsnitt i OECD-länderna får 12 procent av den äldre befolkningen någon form av äldreomsorg antingen i det egna boendet eller på ett särskilt boende. Av de äldre över 80 år får i genomsnitt 30 procent någon form av äldreomsorg. De flesta får sin vård och omsorg i det ordinära boendet. I Sverige får 27 procent av alla äldre över 80 år insatser i det ordinära boendet, medan det i Schweiz och Nederländerna är över 30 procent som får sådana insatser. I hela åldersgruppen 65 år och äldre i vårt urval av länder varierar andelen som får äldreomsorg i det ordinära boendet mellan 14 och 4 procent där Portugal och Spanien har lägst andel (figur 9:10).

Figur 9:10. Insatser i det ordinära boendet

Andel personer 65 år och äldre, respektive 80 år och äldre med insatser i eget boende, i förhållande till respektive befolkning 2011.



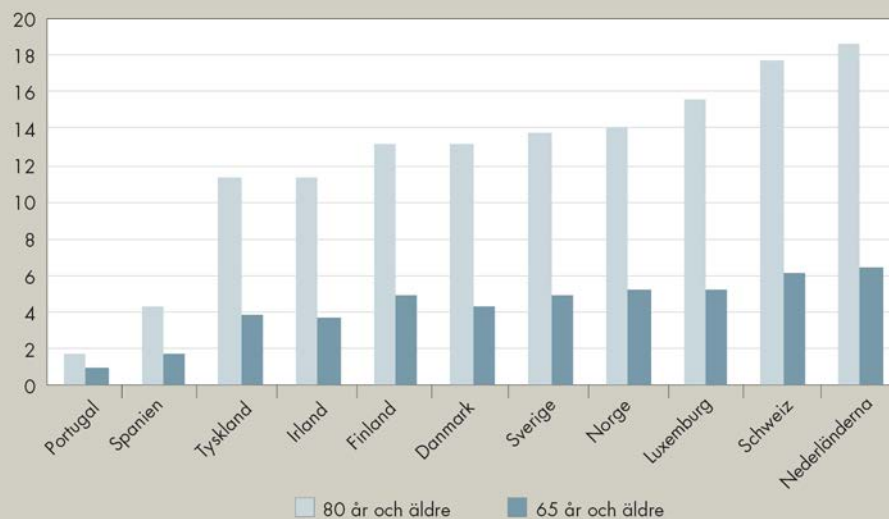
Källa: OECD Health Statistics 2013.

Om man ser på andelen äldre över 80 år som bor i ett särskilt äldreboende så är det Nederländerna och Schweiz som har den högsta andelen med cirka 18 procent av de äldre över 80 år. I Sverige bor knappt 14 procent i särskilt boende. I Portugal och Spanien bor en mycket låg andel i särskilt boende. De får inte heller i någon större utsträckning insatser i det egna boendet. De sydeuropeiska länderna Portugal, Spanien och Italien har i stället en kultur av att familjemedlemmar, flest kvinnor, ger vård och omsorg till sina äldre släktingar. Enligt OECD rapporterar 75 procent av alla informella vårdgivare att de dagligen ger vård och omsorg till sina äldre [6] (figur 9:11).

Figur 9:11. Särskilda boendeformer

Andel personer 65 år och äldre, respektive 80 år och äldre på särskilda boendeformer för äldre, i förhållande till respektive befolkning 2011.

Procent



Källa: OECD Health Statistics 2013.