



Bedömning av Västra Götalandsregionens långsiktiga ekonomiska utveckling

Delrapport 2, juni 2017

2018-2032

Koncernkontoret
Koncernstab verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp
Koncernekonomi
Carl Öhrman & Anders Östlund

Innehållsförteckning

<i>Sammanfattning</i>	3
<i>Inledning</i>	4
<i>Uppdatering av långtidsbedömning – resultat</i>	5
Basscenario för koncern	5
Kostnadsutveckling alternativscenario – hälso- och sjukvård	7
<i>Simuleringar</i>	10
Åtgärder inom arbetsorganisering, arbetsmiljö och kompetensförsörjning	10
Åtgärder för att öka intäkter – förändrad skattesats	10
Minskade kostnader för åtgärdbara vårdskador	11
Räntenivå – känslighetsanalys	11
Investeringsnivå.....	11
Kollektivtrafik – åtgärder för minskade kostnader	11
<i>Resultat av Simulering – ekonomisk effekt</i>	12
<i>Ekonomi för hälso- och sjukvårdsnämnder och hälso- och sjukvårdsstyrelse</i>	17
Intäkter.....	17
Kostnader	17
Befolkningsutveckling	18
Utveckling av intäkter och kostnader.....	24
<i>Diskussion och kommentarer</i>	31
<i>Bilaga 1 – Regionbidrag till hälso- och sjukvårdsnämnderna 2004-2014</i>	33
<i>Referenser</i>	34

SAMMANFATTNING

Förra årets, 2016, långtidsbedömning visade på en potentiellt besvärlig resultatutveckling för perioden 2017-2031. När vi nu ett år senare under 2017 uppdaterar uppgifterna enligt i stort sett samma modell och antaganden hade det varit förvånande om vi skulle fått en helt annan bild. Det får vi inte heller, utan bilden framöver ter sig ganska besvärlig för Västra Götalandsregionen (VGR). Intäkterna under perioden beräknas öka med i genomsnitt 3,8 procent och kostnaderna ökar med 4,6 procent. Det gör det nödvändigt för VGR att med åtgärder utöver dagens effektiviseringsinsatser säkerställa en ekonomiskt hållbar utveckling. Om detta inte görs visar prognosen på en besvärlig resultatutveckling som 2025 beräknas till 6 miljarder kronor och år 2032 till ungefär 13 miljarder kronor i löpande priser.

I rapporten beskrivs faktorer som driver kostnader. Det finns naturligtvis även en rad insatser som motverkar kostnadsökningar, till exempel bättre organisering av vård, förbättring av invånarnas hälsa, nya arbetssätt och -metoder (t.ex. e-hälsa), minskade kvalitetsbristkostnader och kloka beslut om kollektivtrafik. Det kan också röra sig om politiska prioriteringar och förskjutningar av vissa investeringar. I rapporten visas simulering av olika utfall av ett urval åtgärder och hur VGR-koncerners ekonomiska resultat påverkas. Åtgärderna finns på såväl kostnads- som intäktssidan.

Tanken med att göra simuleringar är att åskådliggöra omfattningen på de insatser som är nödvändiga för en ekonomi i balans men också visa på de möjligheter som finns att genomföra åtgärder som bidrar till hållbar ekonomi och samtidigt klara åtagandet gentemot invånarna. De fem kostnadsdämpande åtgärder som simuleras klarar av ungefär halva ekonomiska problembilden. Kvarvarande problembild motsvarar tre skattehöjningar à 25 öre fram till 2032 för att förstärka intäkterna så pass att kostnader och intäkter i stort sett är i balans över tid.

Ansvar för att bedriva och finansiera de stora välfärdsuppdragen vilar på landsting och kommuner, som står inför stora ekonomiska utmaningar och med begränsade möjligheter att påverka intäkterna. Situationen med ekonomiskt pressade landsting och kommuner och samtidigt goda statliga finanser kan komma att bestå och kan resultera i en gradvis ökning av statsbidrag till kommuner och landsting. En sådan utveckling kan vara nödvändig men kommer också att innebära ett allt större beroende av staten och på sikt förändra det kommunala självstyret. Därför behöver frågan lyftas om finansiering av landstingens och kommunernas finansiering där bland annat ändrade skattebaser kan behöva diskuteras.

Antalet nyanlända med flyktningbakgrund ökar i Sverige som en följd av den stora ökningen av asylsökande 2015 och 2016. I SKL:s ekonomirapport oktober 2016 analyseras flyktinginvandringens inverkan på landstingens ekonomi. Analysen, som baseras på kostnadsdata från VGR och uppgifter hos SCB, visar att nyanlända med flyktningbakgrund har något större vårdbehov än befolkningen i övrigt men att det endast har en marginell påverkan på landstingens ekonomi.

Det geografiska perspektivet blir belyst genom långsiktig analys av hälso- och sjukvårdsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader och intäkter. I stora drag kommer resultatutvecklingen att följa koncernens. Resursfördelningens utformning, som i stort följer den demografiska utvecklingen, bidrar till att mönstret i nämndernas resultat följs åt. Ett observandum är dock att resultatutvecklingen för Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd HSN inte verkar bli lika problematisk som för övriga HSN, vilket behöver följas upp och analyseras närmare.

INLEDNING

Prognoser och bedömningar av framtiden ingår som en del av omvärldsbevakning som alla organisationer behöver ägna mer eller mindre uppmärksamhet. Omvärldsanalysen syftar till att värdera om och hur utvecklingen påverkar förmågan och möjligheterna att fullgöra åtagandet eller uppnå målen. En bra prognos som förutspår dystra möjligheter ska inte slå in. Det är därför den görs, för att ge organisationen tid att förbereda åtgärder och insatser i tid för att undvika det som prognosen förutser. Det finns många metoder att förutspå framtiden. Alla är osäkra. Speciellt osäkert är att förutspå det oväntade och de snabba dramatiska förändringarna. De flesta prognoser, bedömningar eller beräkningar utgår från att förändringarna sker i ungefär samma takt som de gjort hittills. Så görs även i denna bedömning.

Uppdraget

2016 presenterade Koncernkontoret en första bedömning av VGR:s långsiktiga ekonomiska utveckling. Resultaten ingick som en del i budgetunderlag för perioden 2017-2019 och arbetet redovisades mer utförligt i en särskild rapport, delrapport 1. I den första delrapporten beskrivs de första beräkningarna och de antaganden och datakällor som låg till grund, inklusive ett alternativt scenario för hälso- och sjukvård. I den här delrapporten 2 presenteras uppdaterade beräkningar, kompletterande underlag, simuleringar inom HR, kollektivtrafik och hälso- och sjukvård samt beräkningar för hälso- och sjukvårdsstyrelse och hälso- och sjukvårdsnämnder.

Syftet med en långsiktig bedömning är att underlätta såväl ekonomisk som verksamhetsmässig planering men, framförallt, att i tid uppmärksamma behov av strategiska beslut och åtgärder för hållbar ekonomisk utveckling.

Arbetet genomförs på uppdrag av ekonomidirektör Joakim Björck.

Nyheter i denna rapport:

Utöver uppdatering av modellen med nya kostnadsdata och befolkningsprognoser vidareutvecklades arbetet på flera sätt.

Simuleringar: I rapporten ges exempel på insatser som kan leda till långsiktig ekonomisk balans. Att simulera olika scenarier underlättar förståelsen och illustrerar omfattningen och typen av åtgärder som kan behövas. Även om den ekonomiska bilden framöver är bister är det också viktigt att visa på att det finns åtgärder som kan genomföras för ekonomisk balans och utan sämre kvalitet eller minskat åtagande gentemot invånarna.

Hälso- och sjukvårdsstyrelse och hälso- och sjukvårdsnämnder: Dels analyserades utvecklingen av hälso- och sjukvårdsnämndernas ekonomi, vilket ger en bild av utvecklingen inom VGR:s geografiska delar och underlättar nämndernas långsiktiga planering, dels analyserades hälso- och sjukvårdsstyrelsens ekonomi. Även hälso- och sjukvårdsstyrelsen har ett stort beställningsansvar.

Nyanlända med flyktningbakgrund: Hösten 2015 ökade antalet asylsökande i Sverige dramatiskt och ökningen fortsatte någon månad in i 2016. Utöver humanitära lidanden innebar det utmaningar för stora delar av våra offentliga verksamheter att tillhandahålla bostäder, hälso- och sjukvård, tandvård m.m. Det fanns stora frågetecken om kostnaderna framöver för bland annat hälso- och sjukvård och tandvård. Kostnaderna för flyktingar, asylsökande och nyanlända ingick inte i långtidsprognosen 2016. Skälet var dels att det inte fanns kunskap om hälsoläge och vårdbehov hos asylsökande och nyanlända och dels att man inte ingår i befolkningsprognoser förrän man är folkbokförd i Sverige. Under 2016 har VGR tillsammans med SKL analyserat kostnaderna för nyanlända.

UPPDATERING AV LÅNGTIDSBEDÖMNING – RESULTAT

De antaganden som ligger till grund för beräkningarna redovisas i delrapport 1 och för en genomgång av dem hänvisas till den delrapporten.

Basscenario för koncern

Antagandena är i stort sett oförändrade och samtliga parametrar har uppdaterats med senast kända information, oktober 2016. Det gäller för såväl kostnader som intäkter och innebär bl.a.

- räkenskapsammandrag VGR 2015
- ny prognos för skatter och intäkter från utjämningsystemet beställdes från SKL och utgår från oktober 2016
- uppdatering av pris- och löneutveckling, per oktober 2016
- ny bedömning av riktade statsbidrag
- kompletterande information om Västra Götalandsregionens ekonomiska resultat 2016 enligt bedömningar december 2016
- resultaträkning enligt VGR:s budget för 2017
- förväntat nollresultat för VGR:s bolag.

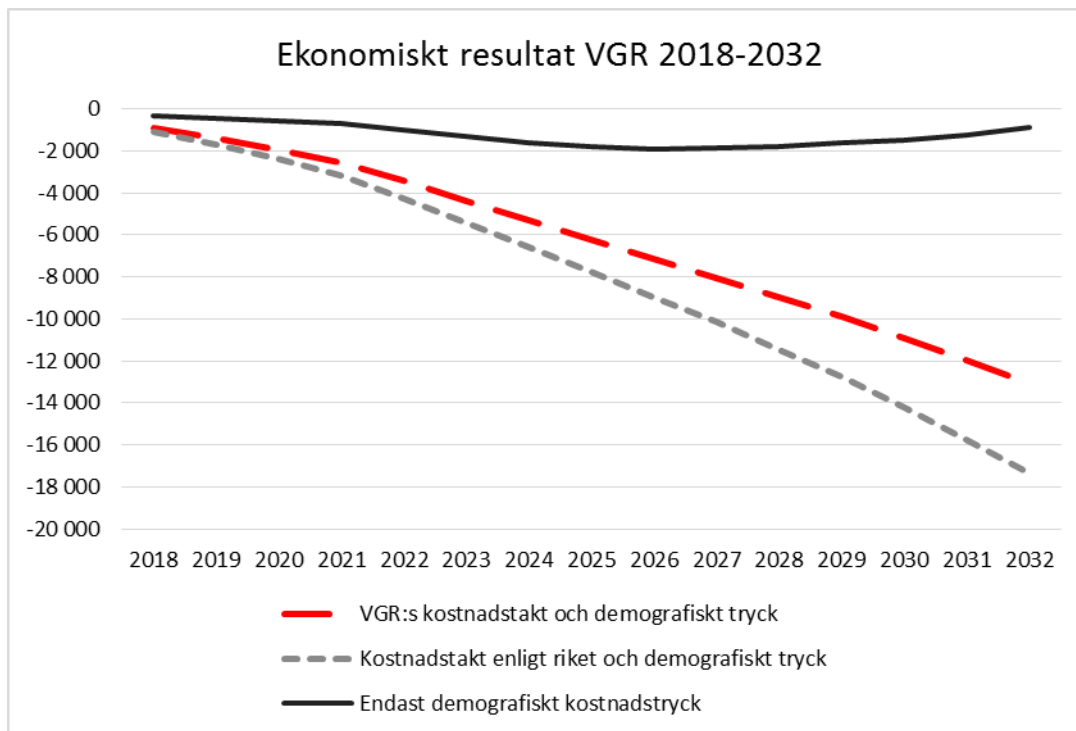
I några fall har bedömningarna baserats på ny information eller andra källor:

- Befolkningsprognos 2018-2032 är framtagen av VGR, och inte SCB. VGR:s prognos visar fr.o.m. 2019 på något fler invånare än SCB:s vilket påverkar såväl kostnads- som intäktsutvecklingen. Det ekonomiska resultatet påverkas i mindre utsträckning.
- Investeringarna antas realiseras med 85 procent årligen jämfört med 80 procent i förra långtidsprognosen. Detta antagande är sannolikt något högt och skulle innebära en kraftig ökning från 2016 års faktiska nivå, som var på drygt 70 procent. Antagandet påverkar resultatet i viss utsträckning men har främst betydelse för VGR:s kassaflöde och likviditet.
- Kostnader för nyanlända ingår i bedömningen, både på kostnads- och intäktssidan. I SKL:s ekonomirapport oktober 2016 analyseras flyktinginvandringens inverkan på landstingens ekonomi. Analysen, som baseras på kostnadsdata från VGR och uppgifter hos SCB, visar att nyanlända med flyktingbakgrund har något högre vårdbehov än befolkningen i övrigt men att det endast har en marginell påverkan på landstingens ekonomi. Det innebär att vi inte gör särskilda ekonomiska beräkningar för nyanlända, utan de fångas upp via befolkningsprognosen.

Resultatutveckling

Tidigare långtidsbedömning för VGR visade på en potentiellt besvärlig resultatutveckling för perioden 2017-2031. När vi nu ett år senare uppdaterar uppgifterna enligt i stort sett samma i modell och antaganden hade det varit förvånande om vi skulle fått en helt annan bild. Det får vi inte heller, utan bilden framöver ter sig ganska besvärlig.

VGR:s ekonomiska utveckling framöver uttrycks som ett potentiellt underskott i det ekonomiska resultatet. Det innebär inte med nödvändighet att resultatutvecklingen faktiskt kommer att se ut på detta sätt eftersom en mängd åtgärder kommer att införas för att tillse att en sådan utveckling inte sker. Däremot illustrerar bilden omfattningen av de insatserna och den sammanlagda utmaningen att faktiskt erhålla en ekonomi i balans. Ett alternativt sätt hade varit att uttrycka problemen i form av uteblivna leveranser av vård, kultur, kollektivtrafik m.m. till invånarna utifrån de intäkter VGR kommer att ha.



Figur 1: Potentiell resultatutveckling i Västra Götalandsregionen 2018-2032, tre alternativ

Figur 1 beskriver resultatutvecklingen utifrån tre olika alternativ.

Svart kurva visar utvecklingen om vi endast kompenserar för ett demografiskt tryck. Historiskt vet vi att landstingens kostnadsutveckling alltid varit något högre än vad som behövts för att endast kompensera för befolkningsutvecklingen. Orsaken är en nettoeffekt av effektiviseringar och kostnader för nya läkemedel och andra behandlingsmetoder, ökade förväntningar från patienter och anhöriga, förbättrad standard, fler bussar och tåg, reformer m.m. Denna extra s.k. kostnadsresidual har historiskt uppgått till 0,8 procent på nationell nivå men har i VGR varit lägre, 0,6 procent.

Vad som dessutom framgår av tabell 1 nedan är att såväl intäkter som kostnader ökar, fler människor innebär fler behov att tillgodose men också att det blir fler händer som bidrar med intäkter.

Tabell 1: Resultaträkning VGR koncern 2019-2032

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2032	CAGR
Skatteintäkter	44 347	46 013	48 009	49 931	51 855	53 799	55 813	73 360	3,9%
Statsbidrag	12 489	13 207	13 580	13 914	14 365	14 881	15 423	19 944	3,9%
Finansiella intäkter	213	185	97	-72	-317	-574	-836	-4 281	
Avgifter och biljetter	5 583	5 827	6 216	6 601	6 982	7 347	7 714	10 500	5,0%
Övriga intäkter	5 556	5 842	6 163	6 484	6 817	7 153	7 500	10 244	4,9%
Verksamhetens intäkter	68 188	71 075	74 066	76 859	79 702	82 606	85 615	109 767	3,8%
Personalkostnader	34 381	36 370	38 081	39 833	41 731	43 685	45 744	62 193	4,8%
Material exkl läkemedel	4 046	4 222	4 394	4 562	4 747	4 937	5 135	6 635	3,9%
Läkemedel	4 964	5 053	5 143	5 235	5 328	5 423	5 520	6 252	1,8%
Tjänster	7 918	8 273	8 656	9 033	9 435	9 843	10 263	13 408	4,2%
Köp av verksamhet	13 005	13 643	14 514	15 372	16 267	17 164	17 961	24 352	5,0%
Lämnade bidrag	1 617	1 690	1 762	1 834	1 911	1 990	2 072	2 710	3,3%
Avskrivningar	2 638	2 884	3 095	3 440	3 590	3 781	3 996	5 787	6,3%
Finansiella kostnader	919	815	877	926	974	1 022	1 071	1 418	6,5%
Verksamhetens kostnader	69 487	72 949	76 522	80 235	83 982	87 846	91 761	122 755	4,6%
Årets resultat	-1 299	-1 875	-2 457	-3 376	-4 280	-5 240	-6 147	-12 988	
Resultat i relation till intäkter	-1,9%	-2,6%	-3,3%	-4,4%	-5,4%	-6,3%	-7,2%	-11,8%	

Problemet är att kostnaderna ökar mer än intäkterna. För att få en ekonomi i balans behöver därför antingen kostnadstakten minska eller intäktstakten att öka. De åtgärder som står till buds finns inom intäktsökningar, effektiviseringar och prioriteringar. Mest troligt är en kombination av dessa tre olika insatser. Om underskottet skulle lösas med hjälp av enbart ökad skattesats skulle det innebära en höjning med en tioöring per år fram till år 2032. Men då behöver man även ha i åtanke primärkommunernas framtida utmaningar, som mot samma demografiska bakgrund står inför än större problem än landsting och regioner. Kommunernas behov av skatteökningar skulle med samma antaganden bli betydligt högre, naturligtvis med stora variationer. Eftersom det är samma invånare som skatter hämtas ifrån kan kommunernas behov av intäktsökning via höjda skattesatser begränsa VGR:s möjligheter att öka intäkterna den vägen.

Historiskt har det visat sig svårt att explicit begränsa det offentliga åtagande genom faktiska minskningar av resurser (uteblivna reformer är däremot något annat). Återstår då en kombination av effektivisering och intäktsökning. I kapitlet om simuleringar nedan visar vi exempel på omfattningen av de insatser som behövs för att nå ekonomisk balans.

Kostnadsutveckling alternativscenario – hälso- och sjukvård

Som en del i arbetet med att utveckla en modell för långtidsprognoser analyserades även ett alternativt scenario inom hälso- och sjukvård. Scenariot innebär i korthet att beräkna de senaste årens kostnader i VGR per invånare i alla åldersgrupper, beräkna en trend för denna utveckling och med hjälp av befolkningsförändringar beräkna framtida kostnader.

Modellen innebär att beräkna kostnad per patient för all vård utförd för invånare i Västra Götaland, summera kostnaden per ålder och därefter beräkna kostnad per invånare i respektive ålder.

Beräkningen gjordes för respektive år 2010-2015 varvid en serie med sex observationer per ålder erhöles, en för varje år. Löpande priser fastprisberäknades till 2015 års penningvärde med hjälp av

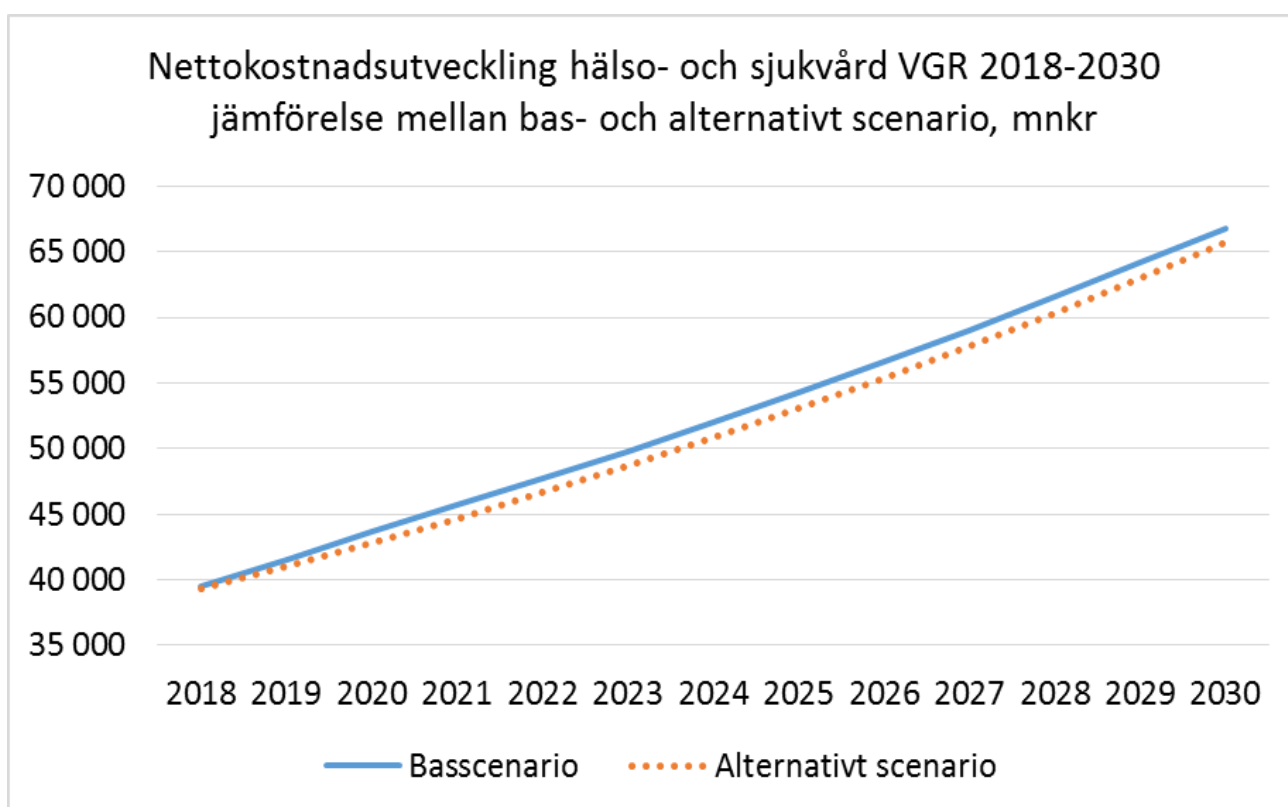
LPIK¹. Värden för perioden 2017-2032, för varje ålder 0-100 år, beräknades genom att extrapolera den linjära trenden i tidsserien för de sex senaste åren. På så sätt erhöles hälso- och sjukvårdskostnader i fasta priser per invånare för varje ålder för hela perioden t.o.m. 2031. Det näst sista steget var att räkna tillbaka till löpande priser. Slutligen återstod det att multiplicera kostnad per invånare respektive ålder och år med antalet personer i varje ålder enligt befolkningsprognosen. Efter summering erhöles kostnader per år t.o.m. år 2032.

Beräkningarna gjordes för somatisk specialiserad vård, psykiatrisk specialiserad vård, primärvård, tandvård och öppenvårdsläkemedel och avser VGR:s kostnader för de egna invånarna.

Vissa kostnader ingick inte i kostnadsunderlaget och för att få jämförbarhet med basscenarioet korregerades underlaget motsvarande. Det gällde kostnader för sjukresor, ambulanssjukvård, forskning och utveckling (FOU), folkhälsoinsatser, hjälpmedel, smittskyddsverksamhet.

Uppdateringen 2016/-17 innebär att underlaget kompletteras med ytterligare ett år och ger därmed ett stabilare underlag för skattningarna av kostnadsutvecklingen.

Det finns fortfarande osäkerhet om metoden och i vissa delar även kostnadsunderlaget. Scenariot används därför främst som referens.



Figur 2: Nettokostnadsutveckling VGR 2018-2030, jämförelse mellan bas- och alternativt scenario.

Uppdateringen med ytterligare ett år visar på att de två scenarierna ger snarlika resultat, men fr.o.m. 2021 är årliga kostnader i alternativscenariot stabilt cirka en miljard lägre jämfört med om vi använder

¹ LPIK är ett sammanfattande index för prisutveckling för landstingens verksamheter

basscenariot. Vid jämförelse mellan de ingående verksamheterna (primärvård, psykiatri, somatik och läkemedel) finns det en del skillnader som kan lyftas fram. I alternativscenariot blir kostnadsutvecklingen för psykiatri betydligt lägre än i basscenariot, vilket i modellen förklaras av att kostnaderna för psykiatri i VGR under de sex åren 2010-2015 utvecklades i en långsammare takt än övriga verksamheter (CAGR² 2,4 resp 4,6 procent). De underliggande orsakerna till kostnadsutvecklingen inom psykiatri i VGR är inte klarlagda. För öppenvårdsläkemedel är förhållandet det omvända (CAGR 3 resp 1,5 procent).

² CAGR är en förkortning på Compound Annual Growth Rate, dvs den genomsnittliga årliga tillväxttakten

SIMULERINGAR

Bilden av Västra Götalands framtida ekonomi ter sig ganska dystert. Man behöver emellertid påminna sig om att det är under förutsättning att inga åtgärder sätts in för att förbättra utvecklingen. Och det finns saker att göra. Någonstans emellan total förnekelse av problem och total uppgivenhet finns en rad åtgärder som faktiskt kan göras för att påverka utvecklingen genom aktiva och genomtänkta beslut och handlande. Det finns flera erfarenheter, utvärderingar, rapporter och utredningar som visar på det. En rad åtgärder som kan minska kostnader och samtidigt förbättra kvalitet, d.v.s. ge en effektivare hälso- och sjukvård, återges t.ex. i Socialdepartementets delrapport *”Den ljusnande framtiden är vård”*, sid 43. Exempel på sådana åtgärder är förbättrad folkhälsa, minska fallolyckor, färre vårdskador och vårdrelaterade infektioner och minskad förekomst av högt blodtryck.

I detta kapitel kommer vi att simulera olika utfall och beskriva hur det ekonomiska resultatet påverkas av ett urval åtgärder. Åtgärderna finns på såväl kostnads- som intäktssidan. Tanken med att göra simuleringar är att försöka åskådliggöra omfattningen på de insatser som kan bli nödvändiga för en ekonomi i balans. Det finns naturligtvis möjligheter att simulera utfall som ger ett ännu sämre ekonomiskt utfall, en sådan simulering bedömer vi som mindre nödvändig.

Åtgärder inom arbetsorganisering, arbetsmiljö och kompetensförsörjning

Under denna rubrik ryms uppgifts- och kompetensväxling, schemaläggning, insatser som förbättrar sjukskrivning och personalomsättning. Åtskilliga studier har gjorts av effekter av förbättringsinsatser inom dessa fält. VGR:s kostnader för personalomsättning ökade med 50 procent mellan 2010 och 2015, motsvarande 250 miljoner kronor årligen. Insatser för en bättre arbetsmiljö för alla medarbetare skulle kunna påverka omsättningen och även minska sjukskrivningskostnaderna. Vidare har uppgiftsväxling mellan personalkategorier sannolikt en stor potential för effektivisering liksom bättre planering av arbetstider genom schemaläggning.

Ett dilemma med att beräkna effekterna av sådana förbättringar är att de alla är intimt förknippade med arbetets organisering. Att beräkna effekter utifrån de enskilda komponenterna skulle därför sannolikt leda till dubbelräkning och en risk för att effekterna överskattas. I vårt exempel på ekonomiska effekter har vi istället utgått från *”Framtidens vårdavdelning”*³ vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Utvecklingsarbetet vid avdelningen kan sägas inhysa samtliga de komponenter som nämnts ovan och utvärderingar visar där, enkelt uttryckt, en produktivitetsförbättring med 20 procent, nöjdare personal, nöjdare patienter och nöjdare anhöriga. Det är emellertid överoptimistiskt att anta samma förbättringsgrad överlag och hela effekten hamnar inte heller hos VGR som organisation, utan delas med personalen varför vi varit ganska försiktiga i skattningen av vad som kan tas hem av VGR i form av minskat kostnadstryck. Kostnadsunderlaget räknades upp till att omfatta personalkostnader vid samtliga vårdavdelningar i slutenvårdsavdelningar hela VGR, c:a 7 miljarder kronor årligen (2015). På så sätt kan man få en uppfattning om vad de ekonomiska effekterna skulle innebära om samtliga slutenvårdsavdelningar skulle kunna ge samma förbättring som Framtidens vårdavdelning vid SU.

Åtgärder för att öka intäkter – förändrad skattesats

Två tredjedelar av VGR:s intäkter utgörs av skatt och är ett beslut som VGR själv förfogar över som ger en omedelbar påverkan på ekonomin. Notera också att VGR:s ökade skatteintäkter under 2000-talet till två tredjedelar härrör från ökat skatteunderlag och till en tredjedel från ökad skattesats. I modellen kan valfri skattesats läggas in för att se hur intäkter och resultat förändras, t.ex. att en årlig

³ Framtidens vårdavdelning är ett projekt vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset för att ge möjlighet att testa nya arbetssätt och metoder, nya IT-lösningar och andra innovationer. <https://www.sahlgrenska.se/info/om-sahlgrenska-universitetssjukhuset/framtid---sahlgrenska-universitetssjukhuset/fva/>

skatthöjning med tio öre, d.v.s. en sammanlagd ökning på 1:50 kr, skulle medföra så pass ökade intäkter att VGR:s ekonomi skulle vara i balans. Man kan diskutera hur realistisk en sådan utveckling är med tanke på att många primärkommuner skulle behöva genomföra långt större höjningar av skattesats för att klara de utmaningar man står inför. Det samlade skattetrycket för invånarna skulle på så vis kunna bli orimligt högt.

Minskade kostnader för åtgärdbara vårdskador

Vid ungefär var tionde vårdepidemi vid Västra Götalandsregionens sjukhus åsamkas patienter skador till följd av vården. Ungefär 70 procent av dessa hade kunnat undvikas. För de flesta patienter medförde det allvarliga konsekvenser och mycket lidande. Därutöver medförde det en förlängd vårdtid och kostnader. Åtgärdbara vårdskador orsakar varje år kostnader för 600 miljoner kronor vid sjukhusens somatiska avdelningar i VGR. Hur påverkas VGR:s ekonomi om denna kostnad minskas?

Räntenivå – känslighetsanalys

I långtidsprognosen kan det ekonomiska underskottet tillåtas bli besvärande stort, 2032 närmare 13 miljarder kronor. Under perioden fram till dess har verksamheten mer och mer finansierats genom att belåningen ökas varvid allt högre räntekostnader uppstår, närmare 3 miljarder kronor 2032.

Räntekostnader beror både på skuldens storlek och på räntenivån och den långsiktiga räntenivån i prognosens basscenario utgår från räntan på statskuldväxlar och 10-åriga statsobligationer. Efter att ha legat på låga nivåer de närmaste åren förutspås räntan att krypa upp till 4,5 procent från 2024 och långsiktigt hålla sig runt denna nivå, som den legat på historiskt.

Till skillnad från övriga variabler i simuleringen är räntenivån inget som VGR förfogar över, utan har endast begränsade möjligheter att påverka villkoren för lånen. Däremot kan man mycket väl diskutera om det är troligt att räntan kommer att hålla sig på en långsiktig nivå på 4,5 procent eller om det är en hög nivå. VGR ställde frågan till våra externa finansiella rådgivare, Söderberg & Partners (SoP), som, med förbehåll om osäkerhet i antagandena, lämnade en bedömning på ungefär 2 procent för räntan på tio års sikt vilket är den alternativa nivå vi använder i simuleringen.

Investeringsnivå

Kostnaderna för investeringar uttrycks som avskrivningar i resultaträkningen. VGR:s investeringsnivå under tiden fram till 2032 utgår i långtidsbedömningen från beslutad investeringsram på 4,8 miljarder kronor som skrivs upp i takt med intäkterna. Vi utgår dessutom från att 85 procent av investeringsramen utnyttjas varje år, vilket i sig är en utmaning, 2016 var kvoten under 70 procent. Vårt simuleringsverktyg visar hur avskrivningarna påverkas om vi ökar eller minskar investeringsnivån från målet 85 procent av den beslutade ramen.

Kollektivtrafik – åtgärder för minskade kostnader

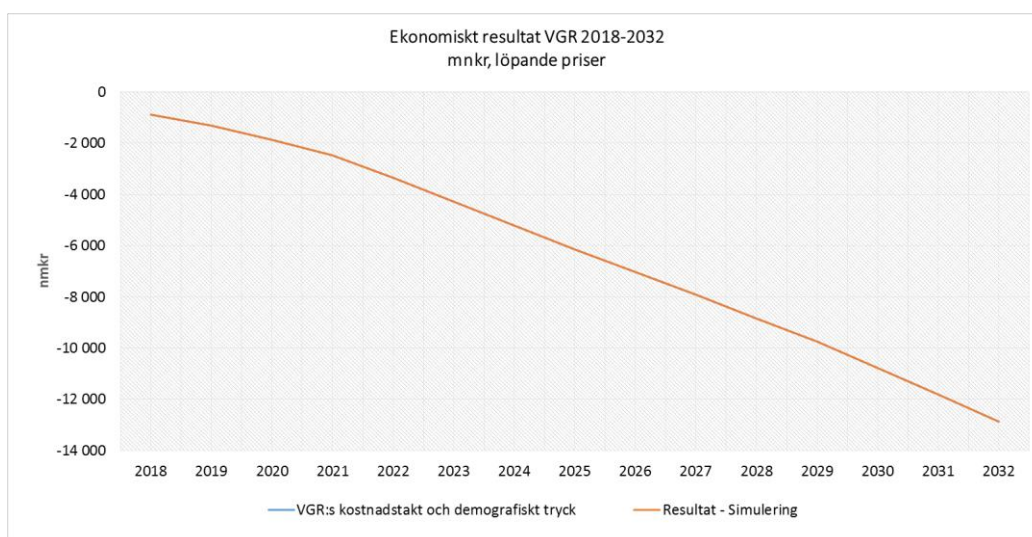
Västra Götalandsregionens trafikförsörjningsprogram innehåller en långsiktig plan över de insatser som krävs för att uppnå de trafikpolitiska målen. Det innehåller också en beskrivning av kostnader och behovet av regionbidrag för att uppnå målen. Beräkningarna baseras på dagens kostnads massa och förutsättningar med viss osäkerhet i flera antaganden. Faktorer som VGR kan påverka, t.ex. jämnare spridning av resande över dygnet och smartare samordning mellan kollektivtrafik och skolskjutstrafik och ökad prioritering av kollektivtrafikens framkomlighet. Faktorer som VGR själva inte kan påverka fullt ut, t.ex. bränslepriser och utveckling av nya färdvägar in i kalkylen. Kollektivtrafikens framtida roll och funktionalitet i transportsystemet är därtill en avgörande faktor för kostnadsutvecklingen och den samlade samhällsnyttan av satsade resurser.

Sammantaget bedöms osäkerheterna kunna påverka behovet av regionbidrag till kollektivtrafik i intervallet plus/minus 1-2 procent över tid, vilket är det intervall som simulerats i modellen.

RESULTAT AV SIMULERING – EKONOMISK EFFEKT

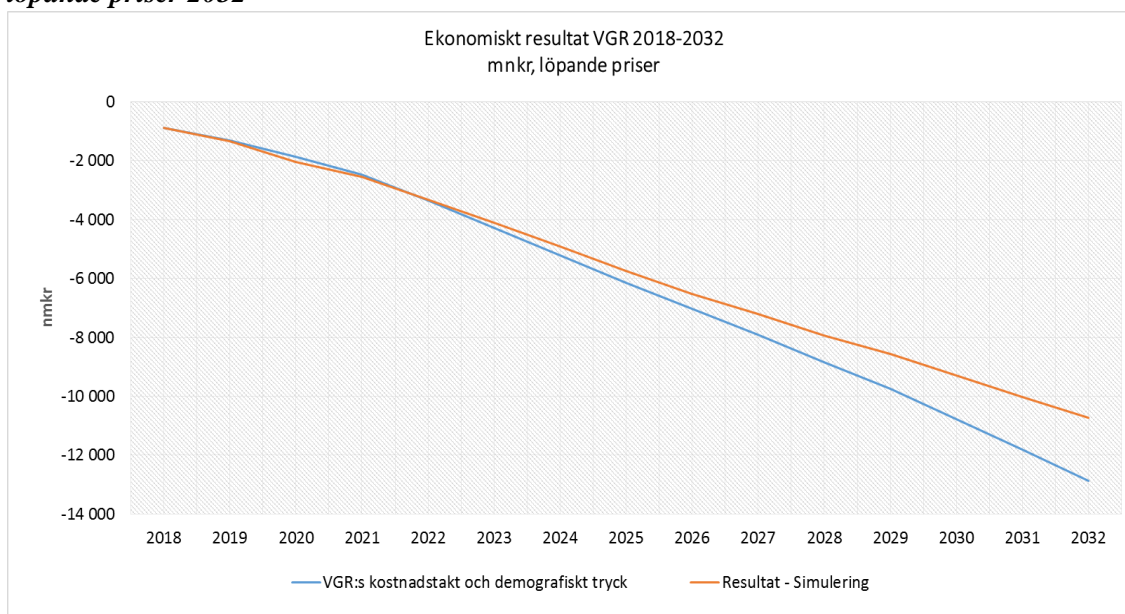
Med sex exempel illustrerar vi i detta kapitel omfattningen på insatser som behövs för en långsiktig ekonomisk balans i VGR. Som kommer att framgå rör det sig om förhållandevis omfattande, men inte helt orimliga, insatser som kan bli nödvändiga. Värdena för respektive variabel är något godtyckligt vald för att ge en bild av vad som kan behöva åstadkommas för att uppnå nollresultat. Notera att inget av alternativen innebär en sänkning av ambitionsnivån eller begränsning av det offentliga åtagandet, utan enbart bättre effektivitet och intäktsförstärkning genom höjd skatt används.

Figur 3: Ekonomiskt resultat, basscenario - utgångspunkt



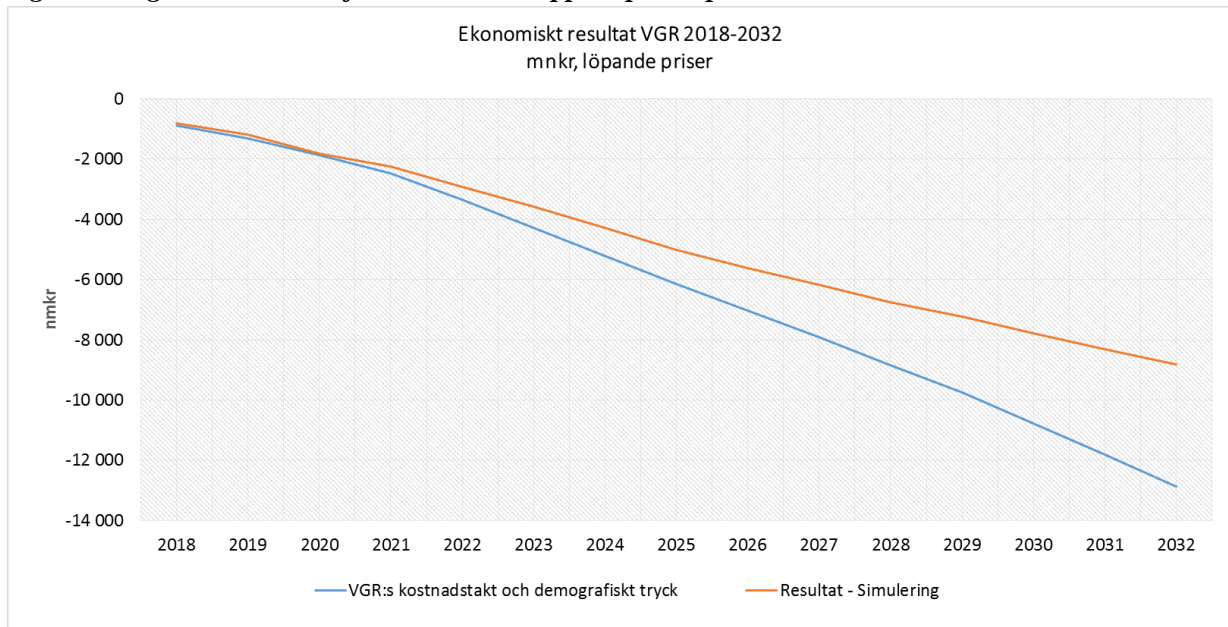
Antaganden i [figur 3](#) är desamma som i basscenariot. Vi fortsätter som hittills, och bilden utgör därmed startpunkten för de kommande stegvisa förbättringarna av resultatet som blir följden av ändrade antaganden och åtgärder. Alla belopp anges i löpande priser 2032

Figur 4: Ekonomiskt resultat, basscenario – räntenivå enligt SoP: förbättring med 2 mkr. Belopp i löpande priser 2032



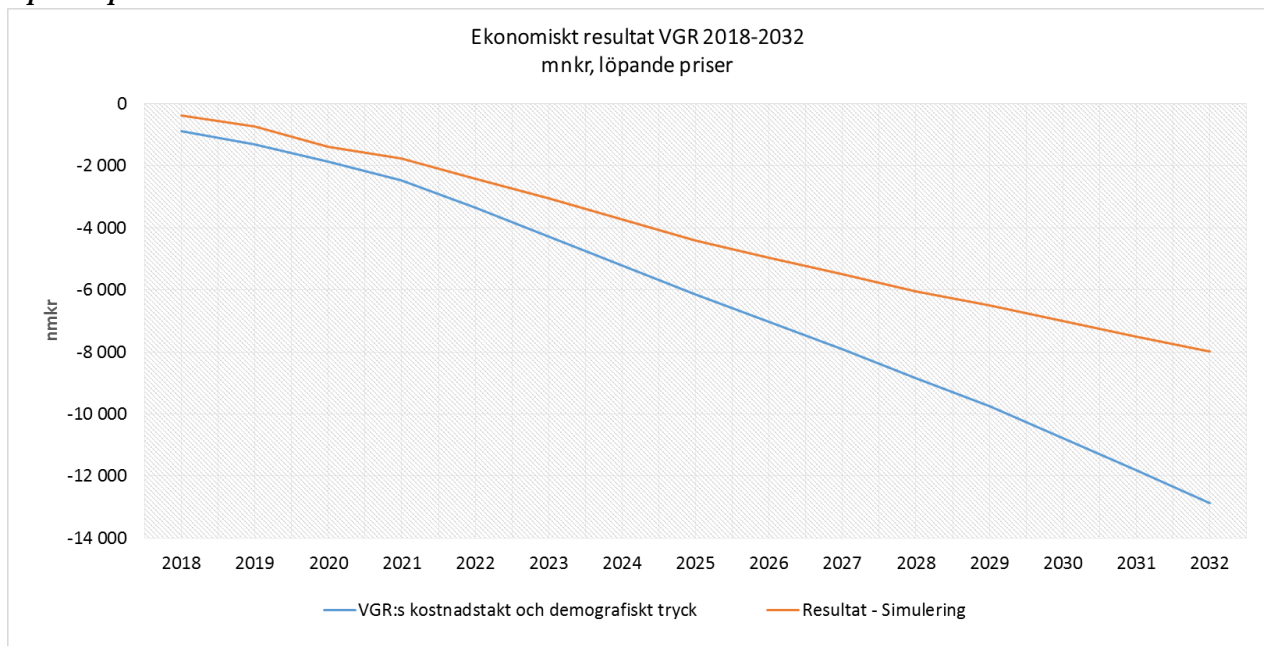
I figur 4 ändras antagandet om räntenivån. I slutet av perioden utgör räntorna några miljarder på grund av att VGR tagit upp lån för att finansiera löpande driftskostnader. Lägre räntenivåer förbättrar resultatet med c:a två mdkr.

Figur 5: Ekonomiskt resultat, basscenario – räntenivå enligt SoP: förbättring med 2 mdkr, lägre regionbidrag till kollektivtrafik: 2 mdkr. Belopp i löpande priser 2032



I figur 5 lägger vi till antagandet att regionbidraget till kollektivtrafiknämnden är en procentenhet lägre per år än vad som förutsätts i trafikförsörjningsprogrammet. Det innebär att vi använder ett gynnsamt scenario för utvecklingen av kollektivtrafikens intäkter och kostnader. Det skulle ge en resultatpåverkan i slutet av perioden på ca två mdkr. Tillsammans med gynnsammare ränteantagande är förbättringen nu 4 mdkr år 2032.

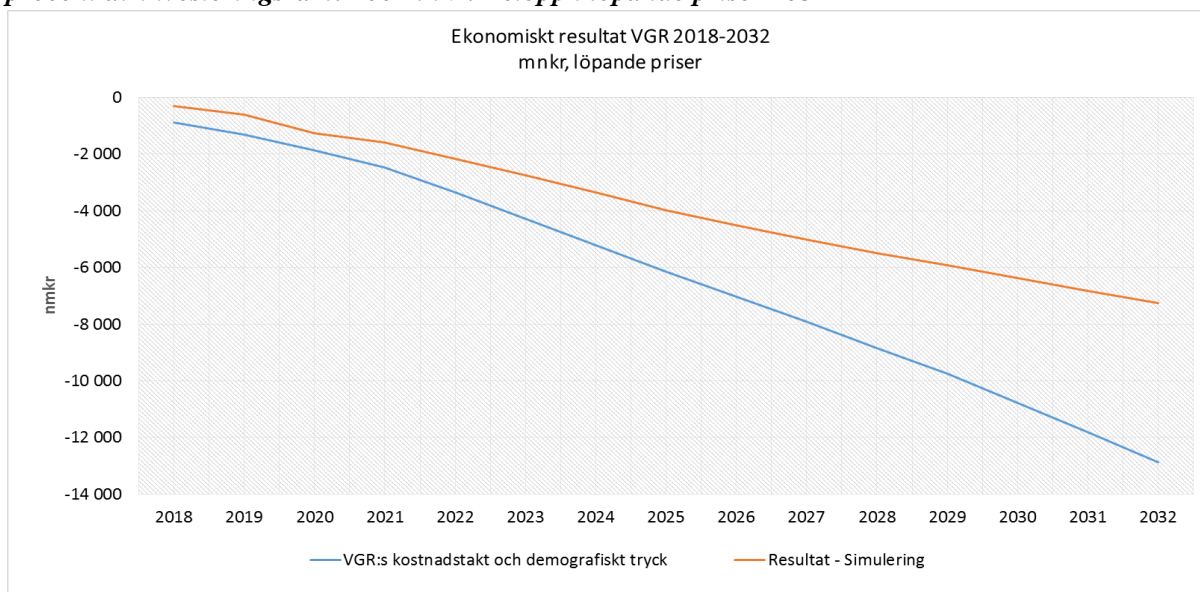
Figur 6: Ekonomiskt resultat, basscenario – räntenivå enligt SoP: förbättring med 2 mdkr, lägre regionbidrag till kollektivtrafik: 2 mdkr, 2/3 av undvikbara vårdskador åtgärdat: 850 mnkr. Belopp i löpande priser 2032



I figur 6 lägger vi till ytterligare ett antagande, att VGR klarar att minska kostnaderna för vårdskador

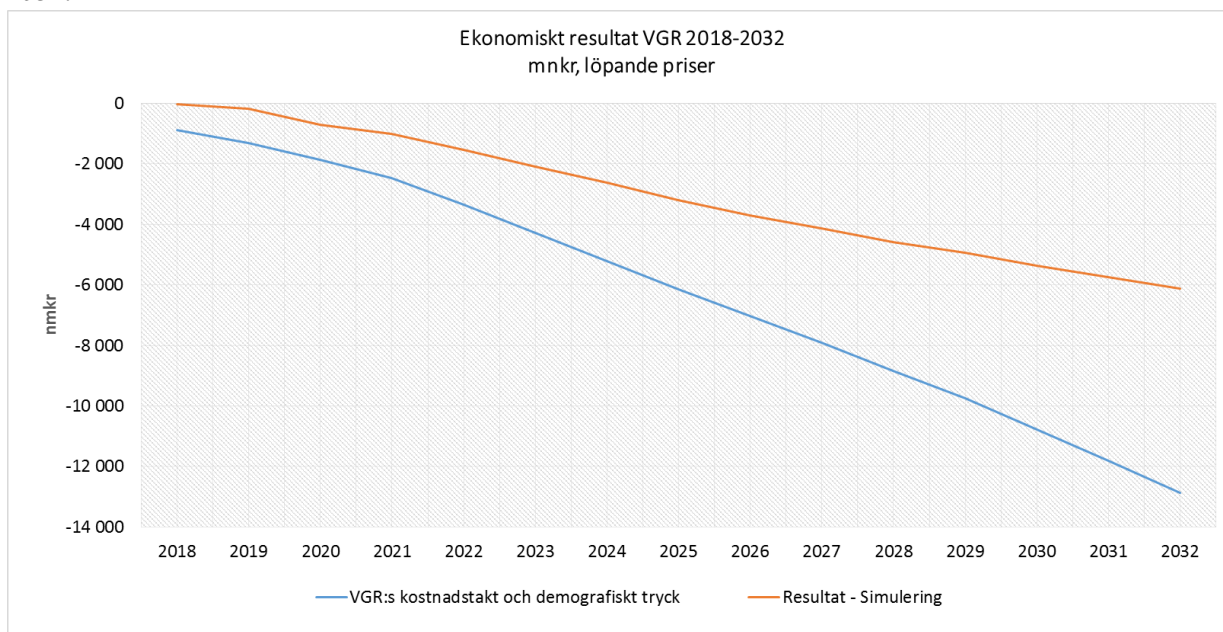
med två tredjedelar jämfört med 2015. Gynnsammare utveckling av kostnader för ränta, kollektivtrafik och vårdskador innebär en sammantagen resultatförbättring om 5 mdkr år 2032.

Figur 7: Ekonomiskt resultat, basscenario – räntenivå enligt SoP: förbättring med 2 mdkr, lägre regionbidrag till kollektivtrafik: 2 mdkr, 2/3 av undvikbara vårdskador åtgärdat: 850 mnkr, 75 procent av investeringsram: 700 mnkr. Belopp i löpande priser 2032



Antaganden i [figur 7](#) innebär att VGR inte utnyttjar mer än 75 procent av den årliga investeringsramen. Det medför minskade kostnader för avskrivningar och räntor. Att nödvändiga investeringar inte genomförs är naturligtvis även ett problem och kan medföra svårigheter för verksamheterna att lösa sina uppdrag på ett effektivt sätt.

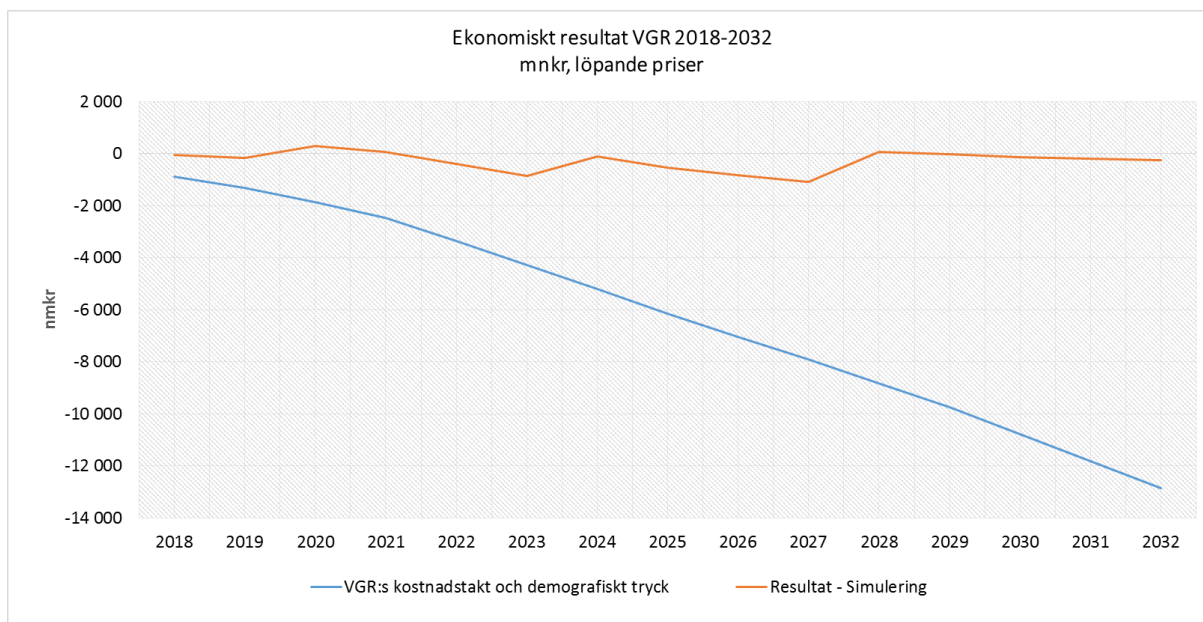
Figur 8: Ekonomiskt resultat, basscenario – räntenivå enligt SoP: resultatförbättring med 2 mdkr, lägre regionbidrag till kollektivtrafik: 2 mdkr, 2/3 av undvikbara vårdskador åtgärdat: 850 mnkr, 75 procent av investeringsram: 700 mnkr, förbättrade arbetssätt: 1,1 mdkr. Belopp i löpande priser 2032.



I [figur 8](#) lägger vi till ett antagande om förbättrade arbetssätt i slutenvården. Antagandet utgår från den potential för produktivitetsförbättring som visats vid "Framtidens vårdavdelning" vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Det är emellertid knappast rimligt att utgå från en förbättring överlag på 20

procent vid samtliga vårdavdelningar, utan vi har i detta exempel lagt oss på en tredjedel av den nivån, 7 procent, och att den potentialen nås inom fyra år.

Figur 9: Ekonomiskt resultat, basscenario – räntenivå enligt SoP: resultatförbättring 2 mdkr, lägre regionbidrag till kollektivtrafik: 2 mdkr, 2/3 av undvikbara vårdskador åtgärdat: 850 mnkr, 75 procent av investeringsram: 700 mnkr, förbättrade arbetssätt: 1,1 mdkr, skattehöjning: 3 ggr à 25 öre ger 6 mdkr. Belopp i löpande priser 2032



Med åtgärderna i figurerna 3-8 klaras ungefär halva ekonomiska problembilden. I [figur 9](#), slutligen, tar vi till skattehöjning för att klara av de sista delarna. Med tre skattehöjningar (åren 2020, 2023 och 2028) à 25 öre förstärks intäkterna så pass att kostnader och intäkter i stort sett är i balans över tid.

Åtgärd/bedömning	Ekonomisk effekt 2032, löpande priser
Lägre ränta	2,0 mdkr
Åtgärdbara vårdskador	0,85 mdkr
Lägre investeringsnivå	0,75 mdkr
Förbättrade arbetssätt slutenvård	1,1 mdkr
Bästa scenario kollektivtrafik	2,0 mdkr
Skattehöjning	6,0 mdkr
Summa	12,7 mdkr

Tabell 2: Sammanfattning av ekonomisk effekt av insatser som simuleras, förutsättningar beskrivna i text.

Med dessa sex exempel illustreras omfattningen på de åtgärder som behövs för en långsiktig ekonomisk balans. Som framgår rör det sig om förhållandevis omfattande, men inte helt orimliga, insatser som kan bli nödvändiga (även om våra ändrade antaganden om räntan inte bör betraktas som en insats från VGR:s sida). Samtidigt finns det åtskilliga alternativ som inte blir belysta i simuleringarna vilket främst beror på att vi inte har sett underlag som visar omfattningen eller vilken potential som finns för att påverka kostnadsutvecklingen. Effekter av digitalisering är ett sådant exempel. Begränsningen av det offentliga åtagande i form av hårdare prioriteringar är naturligtvis ett område som påverkar kostnader men som också historiskt visat sig vara svårt att genomföra.

På intäktssidan är det endast höjd skattesats som beräknas samtidigt som det utrymmet är begränsat och kanske är mer angeläget hos primärkommunerna. Ett ytterligare kriterium för val av åtgärder att simulera är att det bör vara åtgärder som VGR själva äger och kan styra över. Det har inneburit att vi inte räknat på vad ökade statsbidrag eller vidgade skattebaser skulle innebära (eller hur mycket som skulle behövas). Statens finanser är goda och står för en övervägande del av det offentliga sparandet. Ansvaret för att bedriva och finansiera de stora välfärdsuppdragen åligger emellertid kommunerna, som står inför stora ekonomiska utmaningar och med begränsade möjligheter att påverka intäkterna. Situationen med ekonomiskt pressade landsting och kommuner och samtidigt goda statliga finanser kan komma att bestå och kan resultera i en gradvis ökning av statsbidrag till kommuner och landsting. En sådan utveckling kan vara nödvändig men kommer också att innebära ett allt större beroende av staten och på sikt förändra det kommunala självstyret. Därför behöver frågan lyftas om finansiering av landstingens och kommunernas finansiering där bland annat ändrade skattebaser kan behöva diskuteras.

EKONOMIN FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDER OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSTYRELSE

Basscenario och kostnadsutveckling alternativscenario som beskrivits ovan utgår från regionens olika verksamhetsgrenar. Intäkts- och kostnadsutvecklingen är även intressant ur ett geografiskt perspektiv. Huvudsyftet med modellen som beskrivs i detta avsnitt är att beräkna ett ekonomiskt resultat för de fem hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN) och hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS). Vad som beskrivs nedan är en uppdatering av det arbete som genomfördes och presenterades som informationsärende för hälso- och sjukvårdsnämnderna på nämndmöten under våren 2016. Metoden är densamma, men resultatet har uppdaterats med ny grunddata. Resultatet presenteras för perioden 2017–2025.

Intäkter

Intäkter för HSS och hälso- och sjukvårdsnämnderna utgörs av deras tilldelade regionbidrag. Den andel av Västra Götalandsregionens regionbidrag som går till hälso- och sjukvård (HSN inklusive HSS) utgjorde ca 80 procent 2017. Hälso- och sjukvårdsnämndernas andel av regionens totala regionbidrag är runt 60 procent (2017). I modellen antas att den andel av de totala regionbidragen som tilldelas hälso- och sjukvårdsnämnderna är konstant (60 procent) över bedömningsperioden.

För prognos av de totala regionbidragen används samma årliga utvecklingstakt i prognosen av skatteintäkterna och bidrag från utjämningsystemet som används i basscenarioet. Regionbidraget till hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2016 skrivs upp med den förväntade årliga utvecklingen av skatteintäkterna. För hälso- och sjukvårdsnämnderna skrivs det totala regionbidraget som 2017 gick till nämnderna upp med prognosen över intäkter från skatter och bidrag. För varje år i modellen fördelas sedan de totala regionbidragen som går till hälso- och sjukvårdsnämnderna genom regionens resursfördelningsmodell.

Resursfördelningsmodellen fördelar regionbidrag till största del utifrån ”vårdtyngd” (97 procent av bidraget). Vidare finns omfördelning utifrån ”socioekonomiska variabler” (1,5 procent av bidraget) samt ”glesbygdstillägg” (1,5 procent av bidraget).

VGR har kostnadsdata för invånare uppdelat på kön och ålder uppdelade i ettårsklasser (0-100+). Detta medför 202 olika ålders-/könsklasser. Varje klass har en relativ kostnad av samtliga vårdkostnader under ett år, vilket benämns ”vikt” i resursfördelningsmodellen. För att komma fram till vårdtyngd för nämnden multipliceras vikten med respektive nämnds befolkningsprognos.

För att reflektera framtida utveckling av vårdbehov används i modellen en bedömning över kostnadsutvecklingen för respektive ålder och kön för verksamheterna specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård, primärvård (inkl. vårdvalsverksamhet) och läkemedelskostnader (öppenvård). För dessa kostnadsslag har regionen via uppföljningssystem tillgång till data på kostnader per invånare under perioden 2010-2015. Dessa data används för att göra en framskrivning av trenden i kostnad per invånare för respektive ålder. Dessa kostnader används för att beräkna den relativa vikten av kostnaderna för respektive ålder och kön under varje år under bedömningsperioden. För historik och prognos av regionbidrag till de fem hälso- och sjukvårdsnämnderna, se Bilaga 1 – Regionbidrag till hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Kostnader

Årlig kostnadsutveckling för de fem hälso- och sjukvårdsnämnderna beräknas utifrån utveckling av nettokostnader som beräknas i basscenarioet, beskrivet ovan.

I basscenariot har arbetet till största delen utgått från den prognosmodell som tagits fram av SKL och vidareutvecklats av VGR. Denna modell utgår från kostnaderna enligt senaste räkenskapssammandrag (RS), i detta fall 2015. Räkenskapssammandrag bildar kärnan i beräkningarna tillsammans med befolkningsprognos och relativa kostnadsvikter samt prognoser över löner och priser. För bedömning av nämndernas kostnadsutveckling har befolkningsprognos per kön och ettårsklasser t.o.m. 2025 för respektive hälso- och sjukvårdsnämnd använts.

Den årliga utvecklingstakten för kostnaderna (utifrån regionbidrag) har beräknats genom utvecklingen av verksamheternas nettokostnader (primärvård, specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård, tandvård, övrig hälso- och sjukvård, läkemedel i öppenvård) i modellen som använts för basscenariot för koncernen. Då respektive nämnds befolkningsprognos används erhålls utvecklingstakter som bygger på befolkningsunderlaget och befolkningens sammansättning i olika delar av regionen.

Genom detta beräknas både nämndens kostnader och intäkter utifrån dess regionbidrag. Det som skiljer dem åt är att intäkterna för nämnderna fördelas genom resursfördelningsmodellen samt bedömningen av intäkts- och kostnadsutvecklingen som beräknas utifrån olika antaganden.

Inom hälso- och sjukvård finns en kostnad utöver vad som motiveras av demografiska förändringar, en s.k. kostnadsresidual som utgörs av nettot av effektiviseringar och nya kostnader för medicinsk-teknisk utveckling, nya riktlinjer och förändrade krav och ambitioner. I beräkning av kostnadsutveckling för nämnderna har antagande gjorts att kostnadsresidualen kommer att vara 0,6 procent årligen, vilket är den takt som VGR haft i genomsnitt under de senaste tio åren. Bedömning av intäkter, kostnader och ekonomiskt resultat presenteras genomgående i löpande priser (hänsyn taget för framtida förväntad inflation).

För HSS skrivs kostnaderna istället fram genom utgångspunkt i styrelsens kostnadsposter 2016. Kostnadsposterna har grupperats utifrån bedömning av vilka index som utgör lämplig prognos för kostnaderna. Index utgörs i huvudsak av befolkningsutvecklingen, index för tandvård, primärvård, somatik, psykiatri och läkemedel. Efter att de olika kostnadsposterna har skrivits fram summeras de för att få en årlig utvecklingstakt vilket används för att skriva fram HSS regionbidrag 2017.

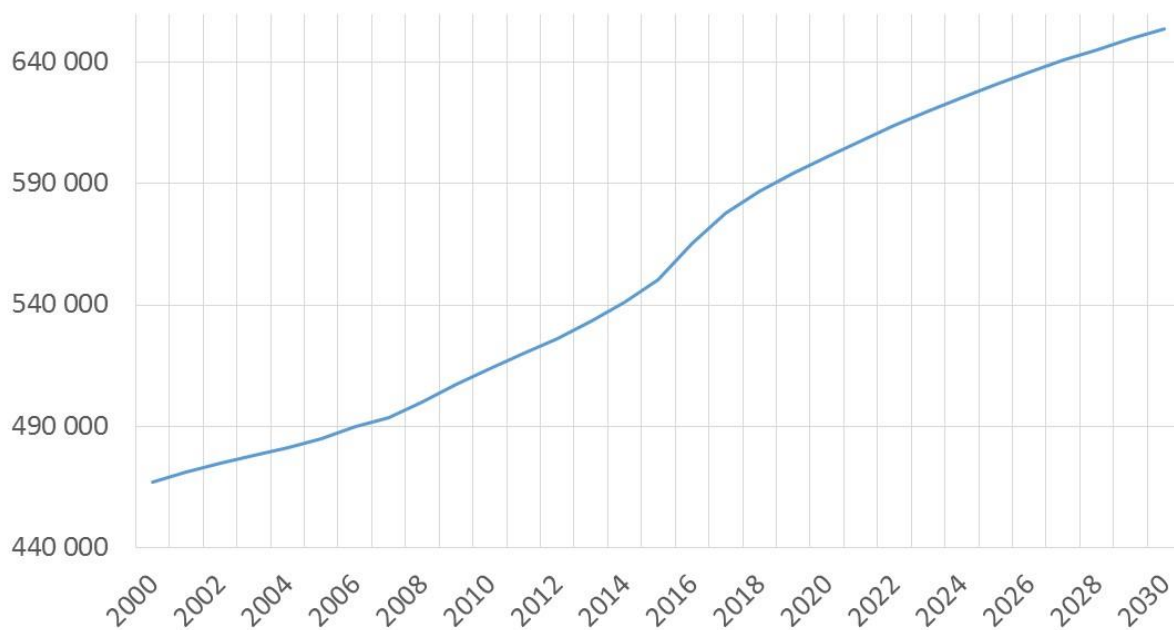
Befolkningsutveckling

Prognosen över befolkningen i respektive HSN:s geografiska ansvarsområde har hämtats från Statistikdatabasen i VGR. Antalet invånare utgör grunden för behoven av och kostnaderna för VGR:s verksamheter. Antalet invånare är samtidigt grunden för såväl skatter som andra intäkter

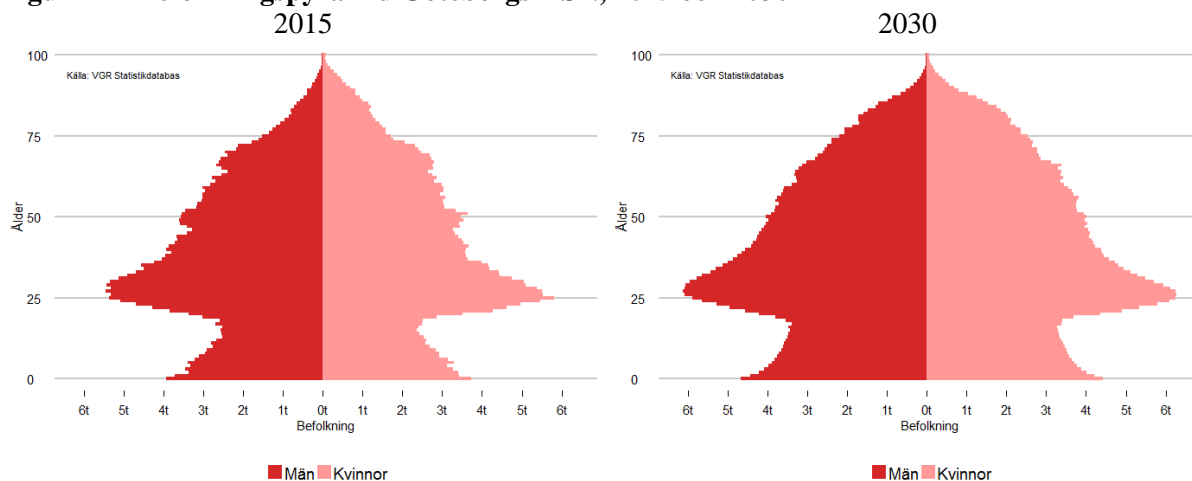
Befolkningsutveckling Göteborgs HSN

Befolkningen i Göteborgs HSN har ökat från runt 460 000 invånare vid sekelskiftet till närmare 560 000 invånare vid 2016. I dagsläget bedöms befolkningen öka i en snabbare takt än tidigare och under de närmsta åren. Vid år 2030 bedöms befolkningen inom Göteborgs HSN uppgå till närmare 660 000 invånare, en ökning med 16 procent mellan åren 2016 och 2030.

Figur 10 – Befolkningsutveckling Göteborgs HSN



Figur 11 – Befolkningspyramid Göteborgs HSN, 2015 och 2030

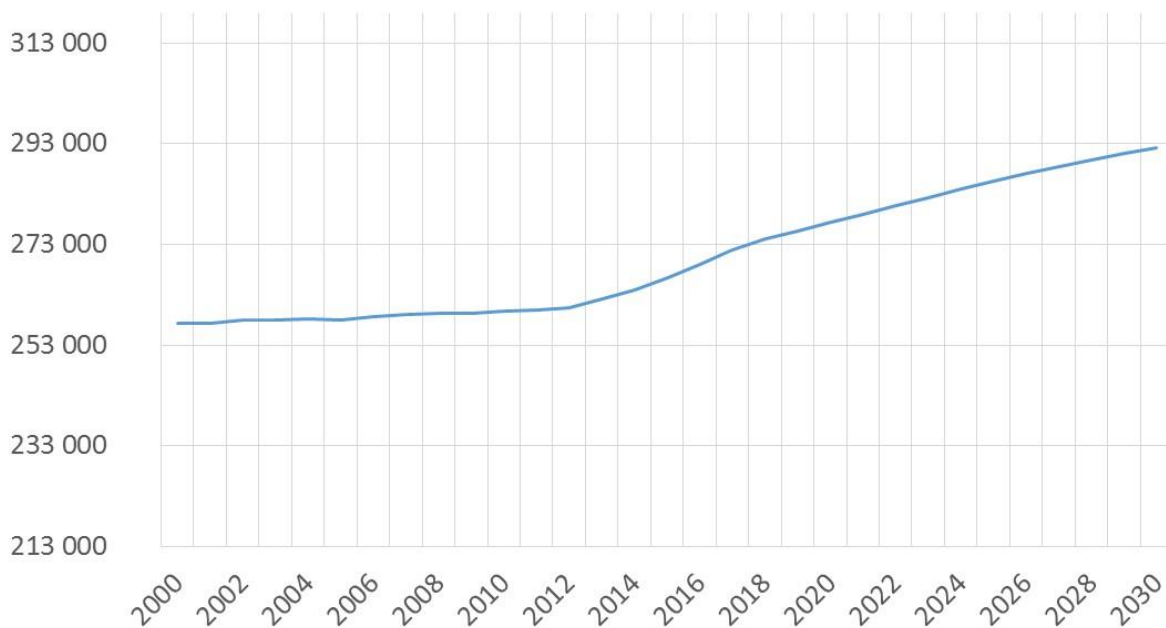


Befolkningspyramider är ett vanligt förekommande sätt att beskriva befolkningens köns- och åldersmässiga sammansättning. För Göteborgs HSN förväntas befolkningen öka i samtliga åldrar. Pyramiden förskjuts även utåt med en tonvikt på ”toppen” som representerar personer över 75 år.

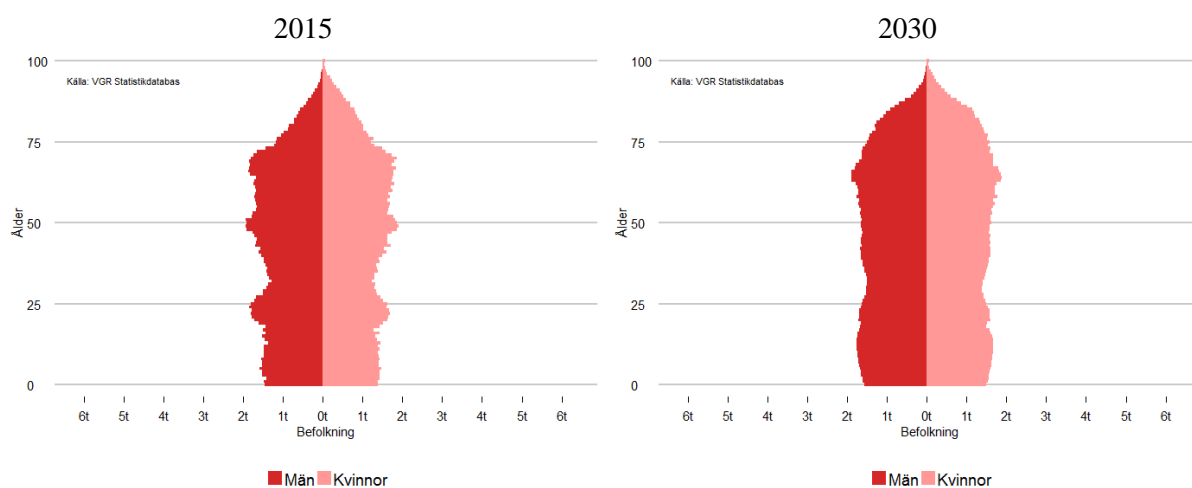
Befolkningsutveckling Norra HSN

Vid sekelskiftet bodde ungefär 260 000 invånare i nuvarande Norra HSN:s upptagningsområde. Mellan år 2000 och 2012 var befolkningen relativt konstant. Under perioden 2013–2017 bedöms befolkningen öka med omkring 1 procent årligen för att återgå till en lägre årlig utvecklingstakt för resten av perioden fram till 2030. År 2030 bedöms cirka 290 000 personer bo inom Norra HSN:s område, en ökning med 8 procent mellan åren 2016 och 2030.

Figur 12 – Befolkningsutveckling Norra HSN



Figur 13 – Befolkningspyramid Norra HSN, 2015 och 2030

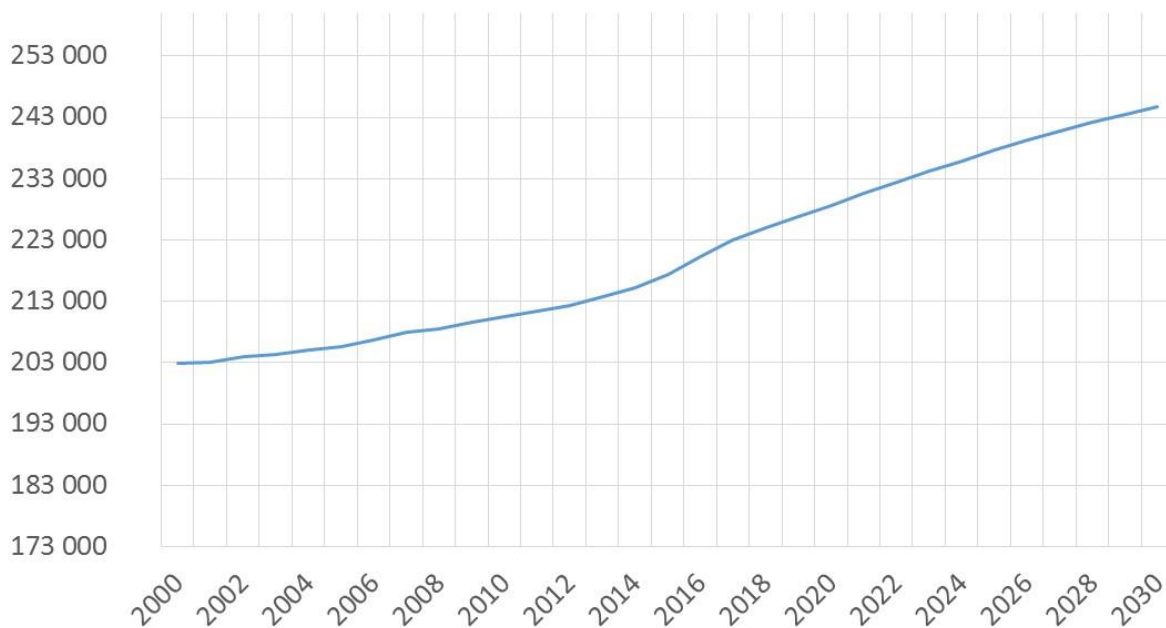


Befolkningspyramiden för Norra HSN visar över perioden en markant relativ förskjutning uppåt i åldrarna. Den del av pyramiden som representerar invånare över 75 års ålder förväntas förskjutas utåt. Andelen personer i 25-årsåldern förväntas minska fram till 2030.

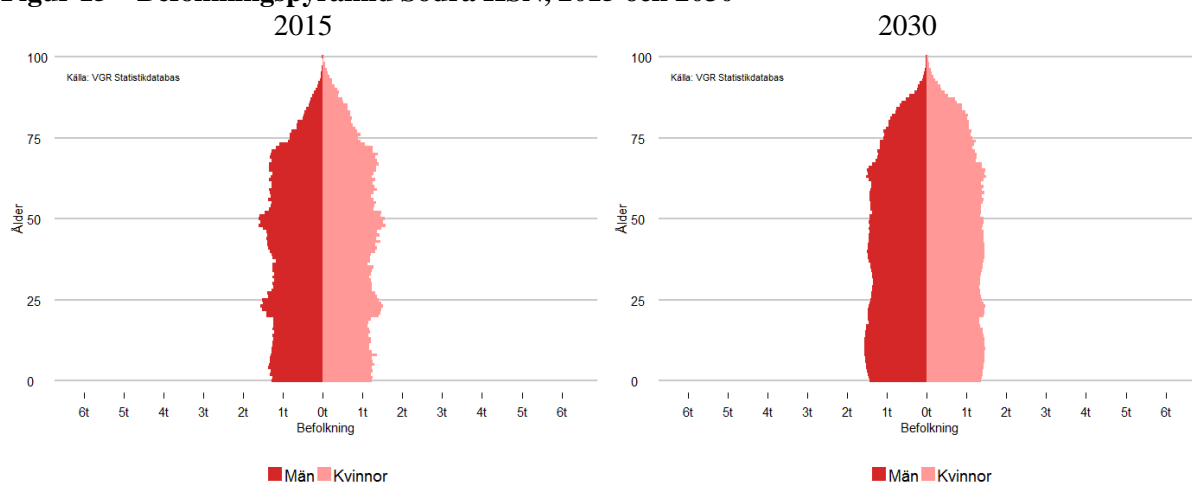
Befolkningsutveckling Södra HSN

Befolkningen i Södra HSN:s upptagningsområde bedöms under perioden 2000–2030 öka med runt 40 000 personer. Befolkningen bedöms öka under hela perioden, med en något snabbare utvecklingstakt mellan 2015 och 2018. Utvecklingstakten bedöms för resten av perioden vara runt 0,5 procent årligen. Under perioden 2016 till 2030 prognostiseras en ökning från 220 000 till 245 000 invånare, en ökning med 11 procent.

Figur 14 – Befolkningsutveckling Södra HSN



Figur 15 – Befolkningspyramid Södra HSN, 2015 och 2030

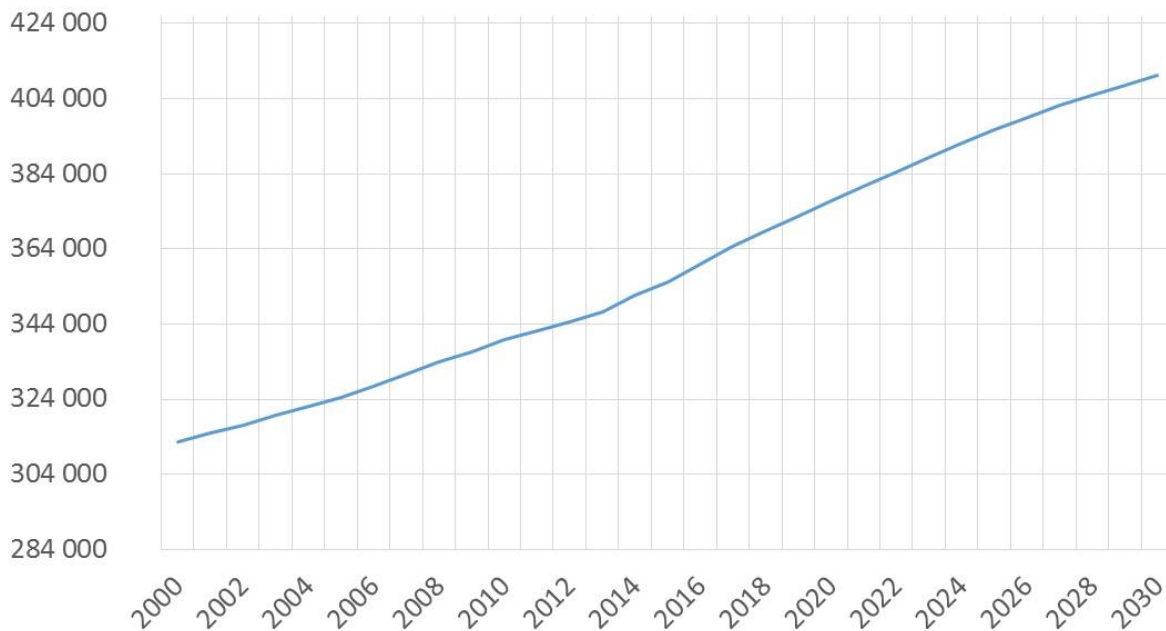


Andel personer över 75 års ålder förväntas öka under perioden. Pyramiden förväntas bli mer jämt fördelad över åldersgrupperna.

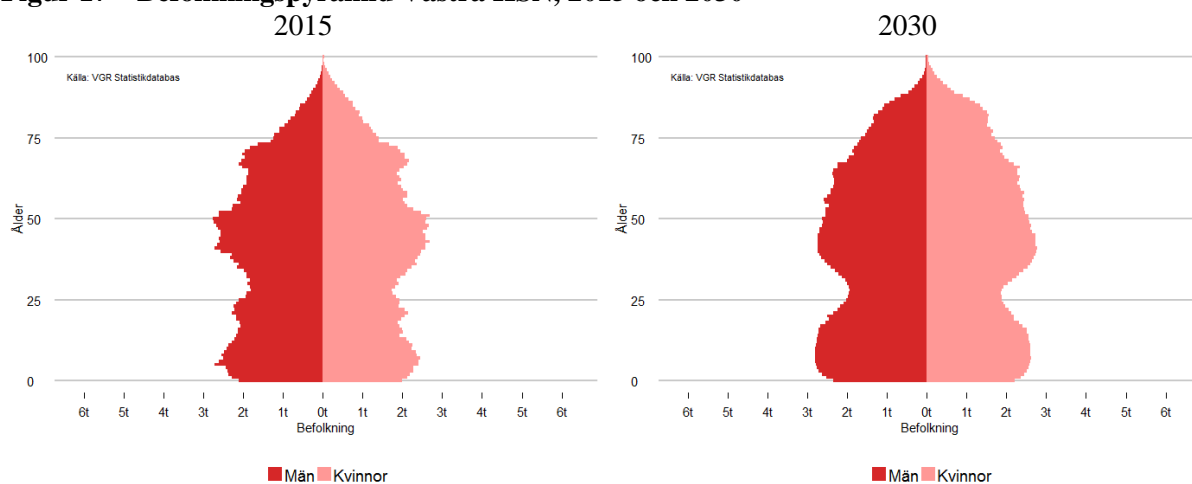
Befolkningsutveckling Västra HSN

Västra HSN har den näst största befolkningen efter Göteborgs HSN. Befolkningen i Västra HSN:s ansvarsområde bedöms öka från 310 000 till 410 000 mellan åren 2000-2030, en ökning med närmare 100 000 personer. Den årliga utvecklingstakten bedöms bli jämn runt 1 procent per år. Under perioden 2016–2030 prognostiseras en ökning från 360 000 till 410 000 invånare, en ökning med 14 procent.

Figur 16 – Befolkningsutveckling Västra HSN



Figur 17 – Befolkningspyramid Västra HSN, 2015 och 2030

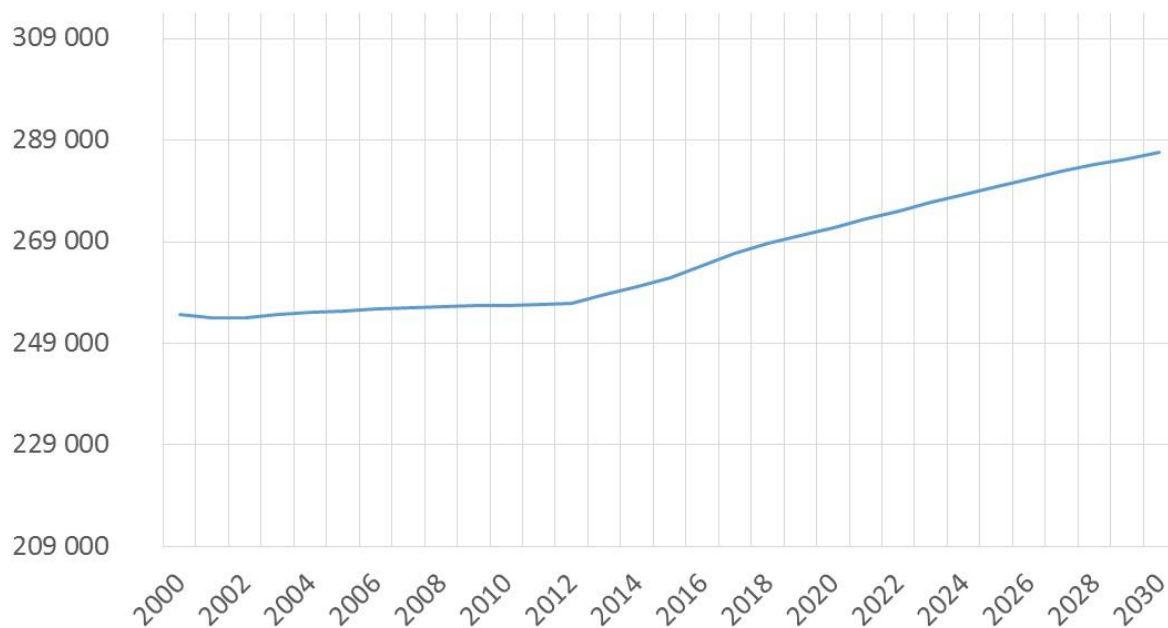


Befolkningspyramiden för Västra HSN förskjuts ”utåt” i samtliga åldrar. Även här förväntas andelen personer över 75 år bli större. I figuren går att notera ett förväntat större relativt underskott av personer i åldrarna runt 25 år. Detta kan bero på Västra HSN:s närhet till Göteborgsregionen med högre utbildning.

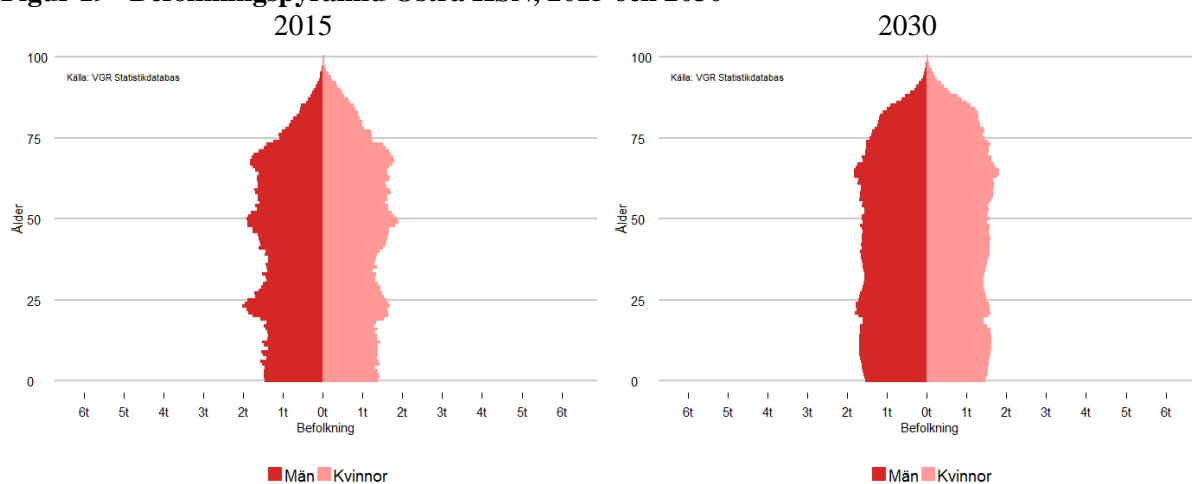
Befolkningsutveckling Östra HSN

Likt befolkningsutvecklingen i Södra HSN har befolkningen i Östra HSN:s upptagningsområde varit konstant runt 255 000 invånare mellan år 2000 och 2012. Befolkningen är för närvarande inne i en högre utvecklingstakt runt 0,6 procent per år. Under perioden 2016–2030 prognostiseras en ökning från 265 000 till 285 000 invånare, en ökning med 8 procent.

Figur 18 – Befolkningsutveckling Östra HSN



Figur 19– Befolkningspyramid Östra HSN, 2015 och 2030



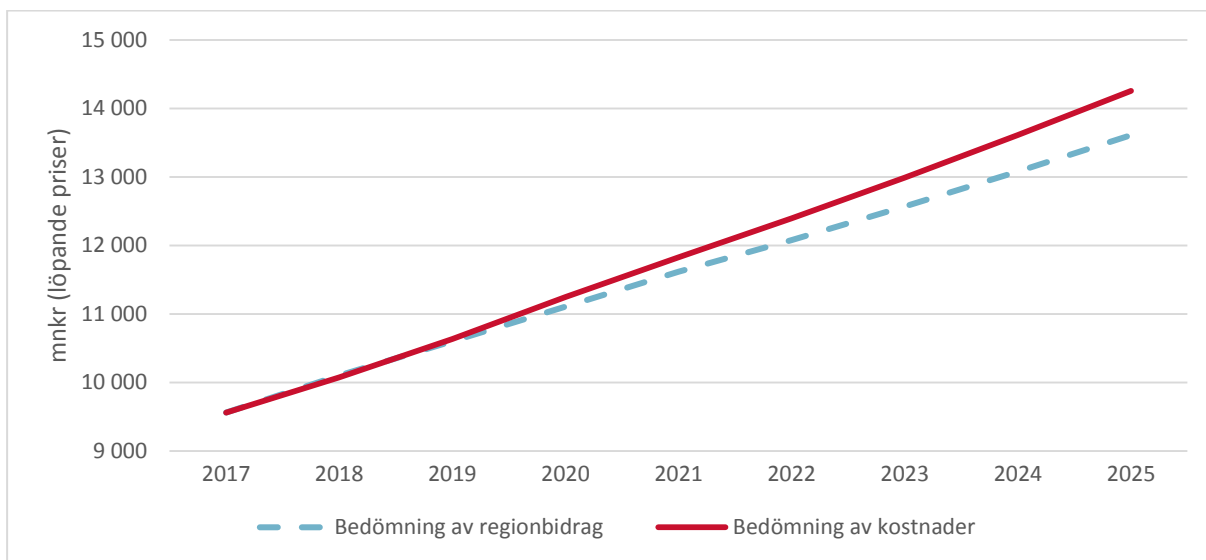
Även för Östra HSN förväntas befolkningen bli mer jämnt fördelad över samtliga åldrar. Andelen av befolkningen som är över 75 år förväntas även öka.

Utveckling av intäkter och kostnader

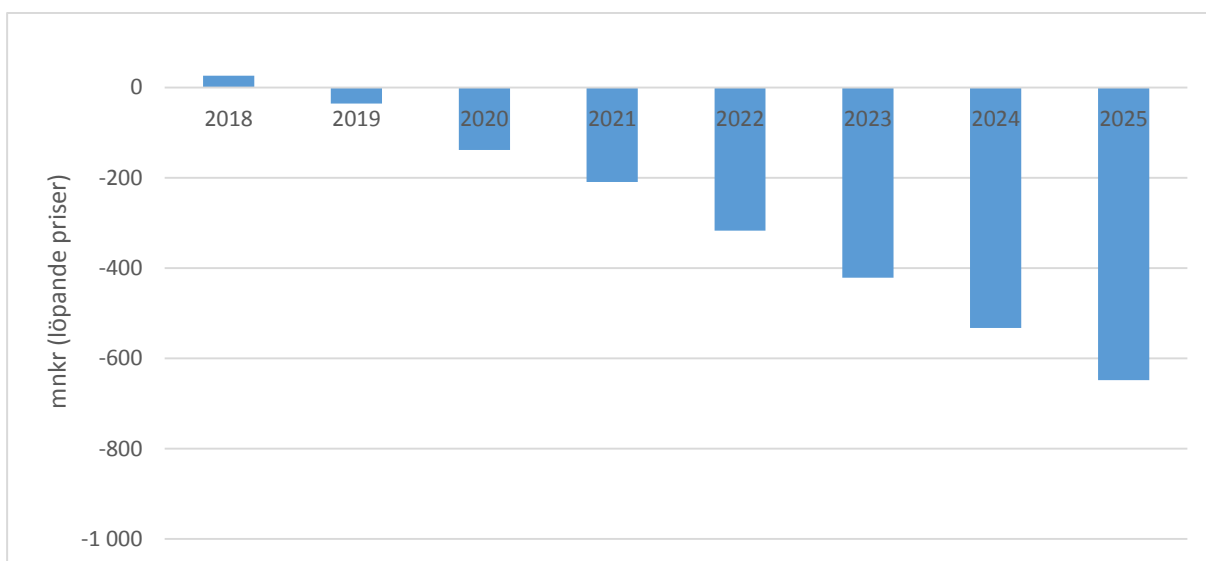
I detta avsnitt redovisas bedömningen av hälso- och sjukvårdsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader och intäkter t.o.m. år 2025. I stora drag kommer resultatutvecklingen att följa koncernens. Resursfördelningens utformning, som i stort följer den demografiska utvecklingen, bidrar till att mönstret i nämndernas resultat följs åt. Ett observandum är dock att resultatutvecklingen för Göteborgs HSN inte verkar bli lika problematisk som för övriga HSN, vilket behöver följas upp och analyseras närmare. Analysen försvåras av att ansvaret mellan HSS och HSN förändras under åren. Inte desto mindre borde bedömningen på längre sikt av såväl intäkter som kostnader kunna underlätta styrelsens och nämndernas ekonomiska planering för de kommande åren.

Ekonomisk utveckling Göteborgs HSN

Figur 20 - Intäkter och kostnader Göteborgs HSN

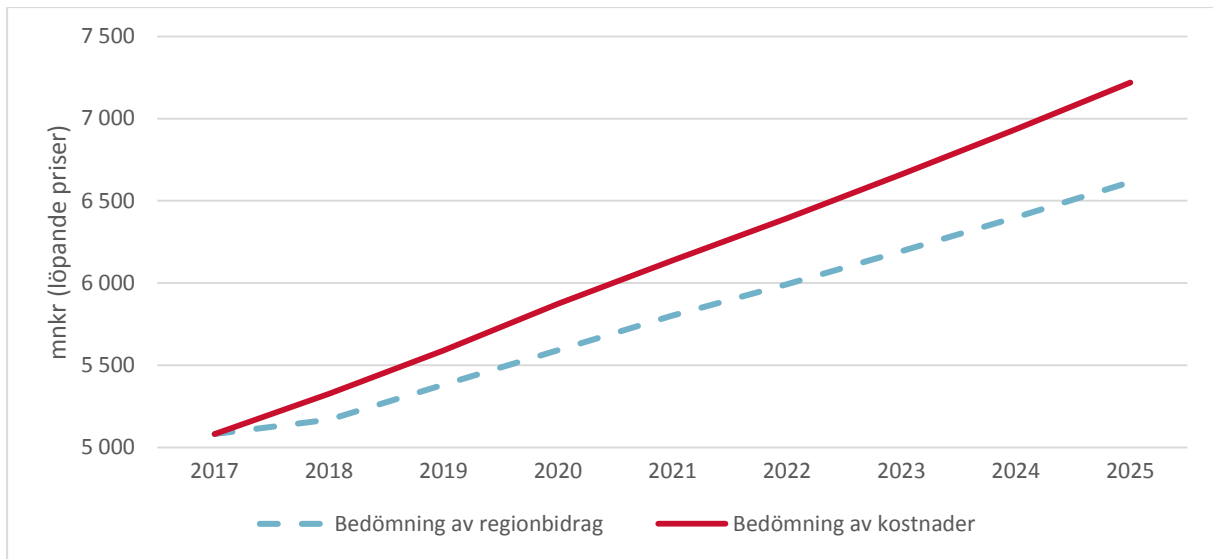


Figur 21 - Ekonomiskt resultat Göteborgs HSN

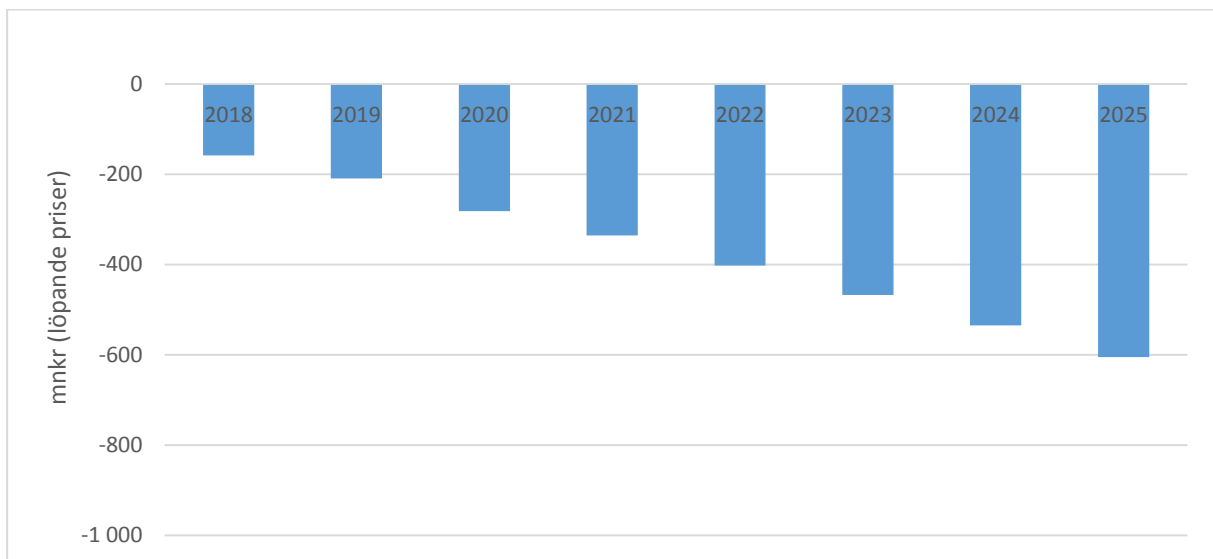


Ekonomisk utveckling Norra HSN

Figur 1 - Intäkter och kostnader Norra HSN

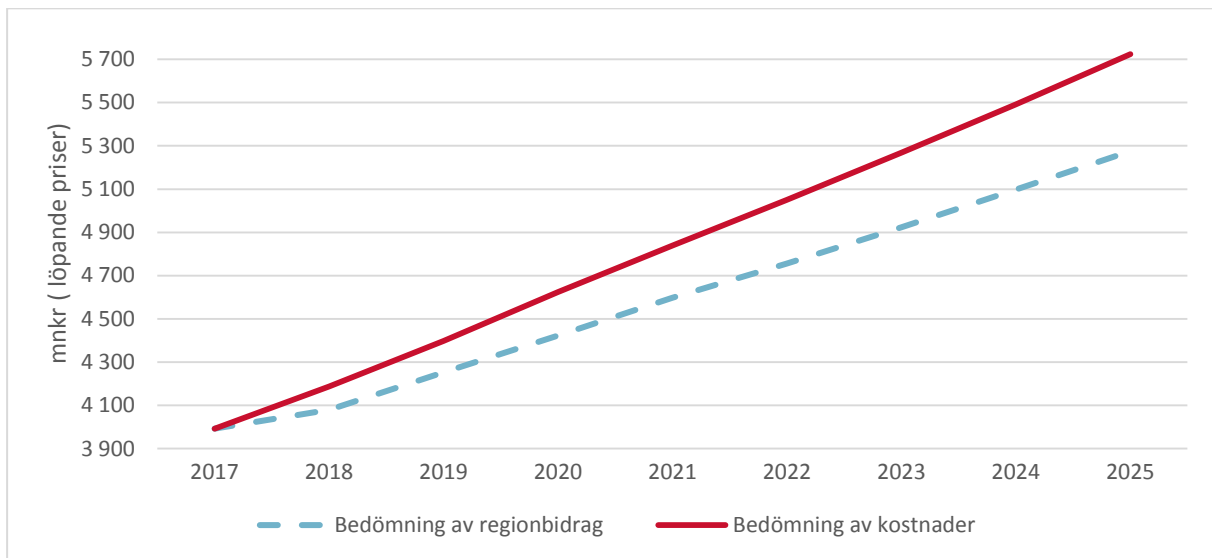


Figur 23 - Ekonomiskt resultat Norra HSN

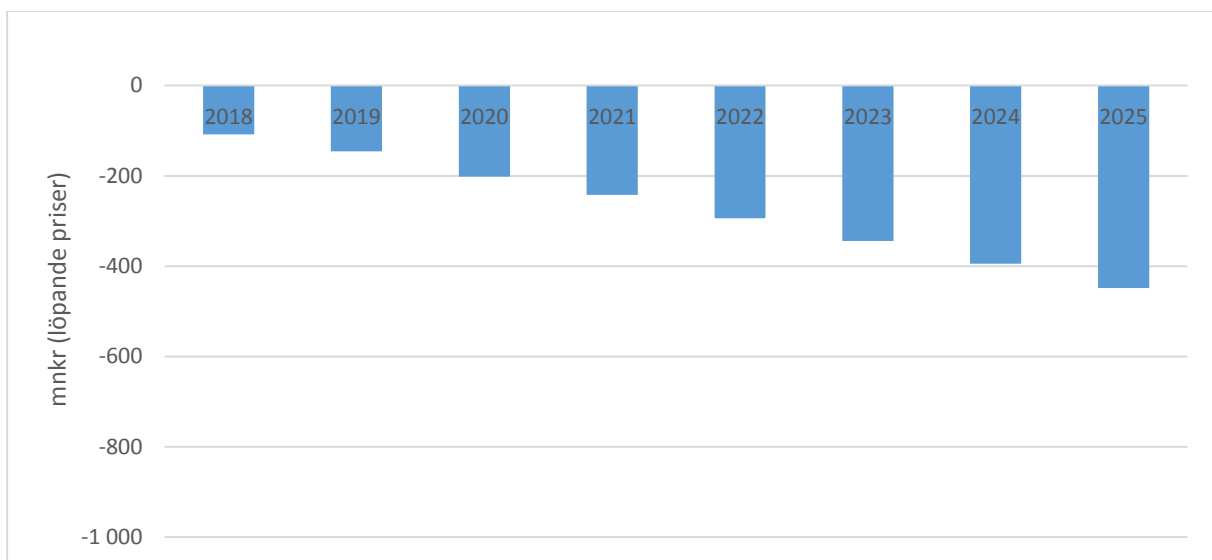


Ekonomisk utveckling Södra HSN

Figur 24 - Intäkter och kostnader Södra HSN

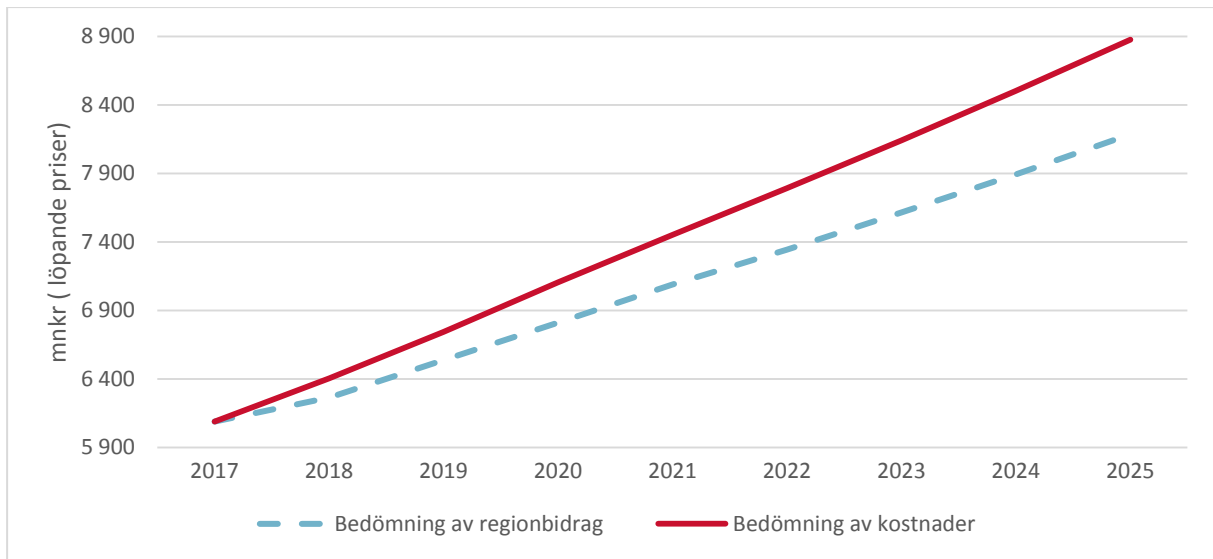


Figur 25 - Ekonomiskt resultat Södra HSN

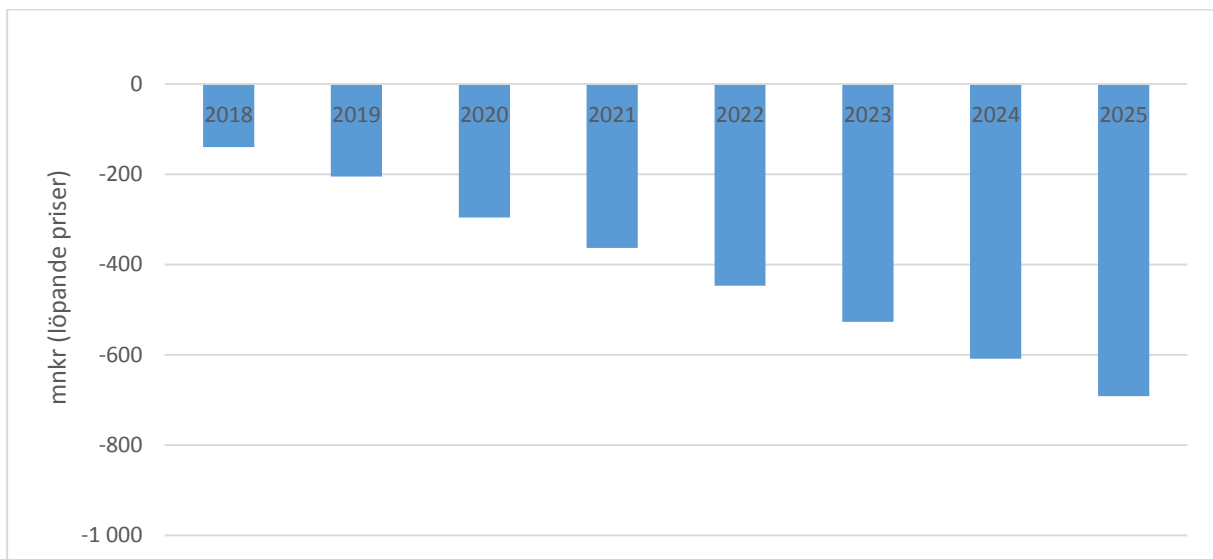


Ekonomisk utveckling Västra HSN

Figur 26 - Intäkter och kostnader Västra HSN

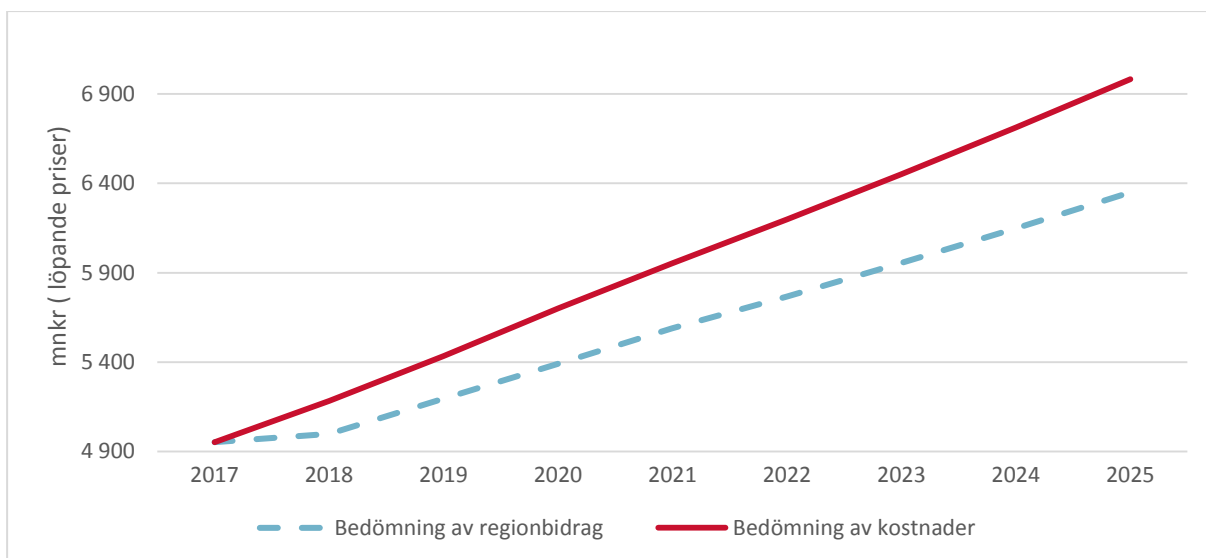


Figur 27 - Ekonomiskt resultat Västra HSN

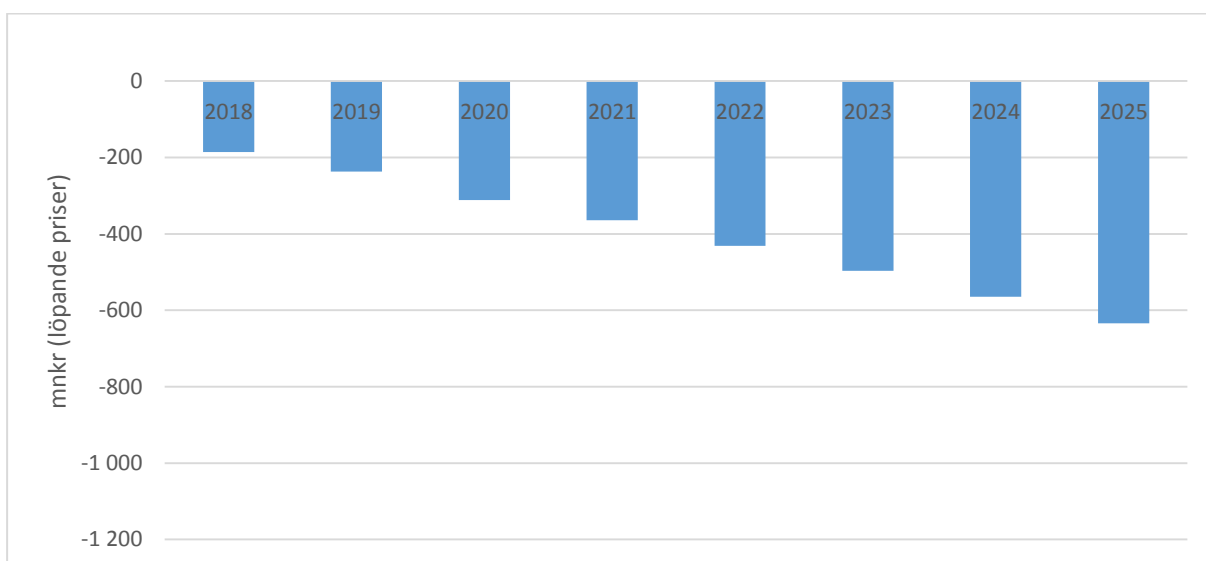


Ekonomisk utveckling Östra HSN

Figur 28 - Intäkter och kostnader Östra HSN

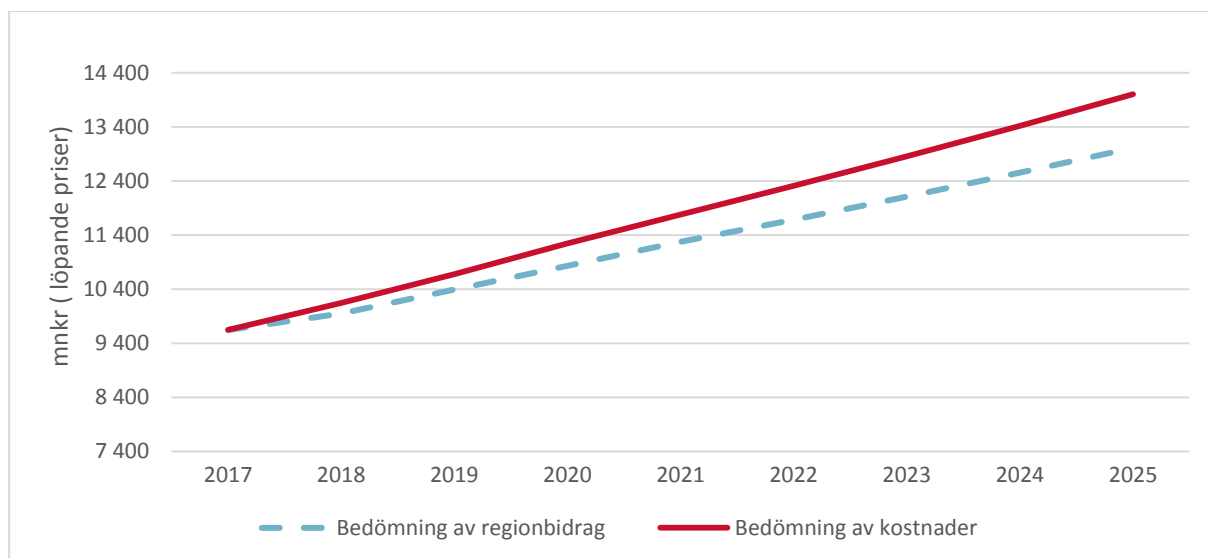


Figur 29 - Ekonomiskt resultat Östra HSN

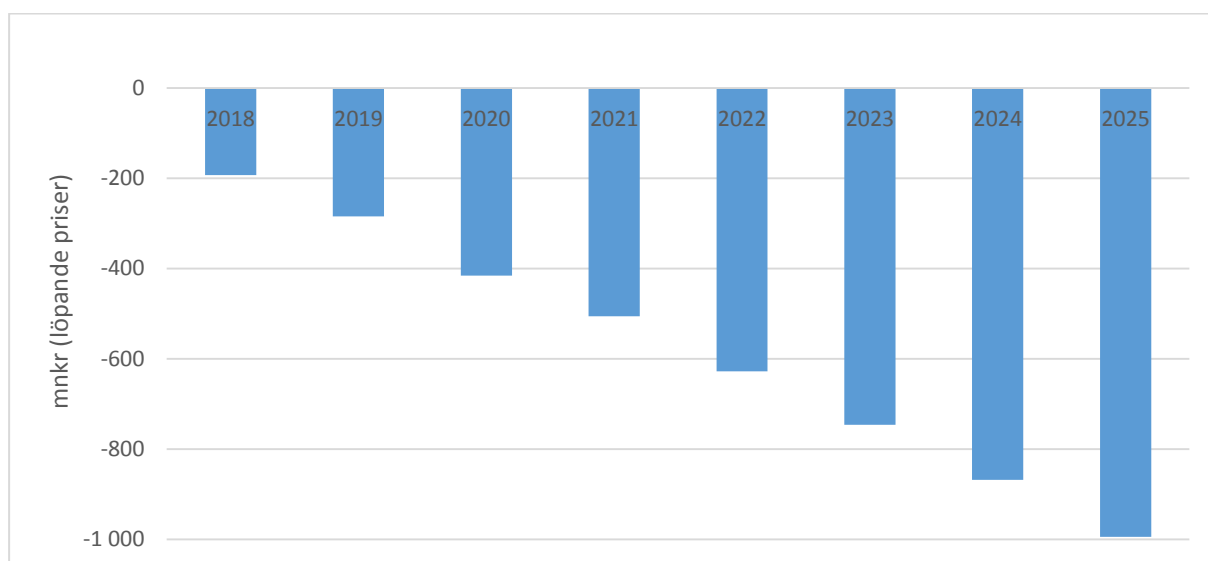


Ekonomisk utveckling HSS

Figur 30 - Intäkter och kostnader HSS



Figur 31 - Ekonomiskt resultat HSS



Jämförelse av nyckeltal – HSN

Regionbidrag (mnmkr)	2017	2018	2019	2021	2023	2025	CAGR 2017-2025
Göteborgs HSN	9 560	10 101	10 599	11 614	12 569	13 608	4,51 %
Norra HSN	5 082	5 169	5 381	5 802	6 193	6 614	3,35 %
Södra HSN	3 993	4 079	4 253	4 597	4 923	5 275	3,54 %
Västra HSN	6 089	6 264	6 539	7 089	7 614	8 185	3,77 %
Östra HSN	4 952	4 997	5 196	5 589	5 955	6 349	3,16 %
HSS	9 646	9 950	10 391	11 276	12 109	13 013	3,81 %

Kostnader (mnkr)	2017	2018	2019	2021	2023	2025	CAGR 2017- 2025
Göteborgs HSN	9 560	10 075	10 635	11 823	12 990	14 256	5,12 %
Norra HSN	5 082	5 327	5 590	6 138	6 660	7 219	4,49 %
Södra HSN	3 993	4 188	4 398	4 839	5 267	5 724	4,60 %
Västra HSN	6 089	6 404	6 744	7 452	8 141	8 877	4,83 %
Östra HSN	4 952	5 183	5 433	5 953	6 451	6 984	4,39 %
HSS	9 646	10 143	10 675	11 782	12 855	14 007	4,77 %

Resultat (mnkr)	2017	2018	2019	2021	2023	2025
Göteborgs HSN	-	26	-36	-210	-422	-648
Norra HSN	-	-158	-209	-336	-467	-605
Södra HSN	-	-108	-146	-242	-344	-449
Västra HSN	-	-140	-205	-363	-527	-692
Östra HSN	-	-185	-237	-364	-497	-634
HSS	-	-193	-284	-505	-746	-994

Kostnad per capita (kr)	2017	2018	2019	2021	2023	2025	CAGR 2017- 2025
Göteborgs HSN	16 869	17 425	18 075	19 447	20 826	22 310	3,56 %
Norra HSN	18 678	19 324	20 068	21 632	23 182	24 842	3,63 %
Södra HSN	17 951	18 572	19 284	20 784	22 268	23 849	3,62 %
Västra HSN	16 690	17 286	17 968	19 386	20 777	22 253	3,66 %
Östra HSN	18 596	19 252	20 002	21 569	23 121	24 777	3,65 %

Regionbidrag per capita (kr)	2017	2018	2019	2021	2023	2025	CAGR 2017- 2025
Göteborgs HSN	16 869	17 470	18 014	19 102	20 150	21 296	2,96 %
Norra HSN	18 678	18 749	19 318	20 449	21 555	22 761	2,50 %
Södra HSN	17 951	18 092	18 645	19 745	20 814	21 979	2,56 %
Västra HSN	16 690	16 908	17 422	18 441	19 431	20 520	2,62 %
Östra HSN	18 596	18 563	19 129	20 250	21 340	22 527	2,43 %

Resultat per capita (kr)	2017	2018	2019	2021	2023	2025
Göteborgs HSN	-	45	-60	-345	-676	-1 014
Norra HSN	-	-575	-750	-1 183	-1 626	-2 081
Södra HSN	-	-480	-639	-1 039	-1 454	-1 870
Västra HSN	-	-378	-546	-945	-1 345	-1 734
Östra HSN	-	-689	-874	-1 319	-1 781	-2 250

DISKUSSION OCH KOMMENTARER

Prognoser och framtidsbedömningar är osäkra. Men oavsett varianter av beräkningar av antaganden och scenarier pekar det mesta på att Västra Götalandsregionens kommande år kommer att bli ekonomiskt bistra. Det gör det nödvändigt för VGR att med åtgärder utöver dagens säkerställa en ekonomiskt hållbar utveckling.

I rapporten beskrivs faktorer som driver kostnader. Det finns naturligtvis även en rad insatser som motverkar kostnadsökningar. Det handlar om hur vården organiseras, förbättring av invånarnas hälsa, nya arbetssätt och metoder (t.ex. e-hälsa), minskade kvalitetsbristkostnader och kloka beslut om kollektivtrafik. Inom hälso- och sjukvård behöver arbetet med förebyggande, både primära och sekundära, insatser fortsätta och stärkas, såväl för hälsovinsternas skull som för att minska behoven av vård. Det är en självklar del av VGR:s uppdrag och tillsammans med vårdgrannar finns stor kunskap och många exempel på insatser som förbättrar hälsan och minskar behoven av vård, inte minst gäller det hjärta-/kärlsjukdomar. Fullmäktige har beslutat om program för omställning av vården med tre fokusområden; den nära vården, digitalisering och koncentration av vård. Omställningsarbetet innebär möjligheter att genomföra de förändringar som blir nödvändiga för att ha såväl verksamhet som ekonomi i långsiktig balans. Utveckling av arbetssätt och organisering sker på de flesta arbetsplatser i VGR och dessa insatser behöver följas upp, utvärderas och goda erfarenheter spridas. Och även tas emot av andra arbetsplatser, vilket vi i VGR behöver bli bättre på. Erfarenheterna från ”Framtidens vårdavdelning” vid SU är exempel på hur arbetet kan utvecklas med förbättrad kvalitet, nöjdare patienter, nöjdare personal och dessutom med bättre produktivitet. Med generella och riktade insatser kan vårdskadorna minskas och därmed undviks lidande för patienter samtidigt som andra patienter kan beredas plats.

Andra områden som påverkar kostnader är politiska prioriteringar och förskjutningar av vissa investeringar. I rapporten visas simulering av olika utfall av ett urval åtgärder och hur VGR-koncernens ekonomiska resultat påverkas. Åtgärderna finns på såväl kostnads- som intäktsidan. Tanken med att göra simuleringar är att åskådliggöra omfattningen på de insatser som är nödvändiga för en ekonomi i balans men också visa på de möjligheter som finns att genomföra åtgärder som bidrar till hållbar ekonomi och samtidigt klara åtagandet gentemot invånarna. De fem kostnadsdämpande åtgärder som simuleras klarar av ungefär halva ekonomiska problembilden. Med tre skattehöjningar à 25 öre fram till 2032 förstärks intäkterna så pass att kostnader och intäkter i stort sett är i balans över tid.

Ansvar för att bedriva och finansiera de stora välfärdsuppdragen vilar på landsting och kommuner, som står inför stora ekonomiska utmaningar och med begränsade möjligheter att påverka intäkterna. Situationen med ekonomiskt pressade landsting och kommuner och samtidigt goda statliga finanser kan komma att bestå och kan resultera i en gradvis ökning av statsbidrag till kommuner och landsting. En sådan utveckling kan vara nödvändig men kommer också att innebära ett allt större beroende av staten och på sikt förändra det kommunala självstyret. Därför behöver frågan lyftas om finansiering av landstingens och kommunernas finansiering där bland annat ändrade skattebaser kan behöva diskuteras

Denna rapport syftar till att åskådliggöra hur den ekonomiska utvecklingen, demografiska förändringar, kollektivtrafik, investeringsbehov och medicinsk utveckling påverkar Västra Götalandsregionens ekonomi de kommande femton åren. Beräkningar har gjorts för perioden 2017-2031 för ett basscenario och ett alternativt scenario. Vid jämförelse ger de två scenarierna ungefär samma utveckling. I basscenarioet finns tre beräkningar för en av de mer kritiska faktorerna, en kostnad som bl.a. inhyser effekter av medicinsk utveckling och politiska reformer, vilket påverkar resultatutvecklingen.

Basscenariot är gjort med hjälp av en modell framtagen av SKL, och är förhållandevis stabilt. Antagandena utgår, enkelt uttryckt, ifrån att det vårdbehovet i olika åldrar är oförändrat över tid. Det är ett osäkert antagande eftersom konsekvenser av, och framför allt orsaken till, den ökade medellivslängden kan vara en förskjutning av den ålder då sjukligheten och vårdbehoven ökar. Alternativt kan ökad medellivslängd innebära ett längre liv med fler sjuka år eller en komprimerad sjuklighet med färre år med ohälsa (vilket skulle medföra att behoven minskar trots äldre befolkning.). Frågan är alltså om vi får fler friska eller fler sjuka år till livet. Vi vet inte riktigt hur det förhåller sig och litteraturen är inte entydig. Antagligen ligger sanningen någonstans mitt emellan och det finns därmed risk för en viss överskattning av vårdbehoven med basscenariot.

I det alternativa scenariot för hälso- och sjukvård är kostnadstakten något lägre. Det kan i viss mån bero på en effekt av uppskjuten sjuklighet men det är mycket osäkert, bl.a. på grund av den korta observationstiden, sex år. Fördelen med alternativscenariot är att det på sikt kan hantera dels förskjuten sjuklighet men också en annan aspekt som har stor betydelse för sjukvårdskostnader, kostnaderna i det sista levnadsåret.

Att göra bedömningar av kostnaderna inom övriga områden, kultur, miljö och kollektivtrafik och regional utveckling är metodmässigt mindre komplicerat. Det beror på att dessa områden i högre grad är målstyrda och med kostnadsberäkningar som grund för att uppnå målen. Inte minst finns det inom kollektivtrafiken kalkyler som visar kostnaderna för VGR:s trafikförsörjningsprogram. Inom hälso- och sjukvård är det inte så vanligt med den typen av beräkningar och det borde kunna utvecklas mer. Verksamheterna är heller inte lika direkt utsatta för ett demografiskt tryck som hälso- och sjukvård.

Samtidigt som det ekonomiska trycket blir stort kommer VGR att behöva utöka verksamheten för att klara åtagandet gentemot invånarna, som blir allt fler. Såväl kostnader som intäkter ökar stadigt och beräkningarna i rapporten utgår från en självklarhet, att VGR och de organisationer som levererar till oss lyckas rekrytera den personal som behövs. Lyckas inte det står VGR inför större problem än de rent ekonomiska. Rapporter på nationell nivå pekar på att nuvarande utbildningskapacitet av hälso- och sjukvårdspersonal inte är tillräcklig. Hur VGR kan rekrytera och utveckla personal hör till en av de viktigaste områdena framöver. Lyckas inte det kommer VGR säkert att klara ekonomin men det blir å andra sidan stora svårigheter att klara uppdraget gentemot invånarna.

Det geografiska perspektivet blir belyst genom långsiktig analys av hälso- och sjukvårdsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndernas kostnader och intäkter. I stora drag följer resultatutvecklingen naturligtvis koncernens. Resursfördelningens utformning, som i stort följer den demografiska utvecklingen, bidrar till att mönstret i nämndernas resultat följs åt. Ett observandum är dock att resultatutvecklingen för Göteborgs HSN inte verkar bli lika problematisk som för övriga HSN, vilket behöver följas upp och analyseras närmare. Analysen försvåras av att ansvaret mellan HSS och HSN förändras under åren. Inte desto mindre borde bedömningen på längre sikt av såväl intäkter som kostnader kunna underlätta styrelsens och nämndernas ekonomiska planering för de kommande åren.

Under 2015 och 2016 ökade flyktinginvandringen till Sverige kraftigt. En av frågorna det medförde var farhågor att det skulle bli kostsamt för landstingen att tillhandahålla hälso- och sjukvård till dessa människor och det antogs att kostnaden per person var hög. I SKL:s ekonomirapport oktober 2016 analyseras flyktinginvandringens inverkan på landstingens ekonomi och kompletterar därmed debatten med fakta. Analysen, som baseras på kostnadsdata från VGR och uppgifter hos SCB, visade att nyanlända med flyktingbakgrund har något större vårdbehov än befolkningen i övrigt men att det endast har marginell påverkan på landstingens ekonomi.

BILAGA 1 – REGIONBIDRAG TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDERNA 2004-2014

Dagens nämndindelning tillkom 2015. För att få historik över utvecklingen av regionbidrag enligt nuvarande indelning har en nyckel över befolkningen i de kommuner som ingick i indelningen 12 hälso- och sjukvårdsnämnder och nuvarande 5. Med denna nyckel har regionbidrag för de 12 hälso- och sjukvårdsnämnderna (innan 2014) översatts till nuvarande indelning.

Regionbidrag mnkr (löpande priser)	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	CAGR 2004 – 2014
HSN Göteborg	6 738	7 010	7 968	8 307	8 795	8 984	9 016	9 143	9 324	9 552	9 886	3,91 %
HSN Östra	3 934	4 118	4 464	4 627	4 883	5 021	5 051	5 120	5 183	5 271	5 374	3,17 %
HSN Norra	3 751	3 924	4 259	4 408	4 639	4 733	4 760	4 840	4 906	4 985	5 072	3,07 %
HSN Västra	4 676	4 872	5 443	5 669	6 014	6 226	6 280	6 400	6 515	6 671	6 871	3,92 %
HSN Södra	3 107	3 239	3 521	3 639	3 822	3 917	3 955	4 030	4 088	4 151	4 230	3,13 %

Regionbidrag mnkr (löpande priser)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	CAGR 2015 – 2025
HSN Göteborg	8 831	8 994	9 560	10 101	10 599	11 105	11 614	12 078	12 569	13 077	13 608	4,42 %
HSN Östra	4 923	4 938	5 082	5 169	5 381	5 591	5 802	5 992	6 193	6 400	6 614	3,00 %
HSN Norra	3 784	3 826	3 993	4 079	4 253	4 423	4 597	4 756	4 923	5 098	5 275	3,38 %
HSN Västra	5 665	5 739	6 089	6 264	6 539	6 810	7 089	7 344	7 614	7 893	8 185	3,75 %
HSN Södra	4 737	4 753	4 952	4 997	5 196	5 390	5 589	5 766	5 955	6 148	6 349	2,97 %

REFERENSER

- Brezicka, T., Nordling, V.: *Vårdplatsbehov Västra Götalandsregionen, uppdatering 2017*, powerpointpresentation, Västra Götalandsregionen 2017
- Brezicka, T. *Vårdskadutvecklingen och vårdresursanvändning i Västra Götalandsregionen, En analys av resultaten av markörbaserad journalgranskning inom somatisk slutenvård av vuxna under 2013-2015*. Västra Götalandsregionen 2016
- Hermansson, S: *Framtidens vårdavdelning*, pp-presentation, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, VGR
- Przywara, B.: *Projecting future health care expenditure at European level: Drivers, methodology and main results*, European economy, Economic Papers 417 July 2010.
- Pettersson, T, Sundén, D.: *Hållbara beräkningar – en ESO-rapport om att bedöma den offentliga sektorns finansiella hållbarhet*, En rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2014:6, Finansdepartementet 2014
- Wetterberg, G.: *Kurvans kraft. En bok om befolkningsfrågan*, Weylers 2011
- Lönnroth, J.: *Kan Göteborg gå runt?*, Kapitel i "Vart är du på väg, älskade stad-14 profiler om Göteborgs framtid", Tre Böcker 2014
- Prognoserna och samhällsekonomin – en specialstudie*, Sveriges Kommuner och Landsting, 2014.
- Framtidens utmaning – Välfärdens långsiktiga finansiering*, SKL 2010
- Välfärdstjänsternas utveckling 1980–2012, Ökande resurser och växande behov*, SKL 2014
- Vägval för framtiden – utmaningar för det kommunala uppdraget mot 2025*, Rapport nr 2, SKL 2014
- Den svårförutsägbara framtiden – en jämförelse av två framtidskalkyler*, SKL 2014
- Ekonomisk långtidsprognos Nacka kommun 2015-2025 med utblick mot 2050*, PWC
- Ekonomiska förutsättningar, Långtidsberäkningar 2015-2024*, Region Skåne 2015
- Investeringsutrymmet i Stockholms läns landsting*, PP-presentation, SLL 2014
- Huvudrapport från långtidsutredningen om hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting*, 2008
- Utvärdering av makroekonomiska prognoser*, Specialstudie nr 44, Konjunkturinstitutet, april 2015
- Den långsiktiga hållbarheten i de offentliga finanserna*, Specialstudie nr 43, Konjunkturinstitutet, 2015
- Långtidsutredningen 2015, huvudbetänkande*, SOU 2015:104
- Medelpensioneringsålder och utträdesålder m.m.* Rapport Pensionsmyndigheten 2015
- Den ljusnande framtid är vård, delresultat från LEV-projektet*, Regeringskansliet 2010
- På andra sidan finansieringsgapet - rapport från Tillfällig beredning om välfärdens framtida finansiering*, dnr RS 727-2011, Västra Götalandsregionen 2014

Regionalt trafikförsörjningsprogram, Västra Götalandsregionen 2016

Framtidens Vårdavdelning: <https://www.sahlgrenska.se/info/om-sahlgrenska-universitetssjukhuset/framtid---sahlgrenska-universitetssjukhuset/fva/>

Västra Götalandsregionens budget 2017