

Beskrivning av modellerna för Hälso- och sjukvård och Kollektivtrafik i kostnadsutjämningsystemet

Hälso- och sjukvård

Den nuvarande hälso- och sjukvårdsmodellen infördes år 2000. Det är den mest komplicerade av alla delmodeller i kostnadsutjämningsystemet. I modellen beräknas standardkostnader dels för den del av befolkningen som kostar mest, s.k. vårdtunga grupper, och dels för den övriga befolkningen. Beräkningarna för de vårdtunga grupperna beaktar genomsnittskostnader för åtta olika diagnoser uppdelat efter variablerna kön och ålder. Beräkningarna för den övriga befolkningen beaktar förutom kön och ålder även civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst och boendeform. Till dessa uträkningar läggs sedan beräknade merkostnader på grund av gles bebyggelsestruktur och ett särskilt tillägg för landsting med färre än 200 000 invånare.

Indelningen i vårdtunga grupper bygger på ett arbete av utredningen HSU 2000. Åtta sådana grupper har identifierats, nämligen

- Elakartad tumörsjukdom
- Cerebrovaskulär sjukdom
- Inflammatorisk ledsjukdom
- Artros
- Ischematisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt
- Höftfraktur
- Schizofreni
- Övriga psykoser

Dessa grupper omfattar 5 % av befolkningen och står för 50 % av de totala vårdkostnaderna. Avgränsningen av personer som tillhör de tunga vårdgrupperna baseras på registeruppgifter om vårdtillfällen i slutenvård från åren 1994 och 1995. Vid sidan av matrismodellen för vårdtunga grupper görs särskilda beräkningar för HIVpatienter, eftersom dessa inte antalsmässigt kan beräknas utifrån Socialstyrelsens slutenvårdsregister.

I åldersgruppen 20-64 år beräknas det finnas

- 16 fall per 10 000 invånare i Stockholms län
- 6 fall per 10 000 invånare i f d Göteborg och Bohuslän samt Malmöhus län och Malmö stad.
- 2 fall per 10 000 invånare i övriga landsting.

Kostnadsunderlaget för både de vårdtunga grupperna och de 95 % av befolkningen som inte tillhör någon vårdtunga grupp baseras på faktiska kostnader på individnivå från Region Skåne 1998 och uppdateras inte. Däremot uppdateras antalet personer i de olika grupperna; antalet personer i vårdtunga grupper bygger på medelvärdet över tre år som aktualiseras löpande, medan uppgifterna om antalet personer i den övriga befolkningen uppdateras årligen. Beräkningen av kostnader för vårdtunga grupper och övrig befolkning görs i två olika delmodeller med hjälp av matrisräkning.

Den genomsnittliga vårdkostnaden för varje delgrupp med avseende på ålder, kön etc. anges i en matris och antalet personer i grupperna ställs upp i 21 andra matriser – en för varje landsting. Därefter beräknas en vårdkostnad per grupp genom att multiplicera genomsnittskostnaden för alla grupper (kostnadsmatrisen) med antalet personer i motsvarande grupp (antalsmatriserna). Summerat över alla grupper erhålls sedan en beräknad total vårdkostnad för respektive landsting där befolkningens sammansättning i varje landsting beaktas.

Av förklarliga skäl blir matriserna med beräknad vårdkostnad per grupp mycket omfattande. För vårdtunga grupper omfattar matriserna 96 celler (delgrupper) och för övrig befolkning 1 404 celler för varje landsting, d.v.s. totalt 1 500 celler.

Merkostnader pga. av gles bebyggelsestruktur beräknas för sjukhusvård, primärvård, ambulansverksamhet och sjukresor efter bosättningsmönster och befolkningsunderlag enligt följande (basår är 1996):

- Ett landsting får tillägg för sjukhusvård om befolkningsunderlaget för ett sjukhus är mellan 25 000 och 75 000 personer.
- Ett landsting får tillägg för primärvård om underlaget för en vårdcentral är mellan 1 500 och 5 600 personer.
- Ett landsting får tillägg för ambulansverksamhet om underlaget för en ambulansstation är mindre än 10 000 personer.
- För sjukresor beräknas en kostnad m h t det genomsnittliga geografiska avståndet mellan de boende i ett landsting som om befolkningen vore helt jämt fördelat över ytan (invånardistansen) i respektive landsting.

Samtliga landsting får därefter ett invånarbaserat avdrag som beräknas så att summan av avdragen motsvarar summan av tilläggen.

Det särskilda tillägget för landsting med färre än 200 000 invånare har funnits med i kostnadsutjämningen för hälso- och sjukvård sedan år 1996. Tillägget ingick dock inte i Statsbidragsberedningens förslag till nytt utjämningssystem, utan tillkom i propositionsarbetet. Kompensationen utgår med 100 kronor per invånare för varje tiotusental som landstingets befolkning understiger

200 000 invånare två år före bidrags- och avgiftsåret. Tilläggen har inte uppdaterats sedan de tillkom.

Efter en summering av beräknade kostnader för vårdtunga grupper, HIV-patienter och övrig befolkning samt merkostnader för gles befolkning och tillägg för små landsting, görs en uppräknings med cirka 50 % så att det vägda genomsnittet motsvarar den genomsnittliga nettovårdskostnaden i riket år 1995. Därefter räknas kostnaderna upp till bidragsårets kostnadsnivå med hjälp av nettoprisindex.

Det vägda genomsnittet av landstingens standardkostnader för hälso- och sjukvård uppgick till 13 615 kronor per invånare år 2003, vilket är betydligt mer än motsvarande siffra för de övriga modellerna i landstingens kostnadsutjämning. Däremot blir tilläggen och avdragen i modellen inte särskilt stora. Totalt utjämnas 1 850 mkr år 2003.

Kollektivtrafik

Den nuvarande beräkningsmodellen för kollektivtrafik infördes år 2000. Kostnadsutjämningen beräknas länsvis utifrån variablerna gleshet, arbetspendling och tätortsstruktur. De beräknade standardkostnaderna reduceras med 25 % och fördelas med 50 % till primärkommunerna och 50 % till landstinget inom respektive län – detta eftersom kommuner och andsting i regel delar på huvudmannaskapet för kollektivtrafiken. Fördelningen mellan kommunerna inom respektive län sker i flertalet fall efter kommunernas andel av de totala kollektivtrafikskostnaderna i länet. Beräkningen av standardkostnaden i modellen sker med hjälp av en regressionskvation, där variablernas vikter har skattats mot kostnaderna i kronor per invånare på länsnivå. De kostnadsdata som använts är ett genomsnitt av faktiska kostnader för åren 1995 och 1996. Beräkningen sker enligt följande formel:

$$\text{Standardkostnad i länet} = (-453,79 + 16,18 \times \text{roten ur invånardistansen} + 1159,75 \times \text{andel boende i tätort med } > 20\,000 \text{ invånare} + 4186,88 \times \text{andel utpendlare över kommungränsen} \times 0,75).$$

$$\text{Standardkostnad för landstinget} = 0,5 \times \text{standardkostnaden i länet}.$$

Måttet för gleshet som används i regressionen (rotgles) är identiskt med det som användes i den tidigare modellen för kollektivtrafik. Måtten för arbetspendling och tätortsstruktur är nya och avser att spegla behovet av arbetsresor och kollektivtrafik i större tätorter. De uttrycks som andelen boende i tätorter med fler än 20 000 invånare samt andelen utpendlare över kommungränsen av befolkningen.

Beräkningarna i modellen gjordes av Kommunala utjämningsutredningen och uppdateras inte. Däremot justeras standardkostnaderna så att deras vägda genomsnitt överensstämmer med senast kända genomsnittskostnad för kollektivtrafiken enligt Räkenskapssammandraget, reducerad med 25 %. Dessutom räknas standardkostnaderna upp till bidragsårets kostnadsnivå med

hjälp av nettoprisindex. År 2003 omfördelar modellen för kollektivtrafik cirka 1 126 mkr mellan kommunerna. Den genomsnittliga standardkostnaden samma år var 360 kronor per invånare.