

# Innehåll

<i>Bilaga 5</i>	Sammanfattning av Statskontorets rapport Statsbidragen till kommuner och landsting. En kartläggning och analys (2003:5) .....	5
<i>Bilaga 6</i>	Ekonomiska konsekvenser av befolkningsförändringar i kommuner och landsting. Temaplan AB .....	17
<i>Bilaga 7</i>	Gles bebyggelsestruktur. Glesbygdsverket .....	95
<i>Bilaga 8</i>	Normkostnadsberäkningar för äldreomsorg. Mårten Lagergren .....	115
<i>Bilaga 9</i>	Utvärdering av sjukvårdsmodellen i landstingens kostnadsutjämning .....	157
<i>Bilaga 10</i>	Genderanalys av kostnadsutjämnings delmodeller för äldreomsorg samt hälso- och sjukvård. Uta Bertram .....	201
<i>Bilaga 11</i>	Tabellbilaga .....	215

## Sammanfattning av Statskontorets rapport

# Statsbidragen till kommuner och landsting

En kartläggning och analys (2003:5)

I sammanfattningen återges huvuddelen av rapportens kapitel 1 och hela kapitel 6.

## 1 Inledning

### 1.1 Uppdraget till statskontoret

Utjämningskommittén gav i augusti 2002 Statskontoret i uppdrag att kartlägga och analysera statsbidragsgivningen till kommuner och landsting samt vilka eventuella förändringar av det generella och de specialdestinerade statsbidragen som skett sedan år 1993.

Syftet med Statskontorets uppdrag är att beskriva och analysera

- vilka statsbidrag som utgår till kommuner och landsting,
- de olika bidragens syfte, omfattning, konstruktion och finansiering,
- bidragens fördelning på olika kommuner och landsting,
- om några av bidragen (inklusive den åldersrelaterade delen av det generella statsbidraget) har en konstruktion som påverkar utjämnningen mellan kommuner och landsting samt omfattningen av denna eventuella påverkan.

I uppdraget ingår även att bedöma möjligheterna att inordna ytterligare specialdestinerade statsbidrag i det generella bidraget. Specialdestinerade statsbidrag som tillkommit sedan år 1993 skall särskilt uppmärksammas. Statskontorets kartläggning, analys och slutsatser skall dokumenteras i en rapport som skall överlämnas till kommittén senast den 31 januari 2003.

## **1.2 Genomförande av uppdraget**

### **Uppläggning av arbetet**

Studien har genomförts av en projektgrupp bestående av Leif Lundberg, projektledare, och Rickard Broddvall vid Statskontoret, enheten för styrningsfrågor. Under perioden september t.o.m. december har Ewa Hedberg, från Regeringskansliets internrevision, deltagit i projektarbetet.

Projektgruppen har under utredningsarbetets gång haft fortlöpande kontakter med Utjämningskommitténs sekretariat.

Utredningsarbetet har skett dels genom studier av litteratur, utredningsbetänkanden, propositioner, utskottsbetänkanden och liknande dokument, dels genom intervjuer av företrädare för ett antal centrala myndigheter och departement samt Svenska Kommunförbundet.

### **Inriktning och avgränsning**

#### **Kartläggning av transfereringar till kommuner och landsting**

Utgångspunkt för vårt arbete har varit en kartläggning av från vilka anslag det har skett transfereringar till kommuner och landsting sedan år 1993. Vi har av praktiska skäl koncentrerat kartläggningen till tre budgetår; 1993/94, 1997 och 2001. Det första året valdes därför att det generella statsbidraget infördes den första januari 1993. Mellanåret 1997 valdes dels därför att det var det första året då budgetåret följde kalenderåret, dels därför att den åldersrelaterade delen av det generella statsbidraget infördes under andra halvåret 1997. Slutåret 2001 har valts därför att det är det senaste året med tillgängliga siffror över utfallet.

Kartläggningens första del bestod av en genomgång av budgetpropositioner och statsliggare för de tre budgetåren. Genomgången

resulterade i ett antal anslag där det av budgetpropositioner och statsliggare framgick att kommuner och landsting var eller kunde vara bidragsmottagare. För att i möjligaste mån täcka in samtliga anslag som på något sätt berör kommuner och landsting var det nödvändigt att ta fram siffror över alla transfereringar från stat till kommuner och landsting. Ett sådant underlag fanns tillgängligt eftersom alla myndigheter sedan år 2000 är skyldiga att särskilt redovisa till Ekonomistyrningsverket vilka medel som betalats ut via transfereringar till den kommunala sektorn. Genom kontakter med Ekonomistyrningsverket fick vi tillgång till dessa uppgifter för år 2001. Genomgången av underlaget resulterade i ytterligare ett antal anslag där kommuner och landsting var bidragsmottagare.

Kartläggningens andra del bestod av intervjuer med företrädare för de myndigheter som disponerar dessa anslag för att inhämta kompletterande information om anslagens syfte, konstruktion och mottagare. Vi har intervjuat ett drygt 100-tal personer vid ett 50-tal myndigheter. Intervjuerna har i de flesta fall gjorts via telefon.

Kartläggningen resulterade i 127 anslag som enligt vår bedömning är relevanta i sammanhanget. Ekonomistyrningsverket lämnar underlaget till årsredovisningen för staten till regeringen. Årsredovisningen för staten baseras på den information som myndigheterna inklusive affärsverken lämnar till statsredovisningen och den information som presenteras i deras respektive årsredovisningar.

Ekonomistyrningsverket lämnar också underlag till nationalräkenskaperna, som sammanställs av Statistiska centralbyrån. I detta underlag presenteras en realekonomisk fördelning av statens inkomster och utgifter, uppdelade på exempelvis konsumtion, transfereringar och investeringar. Statistiken är konsoliderad och transaktioner inom och mellan myndigheter har tagits bort.

Det har i vår kartläggning framkommit att olika myndigheter registrerar och använder siffror över budgeterade medel och utfall på olika sätt, vilket försvårar jämförelser av siffror. För att så långt möjligt utgå från en källa med enhetligt redovisade uppgifter har vi valt att hämta alla data om transfereringar, budgeterade medel och utfallssiffror i vår rapport från Ekonomistyrningsverket. Vi har utgått från utfallssiffror eftersom det är mest relevant att undersöka vilka medel som faktiskt har utbetalats snarare än vad som har föreslagits och budgeterats i budgetpropositioner och statsliggare.

### Kategorisering av relevanta anslag

De 127 anslagen har delats in i tre kategorier utifrån hur stark kopplingen är mellan statsbidrag från ett visst anslag och kommuner och landsting som bidragsmottagare. Kategori 1 innehåller anslag som i sin helhet är avsedda för kommuner och landsting, kategori 2 utgörs av anslag där delar av anslaget är avsedda för kommuner och landsting och kategori 3 omfattar anslag där inte finns särskilt avsatta medel för kommuner eller landsting, men där det finns registrerade utbetalningar till kommuner eller landsting.

Det är vanligt i dessa sammanhang att använda begreppen generella och specialdestinerade statsbidrag. Dessa begrepp är dock inte helt okomplicerade. Är t.ex. ett generellt bidrag generellt för att det är avsett för alla kommuner eller landsting, för att det inte är knutet till en specifik verksamhet eller bådadera? Är ett specialdestinerat bidrag riktat mot en specifik verksamhet, mot vissa kommuner eller landsting eller bådadera?

Vi har i stället valt att utgå från två analysgrunder. Den ena syftar till att undersöka om ett anslag är avsett för alla kommuner eller landsting, vissa kommuner eller landsting eller blandat, dvs. delvis avsett för alla, delvis för vissa kommuner eller landsting. Den andra analysgrunden avser om ett anslag är verksamhetsanknutet, dvs. avsett för en specifik verksamhet men inte för andra, eller icke verksamhetsanknutet. Analysgrunderna tillämpas på anslag i kategorierna 1 och 2.

### Några metodologiska frågor

Vårt uppdrag att kartlägga och analysera statsbidragsgivningen till kommuner och landsting avser tiden från år 1993. Som framgått ovan har vi av praktiska skäl valt ut tre budgetår under perioden. Det finns naturligtvis en risk för att vi med denna metod inte fångar upp alla relevanta anslag under perioden. Vår bedömning är dock att de anslag som eventuellt kan ha missats är sådana som varit tillfälliga och därför även av mindre omfattning under perioden som helhet.

Vår avsikt var inledningsvis att, med hjälp av Ekonomistyrningsverkets underlag, belysa utfall till enskilda kommuner och landsting. I detta underlag redovisas dock endast utfall till kommun- och landstingskollektivet, inte till enskilda kommuner och landsting.

Sådana utfallsiffror finns, i vissa fall, hos respektive utbetalande myndighet. Det har av tids- och resursskäl inte varit möjligt för oss att samla in och bearbeta dessa uppgifter.

Eftersom underlaget från Ekonomistyrningsverket baseras på anslag har det inte heller varit möjligt att få tillgång till utfall till kommuner och landsting från anslagsposter. I vissa fall, exempelvis vid blandade anslag, har vi dock hämtat sådana uppgifter från respektive myndighet.

Det bör påtalas att vårt uppdrag avser en studie av transfereringar i form av statsbidrag från stat till kommuner och landsting. Dessa transfereringar omfattar dock endast en mindre del av den kommunala sektorns inkomster, där bl.a. skatter och avgifter utgör huvuddelen.

Indelningen av anslagen i kategorier och underkategorier bygger på våra bedömningar av underlaget som framkommit genom kartläggningen. Vi gör indelningen av analytiska skäl för att åskådliggöra anslagens olika karaktär. Eftersom underlaget är omfattande och komplext är det inte möjligt att entydigt avgränsa kategorierna och underkategorierna från varandra. Dessa bör därför snarare ses som ett sätt att beskriva grupper av anslag med gemensamma särdrag. Varje grupp har en fast kärna med ett antal anslag samtidigt som gruppens gränser mot andra grupper är vaga. Det är därför möjligt att kategorisera vissa anslag på andra sätt än de som vi har valt.

I vissa fall har det framkommit skillnader mellan enskilda myndigheters och Ekonomistyrningsverkets bedömningar avseende om kommuner och landsting är bidragsmottagare från ett visst anslag. Detta har gällt ett fåtal anslag i kategori 3. Efter diskussioner med Ekonomistyrningsverket har vi dock bedömt dessa anslag som relevanta för kommuner och landsting. Vi har även uteslutit ett anslag som Ekonomistyrningsverket registrerat som en transferering till den kommunala sektorn.

I Ekonomistyrningsverkets underlag till nationalräkenskaperna för 2001 redovisas transfereringar från anslag till kommuner och landsting. Myndigheter som disponerar anslag och anslagsposter använder dock vanligen begreppet statsbidrag i stället för anslag. Ett anslag eller en anslagspost i statsbudgeten kan emellertid innehålla flera statsbidrag. I vissa avsnitt har det bedömts vara lämpligt att beskriva både anslag och statsbidrag. Vårt val av underlag medför dock att huvuddelen av studien behandlar anslag som på olika sätt berör kommuner och landsting.

## 6 Sammanfattande bedömningar

I detta kapitel sammanfattar vi det som framkommit i den kartläggning och analys som redovisats i rapporten. I en del fall gör vi också en kompletterande bedömning av det som tidigare framkommit. Kapitlet avslutas med ett avsnitt där vi diskuterar möjligheterna att inordna en del av de befintliga verksamhetsanknutna statsbidragen i det generella bidraget till kommuner och landsting.

### Statsbidragets storlek

Vår kartläggning har visat att statsbidraget till kommuner och landsting under år 2001 uppgick till nästan 138,6 miljarder kronor som utgick från 127 anslag. Det finns dock anledning att se lite bakom dessa siffror.

En del av de bidrag som ingår i summan ovan representerar inte ett verkligt tillskott av resurser från staten till den kommunala sektorn. Som ett exempel på detta kan nämnas det statliga utjämningsbidraget till kommuner och landsting. Detta bidrag uppgick år 2001 till nästan 20,9 miljarder kronor. Som framgått av beskrivningen i bl.a. bilaga 2 motsvaras dock bidraget av en avgift på ungefär motsvarande belopp som betalas av kommuner och landsting. Nettoresultatet för den kommunala sektorn av detta bidrag och avgiften blir således noll.

Tidigare i denna rapport har framgått att det också finns ett antal bidrag som utgör ersättning från staten till kommuner och landsting för tjänster som dessa utfört för statens räkning. De exempel på detta som vi funnit är ersättningen för klinisk utbildning och forskning (anslag 162572), ersättningen till vissa regionala självstyrelseorgan för att de tagit över en del av länsstyrelsernas administration och uppgifter (anslag 183202), ersättningen för kommunala högskoleutbildningar (anslag 162569) samt ersättningen för åtgärder att bevara den biologiska mångfalden (203403).

Med reservationen att det är svårt att entydigt fastställa vad som kan anses vara tjänsteköp har vi bedömt att ovan nämnda anslag, omfattande cirka 6,1 miljarder kronor av det totala statsbidraget under år 2001, utgör ersättning för köp av tjänster. Inte heller denna ersättning utgör ett resurstillskott till den kommunala sektorn eftersom man måste förutsätta att de kommunala huvud-

männens kostnader för att bedriva verksamheten ligger på i stort sett samma nivå.

Av kartläggningen framgår också att över hälften av de anslag som kommunerna erhållit bidrag från under 2001 inte innehåller några medel särskilt avsedda för kommuner eller landsting (kategori 3). Nästan undantagsvis gäller även att bidragen i denna kategori går ut till kommuner och landsting på samma villkor som till andra mottagare. Mot denna bakgrund anser vi att de medel som kommuner och landsting erhåller från dessa anslag inte kan ses som statsbidrag avsedda som stöd till den kommunala sektorn. Det rör sig här om drygt 5,3 miljarder kronor. Tilläggas kan att cirka en halv miljard kronor av detta belopp utgörs av EG-medel.

Ett mer rättvisande belopp av hur mycket statsbidrag som under år 2001 utgick till kommuner och landsting blir då cirka 111,6 miljarder kronor.

### **Bidragens antal och konstruktion**

Som framgått av redovisningen i kapitel 3 har vi kunnat identifiera 127 anslag som kommuner och landsting fått bidrag från under 2001. Nitton av dessa anslag utgår som helhet till kommuner och landsting (kategori 1). Ytterligare 36 anslag är delvis avsedda för dessa huvudmän (kategori 2). Till detta kommer 72 anslag där inte finns särskilt avsatta medel för kommuner eller landsting, men där det finns registrerade utbetalningar till dessa (kategori 3). Kartläggningen visar att cirka 123,6 miljarder kronor utgår i statsbidrag till kommuner och landsting genom anslagen i kategori 1, cirka 9,6 miljarder kronor genom anslagen i kategori 2 och cirka 5,3 miljarder kronor genom anslagen i kategori 3. Av skäl som redovisats ovan kommer vi i fortsättningen i detta kapitel endast att behandla statsbidragen som utgår från anslagen i kategorierna 1 och 2.

För att beskriva och analysera bidragens (i praktiken anslagens) konstruktion har vi delat in dessa utifrån två dimensioner:

- om bidraget är verksamhetsanknutet eller inte, samt
- om bidraget är avsett för alla eller endast för vissa kommuner eller landsting.

Vi har valt denna uppdelning för att vi tycker att den är mer ändamålsenlig än den indelning i generella respektive specialdestinerade bidrag som ofta brukar användas i dessa sammanhang. Med ett



generellt statsbidrag torde i regel avses ett icke verksamhetsanknutet bidrag som utgår till alla kommuner eller landsting. Att ett specialdestinerat bidrag är verksamhetsanknutet är självklart. Men begreppet säger inte något om huruvida bidraget är avsett för vissa eller alla kommuner/landsting. Detta är en dimension som vi anser är av stor betydelse för den analys som vi har till uppgift att göra i denna studie.

Vår kartläggning visar att det endast är två anslag som inte är verksamhetsanknutna: det generella statsbidraget (anslag 259101) och det statliga utjämningsbidraget till kommuner och landsting (anslag 259103).

I det första fallet är bidraget avsett för alla kommuner/landsting och i det andra fallet endast för vissa. Tillsammans svarar dessa två anslag för mer än 99,1 miljarder kronor i bidrag till kommuner och landsting. Som nämnts ovan utgör det sistnämnda anslaget endast en omfördelning av medel inom kommun- och landstingskollektiven. Räkna man bort detta anslag är det cirka 78,3 miljarder som går ut som icke verksamhetsanknutna statsbidrag. Hela denna summa går ut till alla kommuner och landsting.

Som framgått av vad som sagts ovan är de övriga 53 anslagen i kategorierna 1 och 2 alla verksamhetsanknutna. När vi skall dela in anslagen efter målgrupp (alla eller vissa) finns ett problem: en del av anslagen omfattar flera statsbidrag och ibland kan något eller några av dessa bidrag avse alla kommuner/landsting och andra bidrag vissa kommuner eller landsting. Vi har därför blivit tvungna använda oss av en ytterligare kategori: blandad. Med denna beteckning avses att ett anslag både innehåller statsbidrag som går till alla och bidrag som går till vissa.

Av de kvarvarande 53 verksamhetsanknutna anslagen är 17 avsedda för alla kommuner/landsting, 24 är avsedda för vissa och tolv är blandade. Ser vi på den summa bidrag som utgår i de olika kategorierna finner vi att cirka 21,2 miljarder kronor utgår via bidrag avsedda för alla kommuner/landsting, cirka 4,9 miljarder kronor genom bidrag avsedda för vissa och 8,1 miljarder kronor genom anslag som här betecknas som blandade.

## Förändringen av bidragsgivningen under perioden 1993/94–2001

I kapitel 4 har vi kartlagt och analyserat de förändringar som skett i bidragsgivningen till kommuner och landsting mellan budgetåren 1993/94 och 2001. Förutom de ovan nämnda åren har vi också tagit fram uppgifter om statsbidragen under år 1997.

Analysen i kapitel 4 visar att det totala antalet anslag ökar under hela den undersökta perioden; från 62 anslag år 1993/94, till 92 anslag år 1997 och 127 anslag år 2001. Detta innebär att antalet anslag mer än fördubblats mellan åren 1993/94 till 2001. Eftersom anslagen nästan undantagslöst är verksamhetsanknutna är det i praktiken denna kategori av anslag som ökat.

Om vi inskränker oss till att betrakta vad som hänt med anslagen som helt eller delvis är avsedda för kommuner och landsting (kategorierna 1 och 2) har antalet ökat från 27 anslag år 1993/94 till 55 anslag år 2001. Det vill säga, även här har en fördubbling skett.

Ser man på hur denna utveckling fördelar sig på de olika mottagarkategorierna (dvs. alla/vissa/blandade) finner man att det totala antalet anslag till alla kommuner eller landsting ökar från 10 anslag år 1993/94 till 18 anslag år 2001. Under samma period ökar antalet anslag som går till vissa kommuner/landsting från 8 till 25, medan de blandade anslagen endast ökar från nio till tolv. Den största ökningen återfinns således bland de verksamhetsanknutna anslagen som går till vissa kommuner/landsting.

## Risken att bidragen snedvrider utjämningen

Vi har i kapitel 5 analyserat om och i sådana fall i vilken utsträckning olika typer av statsbidrag till kommuner och landsting kan påverka den resursfördelning som är resultatet av det nuvarande statsbidrags- och utjämningssystemet.

Av vår analys framgår att det finns ett antal typer av statsbidrag som inte behöver ha en snedvridande effekt på utjämningen. Det rör sig om statsbidrag av följande typer:

- Icke verksamhetsanknutna bidrag som ges till alla kommuner/landsting och som fördelas med ett fast belopp per invånare,
- Verksamhetsanknutna bidrag som utgår till alla kommuner/landsting och som fördelas i enlighet med mottagarnas förväntade kostnader för avsedd verksamhet. (Utgår bidraget

till verksamhet inom ett område som omfattas av kostnadsutjämningen är dock en ytterligare förutsättning att bidraget används för insatser utöver den verksamhetsnivå som utjämningen avser),

- Verksamhetsanknutna bidrag som ges till vissa eller alla kommuner/landsting och som utgör ersättning för av dessa utförda tjänster (tjänsteköp),
- Verksamhetsanknutna eller icke verksamhetsanknutna bidrag som ges till vissa kommuner/landsting och som avser bidrag med anledning av extraordinära omständigheter, samt
- Verksamhetsanknutna bidrag som utgår till vissa kommuner/landsting för utvecklingsinsatser som är mer kostsamma än normal verksamhet.

Vi har bedömt att utjämningen motverkas av alla statsbidrag som inte tillhör någon av kategorierna ovan. Det handlar här om bidrag som kan användas för att bekosta insatser som andra huvudmän får betala själva eller tvingas avstå från. De negativa effekterna av dessa bidrag ökar med bidragets storlek och varaktighet.

I kapitlet lämnar vi också exempel på ett antal bidrag som vi är tveksamma till utifrån här aktuell frågeställning. Nästan undantagsvis rör det sig om verksamhetsanknutna statsbidrag som utgår till vissa kommuner eller landsting och som avser verksamhetsområden som omfattas av kostnadsutjämningen.

### **Möjligheten att generalisera vissa statsbidrag**

Vi anser att den typ av statsbidrag som kan inordnas i det generella statsbidraget i första hand är de som är verksamhetsanknutna och avsedda för alla kommuner eller landsting. I vår kartläggning har vi funnit ett fem-total anslag som är av den typen.

Innan vi mer konkret går in på frågan om möjligheterna att generalisera vissa statsbidrag finns behov av att försöka urskilja statsmakternas motiv för att inte inordna vissa bidrag i det generella statsbidraget. I stort kan vi urskilja två olika motiv för detta.

Det ena motivet har sin grund i att bidraget avser insatser för en verksamhet som inte omfattas av kostnadsutjämningen, men där de strukturella kostnadsskillnaderna eller skillnaderna i service- och ambitionsnivå kommunerna eller landstingen emellan kan bedömas vara betydande. Om sådana medel gavs genom det generella stats-

bidraget (som i princip utgår med ett enhetligt belopp per invånare) skulle det leda till att vissa kommuner eller landsting gynnas på de andras bekostnad. Att dessa medel ges som ett verksamhetsanknutet bidrag är då ett sätt för staten att så långt möjligt garantera kommunerna rättvisa ekonomiska förutsättningar.

Ett annat motiv för att ge medel i form av verksamhetsanknutna statsbidrag är att statsmakterna vill försäkra sig om att bidragsmedlen används inom en särskild sektor eller till en särskild verksamhet. Ytterst kan detta sägas handla om att staten vill garantera medborgarna en likvärdig service inom vissa sektorer eller verksamheter.

Det finns ett antal bidrag som enligt vår bedömning i första hand utgår från rättvisemotivet. Det gäller exempelvis kommunersättningar vid flyktingmottagande (anslag 081003), bidraget för mottagande av asylsökande (anslag 081202), bidraget för läkemedelsförmånen (anslag 091302), bidraget till hälso- och sjukvården (anslag 091303), vissa statsbidrag inom handikappområdet (anslag 091602) och bidraget till landsting för alternativ telefoni (anslag 091606).

Flertalet av de övriga här aktuella statsbidragen bedömer vi främst utgå som verksamhetsanknutna bidrag för att statsmakterna vill garantera medborgarna en likvärdig service inom vissa sektorer eller verksamheter. Det gäller bl.a. bidrag för att utveckla IT i skolan (anslag 162504), det alkoholförebyggande arbetet i kommuner och landsting (anslag 091408), utbildnings- och utvecklingsinsatser inom socialtjänsten och äldreomsorgen (anslagen 091701 och 091801), särskilda insatser på skolområdet (anslag 162508) och kommunernas arbete med att öka den ekologiska hållbarheten i samhället (anslag 183401). Vi bedömer att det även gäller flera statsbidrag inom kulturområdet; exempelvis bidrag till regional teater- och musikverksamhet (anslag 172806), bidrag till regional biblioteksverksamhet (anslag 172808), stöd till kulturtidskrifter (anslag 172810), bidrag till regionala museer (anslag 172830), litteraturstöd (anslag 172809) samt den åldersrelaterade delen av det generella statsbidraget (anslag 259101).

Förutom ovan nämnda bidrag finns ett antal statsbidrag som vi inte har anledning att behandla närmare här. Det gäller dels statsbidrag som utgår under en begränsad tidsperiod, dels statsbidrag som utgår för tjänsteköp. Exempel på tillfälliga satsningar är bidragen för särskilda utbildningsinsatser för vuxna (anslag 162516) och personalförstärkningar inom skolan och barnomsorgen (anslag

162511). Ett exempel på tjänsteköp är bidraget till kommunala högskoleutbildningar (anslag 162569).

Vår slutsats är att flertalet av de verksamhetsanknutna bidragen som utgår till alla kommuner eller landsting kan inordnas i det generella statsbidraget.

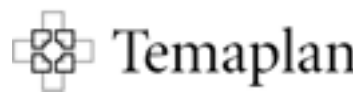
Undantagen utgörs av tillfälliga bidrag och ersättning för tjänsteköp.

Om statsmakterna väljer att inordna de statsbidrag som främst utgår av det som här kallas för rättvisemotivet i det generella statsbidraget kan det dock finnas behov av förändringar i kostnadsutjämnningen. Det kan t.ex. röra sig om att man inför ytterligare modeller, alternativt modifierar befintliga, för att på detta sätt minska risken för över- respektive underkompensation av vissa kommuner eller landsting.

När det gäller de statsbidrag som i huvudsak ges för att staten vill garantera medborgarna likvärdig service är vår bedömning att det inte finns några liknande praktiska hinder för att inordna dessa i det generella bidraget. Här handlar det i stället om mer klart politiska bedömningar och avvägningar, nämligen om det är staten eller de kommunala huvudmännen som i de olika enskilda fallen skall ansvara för prioriteringen mellan olika sektorer och verksamheter.

Det ligger utanför ramen för vårt uppdrag att göra denna typ av politiska avvägningar. Vi kan dock konstatera att Kommunal-ekonomiska kommittén ansåg att kommuner och landsting måste få större frihet att själva utforma, organisera och prioritera sin verksamhet. Detta skulle bl.a. uppnås genom att alla specialdestinerade statsbidrag till verksamheter som kommuner och landsting var ansvariga för skulle inordnas i ett generellt bidrag.

Det kan i detta sammanhang finnas anledning att erinra om att vår kartläggning visar att sedan kommitténs förslag antogs av riksdagen har antalet verksamhetsanknutna bidrag till alla kommuner och landsting nästan fördubblats.



# Ekonomiska konsekvenser av befolkningsförändringar i kommuner och landsting

Niclas Johansson



# Innehåll

<b>Kapitel 1 Inledning .....</b>	<b>21</b>
Kraftiga befolkningsförändringar.....	21
Mer fasta resurser .....	22
Utjämning ska ge likvärdiga förutsättningar .....	23
Uppdraget.....	25
<b>Kapitel 2 Befolknings- och verksamhetsförändringar... 30</b>	
Perioden 1995–2001 .....	31
Prognos för åren 2001–2007.....	38
Slutsatser.....	45
<b>Kapitel 3 Befolkningsförändringarnas merkostnader ... 46</b>	
Fasta kostnader.....	46
Investeringar, tillgångar och skulder.....	47
Lokal- och anläggningskostnader.....	59
Personalkostnader .....	68
Verksamhetskostnader 1995–2001 .....	69
<b>Kapitel 4 Kommuner med minskande befolkning ..... 74</b>	
Fallstudier i Degerfors och Strömsund.....	74
Slutsatser och räkneexempel.....	75
Ersättningen .....	82



<b>Kapitel 5</b>	<b>Kommuner med befolkningstillväxt .....</b>	<b>84</b>
	Fallstudier i Värmdö och Kungsbacka .....	84
	Slutsatser och räkneexempel.....	86
	Ersättningen.....	88
<b>Kapitel 6</b>	<b>Landsting med minskande befolkning .....</b>	<b>90</b>
	Fallstudie i Västernorrlands läns landsting .....	90
	Slutsatser och räkneexempel.....	91
	Ersättningen.....	93

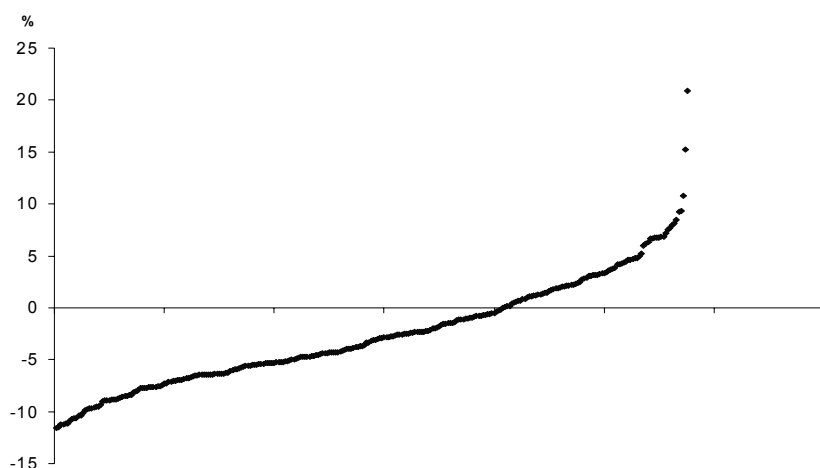
## Kapitel 1 Inledning

### Kraftiga befolkningsförändringar

Efter flera år med stora födelseöverskott och betydande nettoinvandring dämpades befolkningstillväxten väsentligt vid mitten av nittioalet. Sammantaget över landet har befolkningstillväxten sedan dess i ett historiskt perspektiv varit mycket svag. Antalet födda var färre än antalet döda under åren 1997–2001. Det hade inte tidigare inträffat sedan år 1809.

Svag befolkningstillväxt och ökad nettoutflyttning av yngre vuxna från övriga landet till storstadsområden och universitetsorter fick stora konsekvenser för den regionala befolkningsutvecklingen. Mellan år 1995 och 2001 minskade antalet invånare i 202 av 289 kommuner och i 16 av 21 län. Samtidigt fortsatte befolkningstillväxten i nästan oförminskad takt i de av storstadsregionernas förortskommuner där befolkningen växer allra snabbast.

*Diagram 1.1.* Kommunernas befolkningsförändring 1995–2001. Procentuell förändring, rangordnat från största minskning till största ökning



I mer än 100 kommuner minskade antalet invånare med över 5 procent. Den största befolkningsminskningen hade Ljusnarsbergs kommun med 11,6 procent. Drygt 20 kommuner ökade befolk-

ningen med mer än 5 procent. Den klart största befolkningsförändringen av alla kommuner hade Värmdö kommun med en befolkningsökning på knappt 21 procent.

Regionala omflyttningar och svängningar i födelsetalen är inga nya fenomen. Men problematiken är av flera skäl allvarligare nu än tidigare. Befolkningen har under senare år minskat i snabbare takt och i större delar av landet än kanske någonsin tidigare under 1900-talet. Sjunkande födelsetal och en åldrande befolkning har medfört att flertalet kommuner numera har födelseunderskott.

### **Mer fasta resurser**

Kommuner och landsting äger stora fasta resurser i form av bostäder, lokaler och anläggningar som inte låter sig flyttas från regioner med krympande befolkningsunderlag till regioner där invånarna blir fler. Traditionellt har kommunerna, liksom kommuner i de flesta andra länder, ansvarat för infrastrukturen kring bostäder och arbetsplatser. Åtskilliga miljarder har under åren investerats i bland annat gator och VA-anläggningar. De enskilt största investeringarna har dock gjorts i bostäder. Kommunerna äger via de kommunala bostadsföretagen cirka 20 procent av landets bostäder. När antalet hushåll minskar i en kommun leder det därför oftast till såväl överkapacitet i infrastrukturen som vakanta kommunägda bostäder.

Befolkningsminskning innebar tidigare inte med automatik färre hushåll. Den s.k. hushållssplittringen minskade kontinuerligt det genomsnittliga antalet personer per hushåll. Mellan år 1960 och 1990 ökade därför antalet hushåll i landet med nästan 50 procent samtidigt som antalet invånare endast ökade med 15 procent. Det innebar också att trots att befolkningen minskade i 105 kommuner (med nuvarande kommunindelning) mellan 1975 och 1990, minskade antalet hushåll endast i 5 kommuner. Få kommuner hade därför dagens problem med kontinuerligt stigande vakanser i bostadsföretagen. Under nittioalet har hushållssplittringen avtagit och i många kommuner har därför också antalet hushåll minskat kraftigt.

En växande andel av kommunernas fasta resurser utgörs av verksamhetslokaler. De senaste decennierna har den kommunala sektorn framförallt expanderat inom de personalintensiva välfärdstjänsterna barnomsorg, äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Med

expansionen har följt ett ökat behov av verksamhetslokaler och därmed också ökade risker för tomma eller dåligt utnyttjade lokaler i kommuner med minskande befolkning. I kommuner med snabbt växande befolkning krävs istället investeringar i verksamhetslokaler, oftast i barnomsorg och skola.

Efterfrågan på verksamhetslokaler bestäms inte i första hand av hur det totala invånarantalet förändras. Den beror framför allt av utvecklingen för de specifika åldersgrupper som verksamheterna vänder sig till och av statliga reformer eller samhällsförändringar som påverkar målgruppernas efterfrågan.

Kommunsektorn har således med tiden fått allt större fasta resurser. Samtidigt har de regionala skillnaderna i befolkningsutveckling varit stora. Mot denna bakgrund är det naturligt att befolkningsförändringarnas ekonomiska konsekvenser ägnas särskild uppmärksamhet. Inte minst viktigt är hur denna problematik hanteras i det kommunala utjämningsystemet.

### Utjämnning ska ge likvärdiga förutsättningar

Kommunernas och landstingens utjämningsystem syftar till att ge alla kommuner respektive landsting likvärdiga ekonomiska förutsättningar. För att uppnå målet om likvärdiga förutsättningar måste utjämningsystemet hantera de ekonomiska konsekvenserna av befolkningsförändringar. Det görs också idag på ett flertal sätt.

I *inkomstutjämnningen* utjämnas för skillnader i beskattningsbar inkomst, räknat per invånare. Även vid stora skillnader i beskattningsbar inkomst är summan av skatteintäkter och inkomstutjämnning ungefär densamma (räknat per invånare) vid samma utdebitering. In- eller utflyttningens påverkan på medelinkomsten hanteras därför i inkomstutjämnningen.

*Kostnadsutjämnningen* jämnar ut för skillnader i behov av kommunal verksamhet och för att det finns strukturella kostnadskillnader i att producera kommunala tjänster. I kommuner med nettoutflyttning blir åldersstrukturen oftast ”tyngre”. Andelen av befolkningen som behöver kommunala tjänster ökar (framför allt andelen äldre) eftersom personer i åldrarna 20–30 år är starkt överrepresenterade bland utflyttarna. Den tyngre åldersstrukturen kompenseras genom kostnadsutjämnningen.

Utjämningsystemet ska inte tolkas som ett specialdestinerat statsbidrag vilket med automatik ger kommunen eller landstinget

mer resurser när skolbarnen eller de allra äldsta blir fler. För att få ett bättre utfall i kostnadsutjämnningen krävs att *andelen* skolbarn eller äldre ökar mer (eller minskar mindre) än i andra kommuner. Utjämnningen innebär t.ex. att alla kommuner får dela på kostnaderna för en åldrande befolkning, oavsett utvecklingen i den egna kommunen.

I kommunernas kostnadsutjämnning finns också en särskild ersättning för befolkningsminskning. År 2002 omfördelades drygt 750 miljoner kronor i denna del av kostnadsutjämnningen. Eftersom inkomstutjämnning och övriga delar av kostnadsutjämnningen anpassar intäkterna till befolkningsantal och behov har denna ersättning ett annat syfte. Denna ersättning syftar till att ersätta kommunerna för de särskilda kostnader som beror på att antalet invånare tidigare var fler. Det innebär i praktiken att kommunerna ersätts för att det finns kvardröjande fasta kostnader som inte kan minska i samma takt som befolkningen.

Kompensationen för befolkningsminskning har två delar. Om kommunens befolkning har minskat med mer än två procent över en tioårsperiod får kommunen 100 kronor per invånare och procent för den befolkningsminskning som överstiger två procent. Om befolkningen över en treårsperiod har minskat med mer än två procent kan kommunen också få ersättning för färre skolelever. Denna ersättning uppgår till 55 kronor per invånare för varje procentenhet som antalet personer 7–18 år har minskat de senaste tre åren.

År 2003 och 2004 finns dessutom ett särskilt bidrag på 150 miljoner kronor per år till kommuner med kraftig befolkningsminskning. Detta bidrag ges utöver kompensationen i den kommunala kostnadsutjämnningen.

Vid sidan av utjämnningssystemet har landstingen sedan år 2001 ett särskilt bidrag för kraftig befolkningsminskning. Bidraget uppgår till cirka 160 miljoner kronor per år. Bidraget tillfaller landsting som har haft en befolkningsminskning som överstiger två procent under en femårsperiod. Ersättningen är 60 kronor per invånare för varje procentenhets minskning utöver två procent.

Någon särskild kompensation för växande kommuner har aldrig funnits, även om de tidigare mer vanliga investeringsbidragen i större utsträckning kom tillväxtkommuner till del.

Eftersläpningen i utjämnningssystemet har också viss betydelse för de ekonomiska konsekvenserna av befolkningsförändringar. Inkomstutjämnning och generellt statsbidrag beräknas på befolk-

ningen den 1 november året före inkomståret. Det innebär att kommuner med befolkningsstillväxt får intäkter för en mindre befolkning än den faktiska och att kommuner med befolkningsminskning får intäkter för en befolkning som är större än den faktiska.

## Uppdraget

I kommitténs uppdragsbeskrivning framhålls att kraftiga befolkningsförändringar medför ett omvandlingstryck på den kommunala verksamheten. Kommuner med en ökande befolkning behöver göra investeringar och bygga ut sina verksamheter, medan de med viktiga befolkningsunderlag kan behöva minska sin kapacitet.

Det konstateras också att nuvarande ersättning för befolkningsminskning inte fastställts med hjälp av empiriskt underlag utan i huvudsak byggt på politiska bedömningar och att de ekonomiska problem som eventuellt uppstår vid kraftig befolkningsökning inte heller blivit föremål för några empiriska studier.

Uppdraget är därför att belysa den problematik och de ekonomiska konsekvenser som följer av kraftiga befolkningsförändringar i:

- Kommuner med befolkningsminskning
- Kommuner med befolkningsökning
- Landsting med befolkningsminskning

Landsting med befolkningsökning ingår således inte i studien. Det gör inte heller befolkningsminskningens ekonomiska konsekvenser för de kommunala bostadsföretagen.

Tonvikten i studien skall ligga på analys av de ekonomiska konsekvenserna och försöka ge underlag för svar på frågor som:

- Var ligger svårigheterna i att anpassa kostnaderna i takt med att befolkningen minskar eller ökar?
- Vilka verksamheter och vilken typ av kostnader omfattas av problembilden?
- Varför lyckas vissa kommuner och landsting bättre än andra i denna anpassningsprocess?
- Skiljer sig förutsättningarna över landet och för den enskilda kommunen respektive det enskilda landstinget vad avser den tid det tar att anpassa kostnaderna?

## Tolkning och avgränsning

Uppdraget avser särskilda kostnader i kommuner och landsting till följd av kraftiga befolkningsförändringar. Hur intäkterna påverkas av befolkningsförändringar i nuvarande utjämningsystem ingår egentligen inte i uppdraget. De ekonomiska konsekvenserna av t.ex. en tyngre åldersstruktur till följd av utflyttning har berörts i andra sammanhang. Någon aspekt på intäktsutfallet i nuvarande system kommer dock att diskuteras.

Uppdraget är inte heller att konstruera en ny ersättningsmodell för befolkningsminskning eller befolkningsökning. Däremot ligger det i uppdraget att diskutera merkostnadernas storlek och efter vilka principer eller riktlinjer som dessa bör ersättas.

Med särskilda kostnader till följd av befolkningsförändringar menas t.ex. att kostnaden per elev i grundskolan, allt annat lika, är högre på grund av befolkningsminskning eller befolkningsökning. Den ideala jämförelsen är med andra kommuner och landsting som har liknande befolkningsunderlag, ålders- och bebyggelsestruktur etc., men där befolkningens storlek har varit relativt oförändrad. Jämfört med dessa är frågeställningen för krympande kommuner och landsting därför: *Vilka merkostnader har kommunen/landstinget till följd av att man tidigare var fler invånare?* Jämfört med liknande kommuner med stabilt befolkningsunderlag är frågeställningen för växande kommuner: *Vilka merkostnader har kommunen till följd av att man tidigare var färre invånare?* I praktiken är det dock svårt att hitta likartade kommuner eller landsting. Kommuner med en liknande bebyggelsestruktur har ofta en likartad befolkningsutveckling. I stort sett alla glesbygdskommuner har t.ex. haft befolkningsminskning under senare år. Det kan ändå underlätta analysen att ha idealjämförelsen i åtanke för att särskilja merkostnader som beror på befolkningsförändringar från andra merkostnader.

Många av kommunerna med kraftig befolkningsminskning har samvarierande problem eller särdrag där det är svårt att särskilja just befolkningsminskningens merkostnader. Dessa kommuner har oftast ett relativt litet befolkningsunderlag som dessutom ofta bor förhållandevis utspritt över stora ytor. Arbetslösheten är oftast högre än i genomsnittskommunen med en begränsad arbetsmarknad för de relativt sett få yngre vuxna. Andra delar av kostnadsutjämnningen hanterar andra merkostnader. I denna studie är just de merkostnader som beror på befolkningsminskningen i fokus. Vilka

av dagens merkostnader beror på att befolkningen för fem eller tio år sedan var t.ex. tio procent större?

För kommuner och landsting med kraftig befolkningsminskning är hypotesen att det finns kostnader för fasta resurser som lokaler och anläggningar som inte kan minskas i samma takt som befolkningen.

För kommuner med snabbt växande befolkning är hypotesen att stora investeringar och därmed nyare lokaler och anläggningar ger upphov till särskilda merkostnader.

## Metod och genomförande

Merparten av analyserna i denna studie är baserade på officiell statistisk information. De viktigaste källorna är SCB:s befolkningsstatistik och räkenskapssammandrag för kommuner samt Landstingsförbundets bokslutsstatistik. Ett stort antal analyser av befolkningsförändringar och deras samband med kostnader, investeringar, tillgångar och skulder i kommuner och landsting har genomförts.

I de fall där det är möjligt har utvecklingen analyserats per verksamhet. Merkostnader för t.ex. befolkningsminskning bör sökas i de verksamheter där efterfrågan har minskat. Om inte antalet elever minskar är inte befolkningsutvecklingen orsak till ökade kostnader i grundskolan.

Kostnadsutvecklingen bör helst också analyseras för olika kostnadslag. Högre kostnader på grund av ökad lärartäthet är t.ex. inte en merkostnad som kan tillskrivas befolkningstillväxten.

Flera av analyserna har dock brister vad gäller jämförbarhet och kostnadsuppgifternas kvalitet. Särskilt kommunerna är olika organiserade. I många kommuner bedrivs betydande delar av verksamheten av kommunägda bolag eller av privata företag på kommunens uppdrag. Det skapar särskilt stora problem vid jämförelser av kommunernas investeringar, tillgångar och skulder. Dessutom är inte kvalitén på kommunernas kostnadsdata bättre än att det finns anledning till att tolka jämförelserna med viss försiktighet.

Även med mer jämförbara kostnadsdata bör man inte förvänta sig att dessa analyser ger den absoluta sanningen om befolkningsförändringarnas merkostnader. Allt går inte att beräkna. Kostnadskillnader har många olika orsaker som är svåra att skilja från varandra. Slutsatser om merkostnader bör därför också kunna



underbyggas av erfarenheter och allmän kunskap om problematiken kring befolkningsförändringar.

Av detta skäl omfattar studien också fallstudier i fyra kommuner och ett landsting. För att fördjupa analysen har ledande tjänstemän och politiker intervjuats om befolkningsförändringarnas ekonomiska konsekvenser i samband med besök i kommunerna respektive landstinget. Dessa har också lämnat vissa data om lokaler och anläggningar som inte kan hämtas från SCB:s sammanställningar.

Syftet med intervjuerna har varit att få en bild av vilka problem och ekonomiska konsekvenser som kommuner och landsting upplever till följd av de kraftiga befolkningsförändringarna. Intervjuerna har gett uppslag till vissa av de analyser som beskrivs längre fram. Resultat från några av analyserna har också kunnat stämmas av mot åtminstone några kommuners och landstings verklighet. Intervjuerna har också understrukt vikten av att analysera de ekonomiska konsekvenserna verksamhet för verksamhet.

Ett annat syfte har varit att få mer detaljerad information kring fasta resurser som lokaler och anläggningar. Hur stora investeringar har krävts i kommuner med kraftig befolkningstillväxt? Vilken överkapacitet har uppstått i kommuner och landsting med befolkningsminskning? Hur stora är tillgångarnas värden för olika verksamheter? Etc.

Kommunerna och landstingen som studerats är:

*Kommuner med befolkningsökning*

- Värmdö och Kungsbacka

*Kommuner med befolkningsminskning*

- Strömsund och Degerfors

*Landsting med befolkningsminskning*

- Västernorrland

Urvalet var i viss mån godtyckligt, men har också byggt på några förutsättningar, utöver visat intresse för att medverka i studien:

- Kommunerna bör inte ligga i samma region.
- En av öknings- respektive minskningskommunerna bör ha klarat av de ekonomiska påfrestningarna bättre än den andra.

- En av minskningskommunerna bör ha en gles befolkningsstruktur, den andra bör vara mer tätbefolkad.

Tabell 1.1. Bakgrundsfakta fallstudier

	Värmdö	Kungsbacka	Degerfors	Strömsund	Väster-norrland
Inv. 2001	32 100	65 900	10 400	13 600	245 100
Inv. 1980	17 800	43 500	12 200	17 300	267 900
Bef. 1995–2001, %	20,9	8,1	-8,5	-10,9	-5,1
Resultat 2001, kr/inv	-92	1 229	-1 373	1 415	-237

### Rapportens disposition

Analysen inleds i *kapitel 2* med en redogörelse för de senaste årens befolkningsförändringar och deras betydelse för behovet av verksamhetslokaler och anläggningar i kommuner och landsting. Dessutom diskuteras andra förändringar som har haft betydelse för efterfrågan på kommunal verksamhet och därmed också för behovet av verksamhetslokaler. Till sist diskuteras vilka förändringar av befolkningen i olika åldersgrupper och kommuner vi kan förvänta oss under kommande år.

I *kapitel 3* behandlas befolkningsförändringarnas merkostnader. I kapitlet diskuteras förekomsten av fasta kostnader i kommunsektorn och sektorns investeringar, tillgångar och skulder. Sambandet mellan kommunernas befolkningsförändringar och lokal-kostnader analyseras i ett särskilt avsnitt. Dessutom diskuteras personalkostnader och de senaste årens kostnadsutveckling.

Slutsatser och räkneexempel för kommuner med kraftig befolkningsminskning återfinns i *kapitel 4*. Dessutom redogörs kortfattat för de viktigaste slutsatserna av intervjuerna i Strömsund och Degerfors. Efter vilka utgångspunkter kommuner med befolkningsminskning bör ersättas för sina merkostnader diskuteras också.

Motsvarande genomgång för växande kommuner görs i *kapitel 5* och för landsting med minskande befolkning i *kapitel 6*.

## Kapitel 2 Befolknings- och verksamhetsförändringar

Hypotesen är att kommuner och landsting med krympande befolkning har merkostnader eftersom de dimensionerat verksamheten för fler invånare än vad de har idag, medan kommuner med växande befolkning har merkostnader som beror på att verksamheten har behövt byggas ut i snabb takt. Dvs. merkostnader för överkapacitet och investeringar på grund av att efterfrågan har minskat eller ökat. Frågan är därför om efterfrågan eller behovet av kommunernas och landstingens tjänster har förändrats i samma takt som befolkningen har minskat respektive ökat?

Efterfrågan på kommunsektorns tjänster behöver nödvändigtvis inte öka eller minska i samma takt som antalet invånare förändras. Alla invånare efterfrågar inte alla delar av kommunernas och landstingens tjänsteutbud. Tvärtom är stora delar av kommunernas verksamhet riktad mot specifika grupper som barn och handikappade. Den övervägande delen av kommunernas kostnader bestäms av förekomsten av barn, ungdomar, äldre och handikappade. Andra kommunala uppgifter, som t.ex. underhåll av gator och vägar, kan sägas komma alla medborgare till del. Landstingens verksamhet är mer generell inriktad än kommunernas eftersom hälso- och sjukvården vänder sig till alla invånare i landstinget. Men även i sjukvården finns stora skillnader i nyttjande mellan olika åldersgrupper. Kostnaderna är i genomsnitt ca 3 ggr större för personer över 65 år än för personer 0–64 år<sup>1</sup>.

Befolkningsförändringarnas betydelse för överkapacitet och investeringsbehov bestäms därför i stor utsträckning av i vilka åldersgrupper som antalet invånare förändras. Det innebär också att överkapacitet och investeringsbehov inte bara behöver uppstå i kommuner eller landsting där befolkningen ökar eller minskar kraftigt. Stora förändringar av t.ex. grundskolans elevunderlag kan drabba även övriga kommuner. Det beror på att i princip alla kommuner har haft stora variationer i födelsetalen.

Förändringar av antalet invånare, totalt och i olika åldrar, är inte det enda som påverkar efterfrågan på kommunala tjänster. Statliga beslut som förändrar kommunernas eller landstingens uppdrag har också haft stor betydelse för kommunsektorns utveckling.

---

<sup>1</sup> Kommer det att finnas en hjälpande hand?, Bilaga 8 till LU 1999/2000, Finansdepartementet 2000.

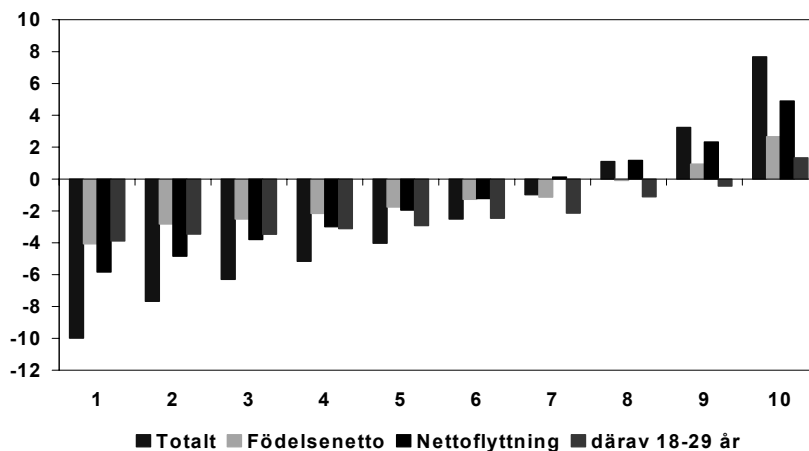
## Perioden 1995–2001

Som nämnts har landets befolkningsökning sedan mitten av 90-talet varit svag. Utvecklingen har dock varit markant olika för olika åldersgrupper. Perioden har för landet som helhet framför allt kännetecknats av följande förändringar:

- *Sjunkande födelsetal:* Antalet barn 0–6 år har minskat med 172 000.
- *Fler grundskoleelever:* Antalet barn och ungdomar 7–15 år har ökat med 134 000.
- *Fler äldre äldre:* Antalet personer 80 år eller äldre har ökat med 49 000.

De regionala skillnaderna i befolkningsutveckling har som också nämnts varit större än kanske någonsin tidigare. Befolkningsförändringarna kan delas upp i födelsenetto och nettoflyttning. Med födelsenetto menas skillnaden mellan antalet födda och antalet döda. Nettoflyttning är antalet inflyttade minus antalet utflyttade. I diagram 2.1 är landets 289 kommuner indelat i 10 grupper, så kallade deciler, efter den procentuella förändringen av antalet invånare mellan år 1995 och 2001. I decil 1 återfinns de 29 kommuner som hade den största minskningen av invånarantalet och i decil 10 de 29 kommuner som hade den största ökningen. Den genomsnittliga befolkningsminskningen var i decil 1 tio procent och befolkningsökningen i decil 10 var i genomsnitt knappt 8 procent.

Diagram 2.1. Procentuell befolkningsförändring 1995–2001, samt uppdelat på födelsenetto och nettoutflyttning. Övägda genomsnitt per decil



Nettoutflyttning var den främsta orsaken till befolkningsminskningen i decilerna 1 till 5. Särskilt starkt bidrog nettoutflyttningen till befolkningsminskningen i de kommuner där minskningen var som störst (decil 1 och 2). Det framgår också att det framförallt är yngre vuxna (18–29 år) som flyttar från dessa kommuner.

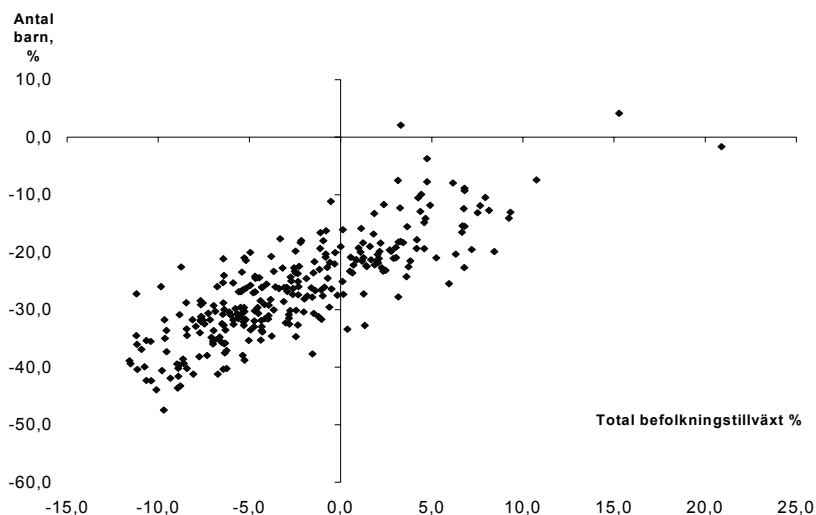
Endast i decil 9 och 10 var födelsenettet positivt. I decil 7–10 var det i genomsnitt fler som flyttade till kommunen än därifrån. Nettoinflyttning hade större betydelse för befolkningsökningen än födelseöverskottet.

Värdena i diagram 2.1 är så kallade övägda genomsnitt. Det innebär att Stockholms kommun väger lika tungt som Bjurholm. Det förklarar varför nio av tio deciler har nettoutflyttning i åldrarna 18–29 år, samtidigt som nettoinflyttning av denna åldersgrupp ändå inte har så stor betydelse för befolkningsökningen i decil 10. I dessa åldrar går nettoutflyttningen från merparten av landets kommuner till några få kommuner med stor befolkning som Stockholm, Göteborg och Umeå.

Mot bakgrund av de stora regionala skillnaderna i befolkningsförändring är det rimligt att ställa frågan om i vilken utsträckning den allmänna demografiska beskrivningen av perioden – färre små-

barn, fler grundskolebarn och äldre – är en bild som de flesta kommuner känner igen sig i?

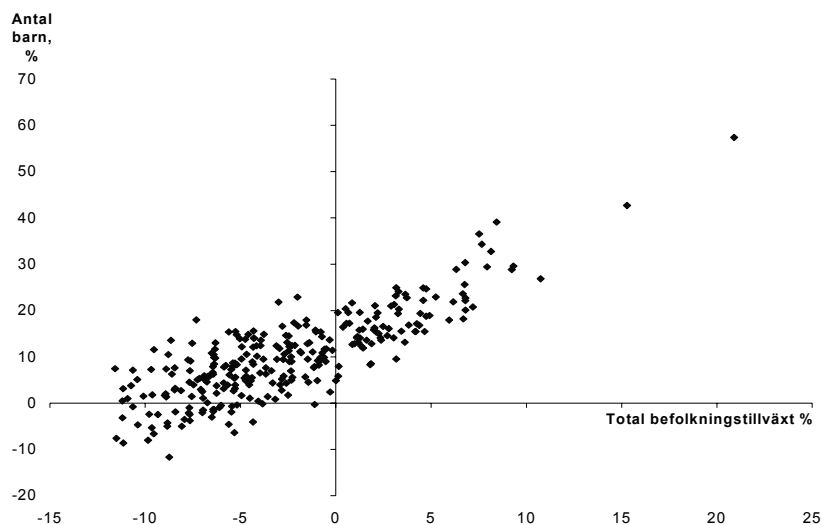
*Diagram 2.2.* Procentuell förändring per kommun av antalet barn 0–6 år mellan 1995 och 2001. Kommunerna rangordnade efter total befolkningsförändring under perioden



Av diagram 2.2 framgår att antalet småbarn minskade i nästan alla kommuner. I bara två kommuner, Vaxholm och Danderyd, ökade antalet barn under perioden. Det finns ett tydligt samband mellan den totala befolkningsförändringen och förändringen av antalet barn. I *alla* kommuner var utvecklingen av antalet barn sämre än för totalbefolkningen. I genomsnitt minskade antalet barn med mer än 25 procent. I 16 kommuner minskade antalet barn med över 40 procent.

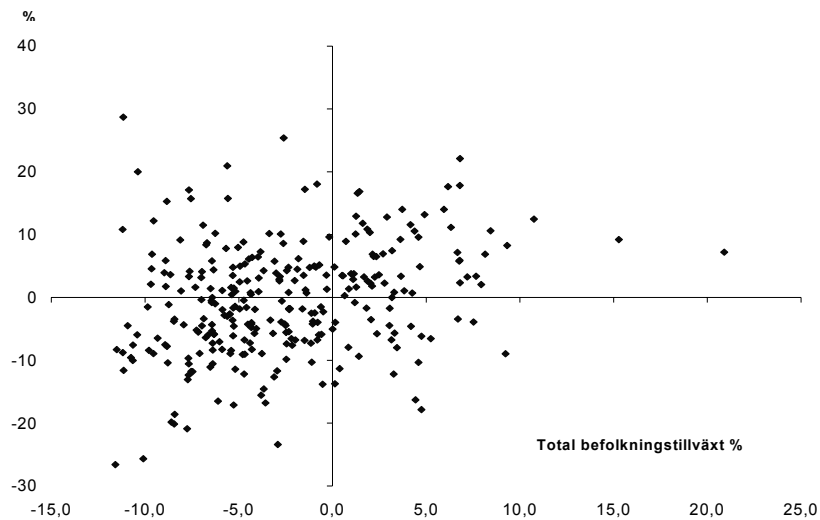
Nedgången i antalet barn har dock motverkats av en kraftig ökning av *andelen* barn som är inskrivna i förskolan. Mellan år 1996 och 2001 ökade andelen inskrivna barn 1–5 år från 55,6 till 67,8 procent. Den procentuella ökningen av andelen inskrivna barn var således drygt 20 procent. En viktig orsak till ökningen var statliga regelförändringar som barnomsorgslagen. I praktiken var det därför få kommuner som trots kraftiga minskningar av födelse-talen upplevde någon större efterfrågeminskning i förskolan.

Diagram 2.3. Procentuell förändring per kommun av antalet barn 7–15 år mellan 1995 och 2001. Kommunerna rangordnade efter total befolkningsförändring under perioden



I grundskolan var utvecklingen i stort sett den omvända jämfört med den för de små barnen. Antalet barn och ungdomar 7–15 år minskade endast i 36 kommuner. I genomsnitt ökade grundskoleleverna med cirka 10 procent. Ett ökat lokalbehov har alltså varit vanligare än lokalöverskott i grundskolan under denna period. I Värmdö ökade t.ex. antalet grundskolebarn med hela 57 procent. Även för grundskolebarnen finns ett tydligt samband mellan den totala befolkningsförändringen och utvecklingen för åldersgruppen.

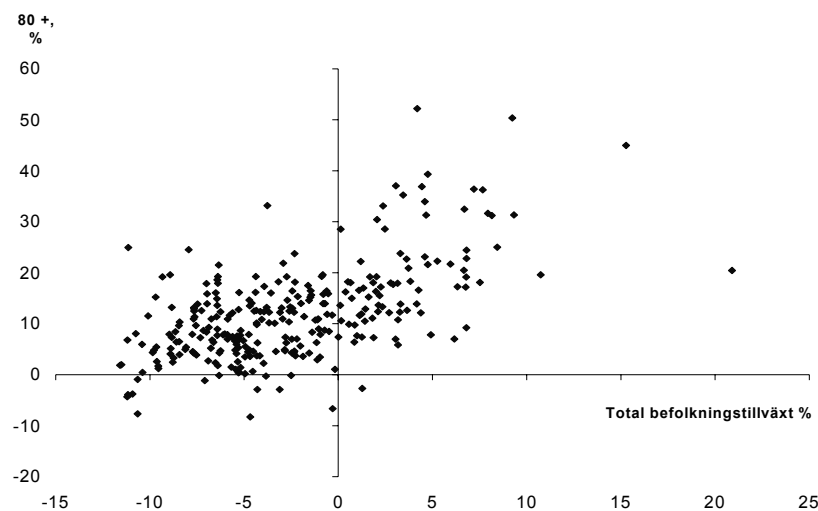
Diagram 2.4. Procentuell förändring per kommun av antalet ungdomar 16–18 år mellan 1995 och 2001. Kommunerna rangordnade efter total befolkningsförändring under perioden



Antalet ungdomar 16–18 år ökade med 8 000 personer mellan 1995 och 2001. Utvecklingen av antalet elever var likartad. Variationerna mellan kommunerna var stora och sambandet var svagt mellan total befolkningsförändring och utvecklingen i gymnasieåldrarna. Flera kommuner hade relativt stora minskningar av antalet ungdomar och elever under perioden. Till viss del kan den minskade efterfrågan uppvägs av utbyggnaden av vuxenutbildningen (kunskapslyftet).



Diagram 2.5. Procentuell förändring per kommun av antalet personer 80 år eller äldre mellan 1995 och 2001. Kommunerna rangordnade efter total befolkningsförändring under perioden



Antalet personer 80 år eller äldre ökade i 275 av 289 kommuner under perioden. Den genomsnittliga ökningen var 12 procent och i 18 kommuner var ökningen 30 procent eller mer. I två kommuner, Österåker och Järfälla, ökade antalet personer 80 år eller äldre med mer än 50 procent, vilket är anmärkningsvärt för en så kort tidsperiod som 6 år. Sambandet är relativt svagt mellan utvecklingen för åldersgruppen och den totala befolkningsförändringen.

Utvecklingen för denna åldersgrupp är ingen exakt indikator på hur behovet av äldreomsorg förändras. Man kan ändå konstatera att behovet av äldreomsorg har ökat i flertalet kommuner, och att i många av dessa har de ökade behoven krävt en snabb expansion av verksamheten.

Kommunerna i fallstudien exemplifierar väl hur krympande och växande kommuner ändå har likartade demografiska svängningar. I alla fyra kommunerna minskade antalet barn 0–6 år och ökade antalet barn 7–15 år, trots att den totala befolkningsförändringen varierar från plus 21 till minus 11 procent. Antalet personer över 80 år ökade i tre av kommunerna. Det framgår också hur utvecklingen i åldersgruppen 19–64 år sammanfaller med den totala befolkningsförändringen.

Tabell 2.1. Befolkningsförändringar i fallstudiekommunerna 1995–2001. Procentuell förändring

	Värmdö	Kungsbacka	Degerfors	Strömsund
0–6 år	-2	-13	-33	-37
7–15 år	57	33	8	1
16–18 år	7	7	-20	-4
19–64 år	20	5	-8	-9
65–79 år	19	13	-9	-16
80– år	20	31	6	-4
<i>Totalt</i>	<i>21</i>	<i>8</i>	<i>-8</i>	<i>-11</i>

En slutsats av utvecklingen under de senaste åren är att lokalöverskott eller stora nyinvesteringar inte är problem som är isolerade till de kommuner som har de allra största befolkningsförändringarna. Betydande förändringar i efterfrågan kan även uppstå i kommuner med stabila invånartal. Det är en viktig slutsats eftersom utjämningsystemet ska kompensera merkostnader jämfört med övriga kommuner, inte kostnader som drabbar alla.

Få kommuner har under perioden haft någon större minskning av efterfrågan inom de åldersberoende verksamheterna barnomsorg, skola och äldreomsorg. Dessa verksamheter står för den dominerande delen av kommunernas utgifter. De största problemen hänger snarare samman med den kraftiga totala befolkningsminskningen i många kommuner, samt utflyttningen av yngre vuxna. Vi återkommer till vilka verksamheter som drabbas särskilt av denna utveckling. Tillsvidare kan konstateras att befolkningsminskningens allvarligaste ekonomiska konsekvenser under perioden i de flesta fall hänger samman med det kommunala innehavet av bostäder.

Många kommuner har däremot haft kraftiga ökning av efterfrågan inom särskilt grundskolan och äldreomsorgen. I några av kommunerna har antalet elever eller äldre ökat med mer än 50 procent på bara sex år. Det är uppenbart att denna efterfrågeökning inte kunnat hanteras utan omfattande nyinvesteringar.

Perioden 1995 till 2001 har varit speciell. Överkapacitet av verksamhetslokaler har troligen varit ovanligt sällsynt och verksamheternas investeringsbehov ovanligt stora. Det kan därför vara av intresse att blicka framåt. I vilken utsträckning kommer över-

kapacitet och investeringsbehov att vara ett problem under kommande år?

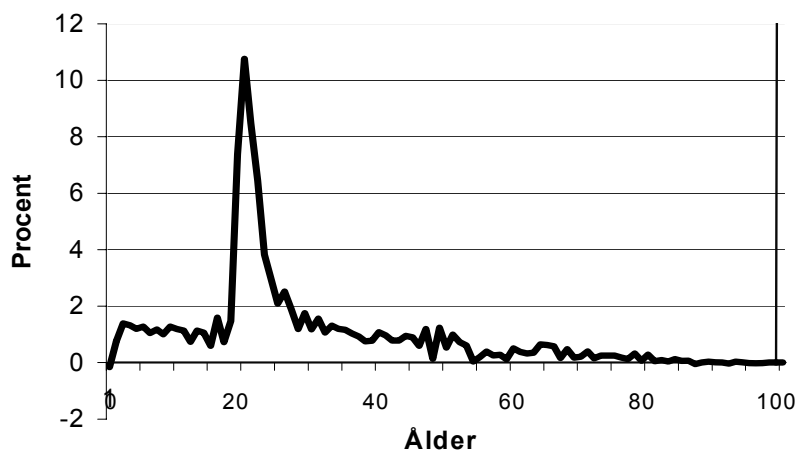
### **Prognos för åren 2001–2007**

Statistiska Centralbyrån gör kontinuerligt prognoser för landets befolkningsutveckling. I den senaste så kallade huvudprognosen antas födelsetalen successivt stiga från knappt 1,6 barn per kvinna år 2001 till 1,8 år 2010. Nettoinvandringen antas minska från ca 30 000 personer i år till ca 20 000 år 2010. Medellivslängden antas fortsätta att stiga. Resultatet blir att befolkningen växer med ca 275 000 personer eller med 3 procent mellan år 2001 och 2010.

En befolkningsprognos är alltid osäker. Det gäller inte minst utvecklingen av födelsetalen. Att göra prognoser om regioners befolkningsutveckling är självfallet än mer osäkert. Utöver den nationella prognosens osäkerhet tillkommer osäkerheten om i vilka kommuner som barnen kommer att födas och om kommunernas nettoutfall av den relativt omfattande inrikes omflyttningen.

I detta avsnitt redovisas en nedbrytning av SCB:s huvudprognos till kommunal nivå. Prognosen redovisas för perioden 2001–2007, dvs. för en lika lång tidsperiod som i föregående avsnitt. Utöver antagandena för den nationella prognosen baseras kommunprognosen på ett genomsnitt av de senaste 15 årens flyttmönster, samt på regionala skillnader i fruktsamhet och dödlighet.

Diagram 2.6. Andel av total nettoutflyttning i olika åldrar 1996–2001. Genomsnitt för de 10 kommuner som hade den största nettoutflyttningen under perioden



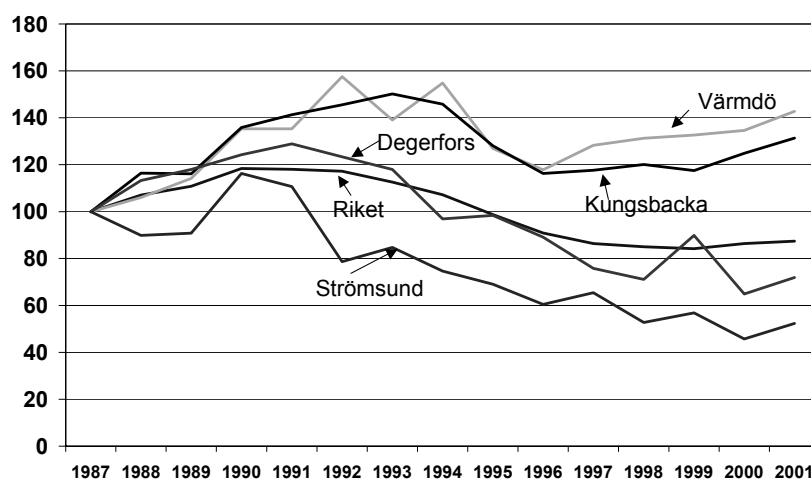
Befolkningens fördelning i olika åldersgrupper bestämmer i stor utsträckning även den framtida åldersstrukturen. I många åldersgrupper är flyttfrekvenserna låga. Det gäller såväl för barn som för äldre. Det vill säga för de åldersgrupper som har störst betydelse för efterfrågan på kommunala tjänster. För yngre vuxna (20–30 år) är flyttbenägenheten som störst. Det är troligen också för denna grupp som osäkerheten är störst i framtiden. Några dramatiska förändringar av barnfamiljers och äldres flyttbenägenhet är inte särskilt sannolika. Det innebär att vi med större säkerhet än om enskilda kommuners totala befolkningsutveckling kan uttala oss om hur antalet personer i *vissa åldersgrupper* kommer att förändras. Osäkerheten är störst om barnafödandet och därmed om behovsutvecklingen inom förskolan. Däremot är t.ex. alla grundskoleelever år 2007 redan födda.

Fram till år 2007 är följande demografiska förändringar de mest uttalade för landet i stort:

- De stora barnkullarna som föddes åren kring 1990 lämnar grundskolan och börjar i gymnasiet.
- De allra äldsta fortsätter att bli fler.

Som framgått bestäms lokalbehovet på några års sikt i första hand av födelsetalen – inte av utflyttningen - eftersom denna i hög grad sker i åldrar som inte efterfrågar så mycket kommunal service. Indirekt har utflyttningen av yngre vuxna dock stor betydelse eftersom de påverkar framtida barnafödande i kommunen. Det är orsaken till den trots allt relativt starka samvariationen mellan utvecklingen av totalbefolkningen och utvecklingen av antalet födda barn. Antalet födda barn i fallstudiekommunerna kan exemplifiera detta.

Diagram 2.7. Antalet födda barn 1987–2001. Index 1987=100



År 2001 föddes drygt 91 000 barn i landet. Det var 13 procent färre än år 1987 och 26 procent färre än toppåret 1990. Utvecklingen i enskilda kommuner skiljer sig dock kraftigt mot riksgenomsnittet. I Värmdö och Kungsbacka föddes 43 respektive 31 procent fler barn 2001 än 1987. Antalet födda närmar sig nu i dessa kommuner toppåren 1992 och 1993. I Degerfors ökade under några år antalet födda snabbare än i landet i stort. Därefter har barnafödandet minskat kraftigt och 2001 föddes 28 procent färre barn än år 1987. I Strömsund har minskningen varit än mer markant. De senaste åren har antalet födda legat kring hälften av 1987 års nivå.

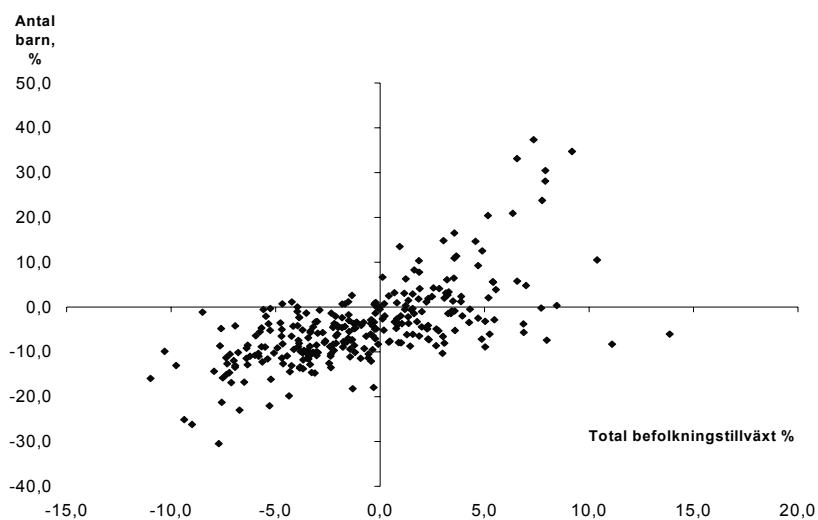
Tabell 2.2. Antal kvinnor 20–40 år i Värmdö och Strömsund 1987, 1994 och 2001

	1987	1994	2001
Värmdö	3 111	3 878	4 652
Strömsund	1 755	1 583	1 210

Orsaken till att barnafödandet utvecklats så olika framgår av tabellen ovan. Antalet kvinnor 20–40 år har ökat med 50 procent i Värmdö sedan 1987, medan antalet har minskat med drygt 30 procent i Strömsund. Det är alltså inte skillnader i fruktsamhet (dvs. antal födda barn per kvinna i fertil ålder) som förklarar utvecklingen. Flyttströmmarna är den viktigaste orsaken till att barnafödandet utvecklas så olika.

Kommunernas totala befolkningsförändring är i prognosen relativt likartad de senaste årens utveckling. I 179 kommuner beräknas antalet invånare minska. Det sker i stort sett i de kommuner där befolkningen minskade också under perioden 1995 till 2001.

Diagram 2.8. Procentuell förändring per kommun av antalet barn 0–6 år mellan 2001 och 2007. Kommunerna rangordnade efter total befolkningsförändring under perioden

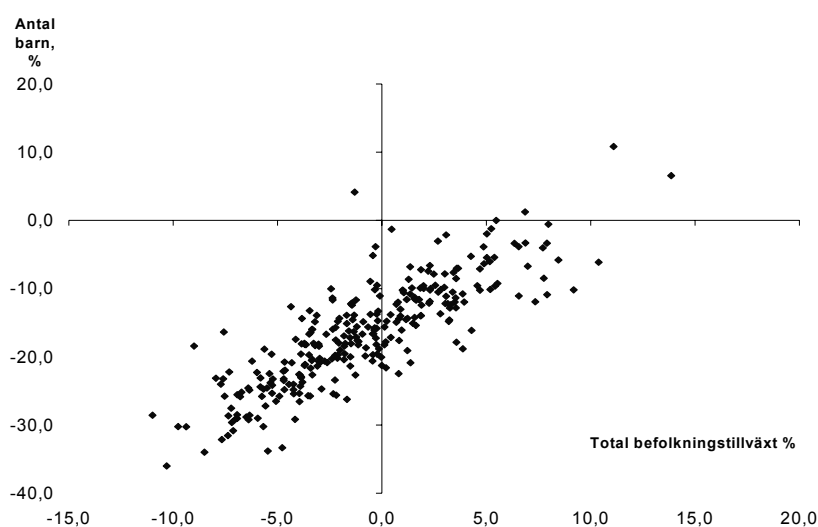


Källa: Särskild framskrivning av SCB.

Utvecklingen av antalet barn 0–6 år uppvisar stora skillnader mellan kommunerna. I tre fjärdedelar av kommunerna beräknas barnen bli färre. I 66 kommuner minskar antalet barn med mer än 10 procent i prognosen. I 17 kommuner beräknas barnantalet öka med mer än 10 procent. Sambandet är starkt mellan antalet födda barn och kommunens totala befolkningsförändring.

Förskolan kan därför komma att bli ett verksamhetsområde där några kommuner har stora problem med överkapacitet samtidigt som andra behöver investera i nya verksamhetslokaler. Problemet med överkapacitet kan dock komma att mildras av maxtaxan och andra regelförändringar som påverkar efterfrågan på barnomsorg.

*Diagram 2.9.* Procentuell förändring per kommun av antalet barn 7–15 år mellan 2001 och 2007. Kommunerna rangordnade efter total befolkningsförändring under perioden

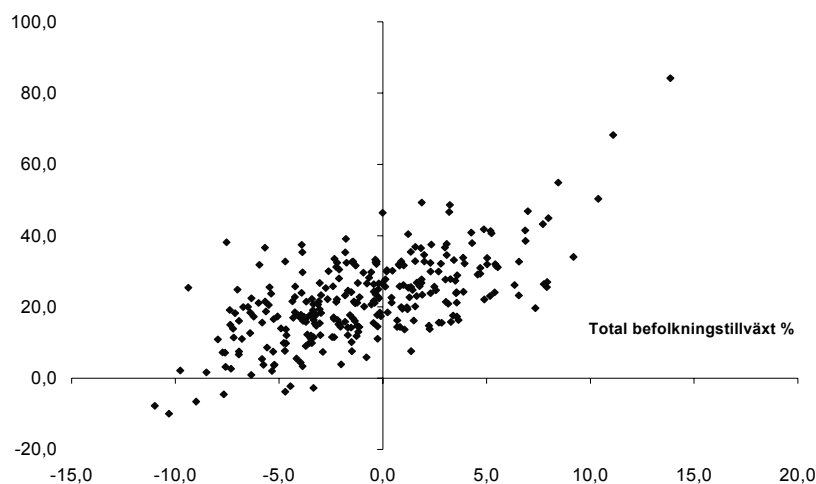


*Källa:* Särskild framskrivning av SCB.

Grundskoleeleverna år 2007 är redan födda, även om man inte säkert vet var de kommer att bo. I prognosen är det bara i 5 kommuner som grundskolebarnen förväntas bli fler under perioden. Överkapacitet kommer att bli ett problem för flertalet kommuner. I genomsnittskommunen minskar antalet grundskolebarn med drygt 16 procent. I 10 kommuner förväntas antalet elever minska

med mer än 30 procent. Sambandet är även i grundskolan starkt mellan förändringar i antalet elever och kommunens totala befolkningsförändring.

*Diagram 2.10.* Procentuell förändring per kommun av antalet ungdomar 16–18 år mellan 2001 och 2007. Kommunerna rangordnade efter total befolkningsförändring under perioden



*Källa:* Särskild framskrivning av SCB.

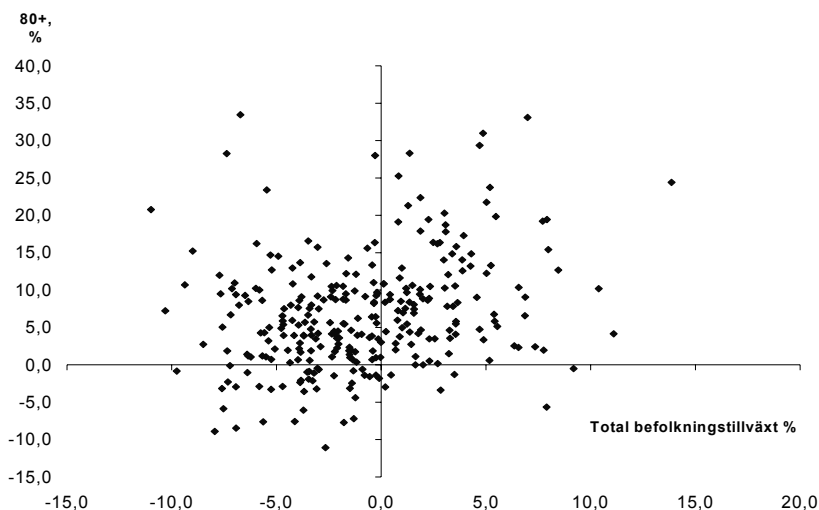
Förändringarna av gymnasieskolans elevunderlag är närmast den motsatta jämfört med grundskolans. I bara några få kommuner förväntas antalet ungdomar 16–18 år minska. De stora kullarna som föddes kring 1990 kommer år 2007 att ha uppnått gymnasieåldern. I genomsnittskommunen ökar därför antalet gymnasieungdomar med 22 procent. Fyra kommuner förväntas få en ökning som överstiger 50 procent.

Utvecklingen inom gymnasieskolan kommer att ge upphov till lokalförsörjningsproblem i många kommuner. Svängningarna blir särskilt stora i gymnasieskolan eftersom verksamheten riktar sig till så få årskullar. Gymnasieskolan är troligen det verksamhetsområde som kommer att få det relativt sett största nyinvesteringsbehovet de närmaste åren. I en del kommuner kan tidigare grundskolelokaler komma att användas för gymnasieutbildningen. Men även i



dessa fall kommer anpassning till en annan verksamhet att kräva omfattande investeringar.

*Diagram 2.11.* Procentuell förändring per kommun av antalet personer 80 år eller äldre mellan 2001 och 2007. Kommunerna rangordnade efter total befolkningsförändring under perioden



*Källa:* Särskild framskrivning av SCB.

Antalet personer 80 år eller äldre förväntas öka i 84 procent av kommunerna. I 36 kommuner med mer än 15 procent. Jämfört med perioden 1995 till 2001 dämpas ändå ökningstakten.

Utvecklingen för åldersgruppen uppvisar ett mycket svagt samband med den totala befolkningsförändringen. Den nuvarande åldersstrukturen bestämmer utvecklingen för denna åldersgrupp, inte födelsetal och flyttströmmar.

Överkapacitet eller investeringsbehov kan alltså för äldreomsorgen inte automatiskt kopplas till den totala befolkningsförändringen. Det är därför inte lämpligt att inkludera äldreomsorgens lokalkostnader i en mer schablonmässig beräkning av vad det kostar att växa och krympa. För äldreomsorgen bör kompensation för överkapacitet eller investeringsbehov bygga på den faktiska utvecklingen för berörda åldersgrupper. Lokalkostnaderna i äldreomsorgen utgör också en betydligt mindre andel av

kostnaderna än inom barnomsorg och skola. Netto blir andelen än mindre eftersom vårdtagarna i särskilt boende dessutom betalar hyra.

## Slutsatser

En viktig slutsats av genomgången ovan är att kommuner med kraftig befolkningsminskning står inför en period med stora risker för överkapacitet av verksamhetslokaler. Det gäller framförallt grundskolor, men i många kommuner också barnomsorgslokaler. I kommuner med kraftig befolkningsminskning blir ökningen inom gymnasieskolan inte heller lika markant som i övriga kommuner. Man kan därför inte räkna med att ledig kapaciteten i grundskolan i någon större utsträckning kan komma att efterfrågas av gymnasieskolan.

I växande kommuner är slutsatsen den omvända. Även om gymnasieskolan måste byggas ut motsvarar det inte de senaste årens kraftiga utbyggnad av grundskolan. I *antal* elever blir uppgången inte lika stor eftersom årskullarna är färre. Utbyggnadsbehovet kan dock komma att drabba flera verksamheter. I många av de växande kommunerna förväntas barnantalet fortsätta att öka. I de fall som antalet äldre dessutom ökar i snabb takt kan den sammantagna belastningen i snabbväxande kommuner bli fortsatt hög.

I en del av kommunerna med måttliga befolkningsförändringar motsvaras det minskande antalet grundskoleelever någorlunda av en ökning inom gymnasieskolan. I någon mån kan det minska dessa kommuners anpassningsproblem. Men som framgått av diagrammen ovan är efterfrågeförändringar inom de åldersberoende verksamheterna ändå något som drabbar alla kommuner, om än i olika utsträckning. Det innebär också att de särskilda kostnaderna för lokalanpassning i snabbt krympande eller växande kommuner inte ska jämföras med noll. Kontinuerlig lokalanpassning är ett problem och en uppgift för alla kommuner.

## Kapitel 3 Befolkningsförändringarnas merkostnader

### Fasta kostnader

Av kapitel 2 framgick att betydande förändringar av efterfrågan på olika kommunala tjänster snarare är regel än undantag. Hur snabbt kommunerna klarar att anpassa kostnaderna när produktionen förändras beror på i vilken utsträckning som kostnaderna är rörliga respektive fasta. Med rörliga kostnader menas att dessa kan minska eller öka i takt med att produktionsvolymen förändras. Befolkningsförändringar skulle inte utgöra något särskilt ekonomiskt problem om alla kommunala kostnader var rörliga. Kostnaderna skulle kunna anpassas till de förändringar av intäkterna som följer av befolkningsförändringarna. Problemet är att långt ifrån alla kostnader kan betraktas som fullständigt rörliga. Kostnaden per producerad tjänst/service riskerar därför att stiga när efterfrågan och produktionen minskar.

Definitionen av en fast kostnad är att den inte påverkas av hur mycket som produceras. Ett exempel från den varuproducerande sektorn är utvecklingskostnaden för en ny produkt, t.ex. en ny bilmodell. Utvecklingskostnaden påverkas inte alls av antalet sålda och producerade bilar. Det innebär att ju färre bilar som produceras desto större blir utvecklingskostnaden per bil. Med helt fasta kostnader får minskad produktion stora negativa ekonomiska konsekvenser.

Kommunsektorns fasta kostnader har sin grund i verksamheternas behov av lokaler och anläggningar. Dessa har en lång teknisk livslängd och förbrukas/ används därför under lång tid. Förbrukningstiden är också i redovisningen avgörande för om en utgift ska betraktas som en kostnad eller en investering. En kostnad belastar årets resultat medan investeringsutgiften fördelas över hela livslängden. Fördelningen sker genom en årlig avskrivning som uppgår till den ursprungliga investeringsutgiften dividerat med den förväntade livslängden. Om investeringsobjektets faktiska livslängd reduceras av befolkningsutvecklingen kvarstår därför kostnader för den ursprungliga investeringen som ännu inte belastat kommunens/landstingets resultat.

I praktiken är merparten av kostnaderna vare sig helt fasta eller helt rörliga. Kommunernas kostnader för lokaler och anläggningar kan t.ex. betraktas som halvfasta. Om antalet invånare och verk-

samheten växer kraftigt räcker inte nuvarande lokaler och anläggningar till. T.ex. kan normalt lokalkostnaden för en skola inte delas av så många fler elever, så småningom krävs investeringar i nya skolor. Inte heller i kommuner där befolkning och efterfrågan minskar är lokal- och anläggningskostnader helt fasta eller rörliga. Om kommunen t.ex. lägger ner en skola minskar drift- och underhållskostnaderna. Däremot är kapitalkostnaderna fasta, eftersom dessa inte har någon koppling till lokalens användning.

För att bättre förstå bakgrunden till de merkostnader som uppstår vid kraftiga befolkningsförändringar är det lämpligt att först se närmare på kommunernas och landstingens investeringar, tillgångsvärden och skuldsättning.

### **Investeringar, tillgångar och skulder**

Eftersom en lokal eller anläggning ska förbrukas över en längre tidsperiod bokförs investeringen också som en tillgång i balansräkningen. Anläggningstillgångars bokförda värde uppgår i kommunal verksamhet normalt till den ursprungliga investeringsutgiften minskat med de över åren ackumulerade avskrivningarna. Ju tidigare i livscykeln som en lokal eller anläggning inte längre efterfrågas av verksamheten desto större är det återstående värdet. Det gäller därmed också den kostnad för nedskrivning av det bokförda värdet som belastar det ekonomiska resultatet.

I praktiken har investeringens finansiering också betydelse för de kvarstående kostnaderna. Om investeringen har finansierats med lån kommer även räntebetalningar att belasta framtida resultat. Att helt eller delvis finansiera investeringar med lånat kapital behöver inte tolkas som ekonomiskt lättsinne. Det som skiljer en investering från en kostnad är att även framtida invånare nyttjar/förbrukar investeringsobjektet. Att finansiera en kommunal investering med lån innebär därför att även dessa invånare betalar investeringsutgiften via räntor och amorteringar.

I snabbt växande kommuner måste verksamheten byggas ut i takt med att befolkning och efterfrågan ökar. Genomsnittslokalen eller anläggningen är därför yngre än i andra kommuner. Allt annat lika innebär det högre tillgångsvärden och skulder.

Vilka slutsatser kan man då dra av att jämföra investeringar, värden och skulder för kommuner och landsting med olika befolkningsförändringar? Av flera skäl bör man vara försiktig med att dra

allt för starka slutsatser. En orsak är att det i praktiken inte är självklart vilka utgifter som är investeringar respektive t.ex. underhållskostnader. Även om det finns vägledande redovisningsprinciper finns det utrymme för godtycke och olika tolkningar. Det påverkar dock bara analysen om olika redovisningsprinciper samvarierar med befolkningsutvecklingen.

Det stora problemet med att jämföra investeringar, värden och skulder beror på att verksamheten i olika utsträckning bedrivs i förvaltnings- respektive bolagsform. Framför allt två förhållanden påverkar kraftigt jämförelser av investeringar och balansräkningsposter. Den första är om merparten av verksamhetslokalerna ägs av ett särskilt kommunalt bolag (eller hyrs av andra ägare). Om så är fallet kommer en betydande del av investeringar, tillgångar och skulder inte att framgå av kommunens redovisning. Den andra situationen är om den relativt kapitalintensiva VA-verksamheten bedrivs i bolag.

Det är inte möjligt att korrigera för dessa skillnader eftersom Statistiska Centralbyrån endast samlar in uppgifter för kommunen respektive samlat för kommunkoncernen. Att jämföra kommunkoncernens investeringar etc. ger inte heller en rättvisande bild eftersom bostadsföretagen står för en mycket stor del av kommunkoncernens tillgångar och skulder. Bostadsföretagen är olika stora i olika kommuner, t.ex. räknat i antalet lägenheter eller bokförda värden per invånare. Några kommuner äger överhuvudtaget inte några bostäder.

För att ge en någorlunda korrekt bild av sambandet mellan befolkningsförändringar och investeringar, skulder och tillgångar har istället ca 70 kommuner tagits bort från analysen i detta avsnitt. Dessa kommuner har utifrån en analys av externa hyreskostnader m.m. antagits ha verksamhetslokaler eller VA i särskilt bolag.

### **Tillgångar och skulder**

Hur stora tillgångar och skulder har då kommuner och landsting? Av tabell 3.1 framgår att skillnaderna är stora mellan kommunerna och landstingen.

Tabell 3.1. Tillgångar och skulder samt lokal- och anläggningskostnader i kommuner och landsting 2001. Miljarder kronor

	<i>Kommun</i>	<i>Kommun- koncern</i>	<i>Landsting</i>
Materiella anläggningstillg.	229	570	54
Långfristiga skulder	89	277	8
"Gammal" pensionsskuld	147		90
Lokal- och anläggningskostn.	47		10

Kommunernas materiella anläggningstillgångar är drygt fyra gånger större än landstingens. Inkluderas även de kommunägda företagen blir skillnaden än mer markant. Kommunkoncernens bokförda värden är drygt 10 gånger större än landstingens. Skillnaderna i långfristiga skulder är ännu större. Landstingssektorns långfristiga skulder (exkl. pensionsskuld) uppgår till i sammanhanget blygsamma 8 miljarder kronor. Landstingens lokal- och anläggningskostnader vid befolkningsförändringar behandlas därför lite mer översiktligt än kommunernas i detta kapitel. Landstingens merkostnader vid befolkningsminskning diskuteras dock mer utförligt i kapitel 6.

Det stora skuldproblemet för landsting med befolkningsminskning beror på de över åren intjänade pensionsrättigheterna. Den "gamla" pensionsskulden är mer än 10 gånger större än övriga långfristiga skulder. Landstingens pensionsskuld är också relativt sett större än kommunernas (t.ex. i förhållande till utdebitering eller totala utgifter). Pensionsskulden och befolkningsförändringar i såväl kommuner som landsting diskuteras därför nedan.

Kommunkoncernens 570 miljarder kronor i materiella anläggningstillgångar motsvarar knappt 65 000 kronor per invånare, medan de långfristiga skulderna (exkl. pensionsskulden) uppgår till drygt 30 000 kronor per invånare. Det är betydande belopp som visar på nödvändigheten av att särskilt beakta merkostnader för lokaler och anläggningar i kommuner med befolkningsminskning.

Större delen av skillnaden mellan kommunernas respektive kommunkoncernens skulder och tillgångar hänger dock samman med bostadsinnehavet. Bostadsföretagen har ensamt större tillgångar och skulder än kommunerna. Det är orsaken till de stora problem som drabbade många kommuner när vakanserna ökade i snabb takt under andra halvan av 1990-talet. Att analysera merkostnader på

grund av tomma bostäder ingår dock inte i detta uppdrag. Mot bakgrund av ovanstående bör det dock nämnas att under de senaste åren har de stora tillgångarna och skulderna i kommunala bostadsföretag orsakat betydligt större ekonomiska problem än innehavet av verksamhetslokaler och anläggningar. Även de kommande åren kan tomma lägenheter i kommuner med kraftig befolkningsminskning förväntas innebära stora kostnader för dessa kommuner<sup>2</sup>.

### Tillgångar och befolkningsförändringar

En tillgångs bokförda värde är en funktion av investeringsutgiften, livslängden och tiden. Upp- eller nedskrivningar av det bokförda värdet är relativt sällsynta. Inflationen har särskilt för äldre investeringar stor betydelse för dagens värde i förhållande till en ny lokal eller anläggning. Det bokförda värdet säger egentligen inte så mycket om vad tillgången är *värd*. Det gäller oavsett om man definierar värdet som bruks- eller marknadsvärde.

Vid en jämförelse av två någorlunda likvärdiga skolor där den ena byggdes 1995 och den andra 1975 bör det bokförda värdet alltså vara betydligt högre för den förra. Det beror dels på att det pga inflation, löneökningar och ökad nybyggnadsstandard kostade betydligt mer i nominella priser att bygga en skola 1995 än 1975. Dessutom har antalet avskrivningsår varit betydligt färre för skolan som byggdes år 1995.

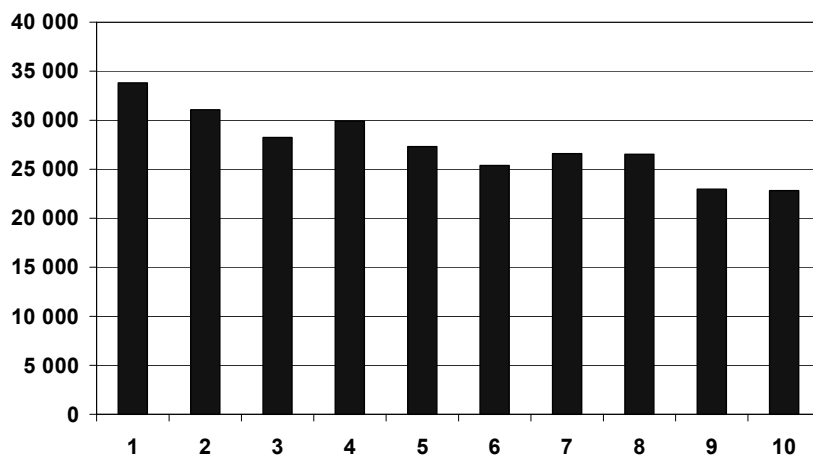
Mot denna bakgrund kunde man tro att värdet av växande kommuners anläggningstillgångar skulle vara betydligt större än för andra kommuner. Så är dock inte alls fallet.

---

<sup>2</sup> Se t.ex. *Efter bostadsakuten – tomma lägenheter kostar på*, Svenska Kommunförbundet och SABO 2001.

Diagram 3.1. Bokförda värden för kommunernas materiella anläggningstillgångar år 2001. Kommunerna indelade i deciler efter befolkningsförändring. Övägda genomsnitt per decil

Kronor per invånare



I decil 10 återfinns de kommuner som har haft den snabbaste befolkningsstillväxten under senare år. Värdet av dessa kommuners materiella anläggningstillgångar per invånare är lägre än för alla andra deciler. Störst värde per invånare har decil 1, dvs. kommunerna med den sämsta befolkningsutvecklingen.

Den främsta orsaken till detta är att växande kommuner har betydligt mindre av lokaler och anläggningar än minskande kommuner (räknat t.ex. i ytor per invånare). Det förklaras av ålders- och bebyggelsestruktur. Normalt produceras mindre verksamhet per invånare i växande kommuner än i de som krymper. De växande förortskommunerna har landets högsta andelar av befolkningen i åldrarna 20–64 år och därför också den relativt sett minsta andelen som efterfrågar kommunal service. Glesbefolkade kommuner behöver också mer anläggningstillgångar än tätare kommuner. Särskilda glesbygdsmerkostnader som också inkluderar lokalkostnader kompenseras också i t.ex. utjämningen för grundskolan. Att krympande kommuner har särskilt stora bokförda värden kan också indikera ett samband med just befolkningsminskningen, dvs. de kan idag ha en viss överkapacitet.



Dessutom finns det en helt annan privat marknad för lokaler i storstadsregionerna. Även om vi försökt rensa bort kommuner med verksamhetslokaler i särskilt bolag finns det skillnader i vilken utsträckning som kommunerna hyr lokaler.

Det skulle ändå vara intressant att veta vilka verksamheter som ger upphov till mönstret i diagrammet ovan. Tyvärr finns ingen samlad statistik över olika kommuners tillgångar och värden uppdelat på verksamheter. Uppgifter från fallstudiekommunerna stödjer dock teorin om att växande kommuner har högre bokförda värden för jämförbara lokaler.

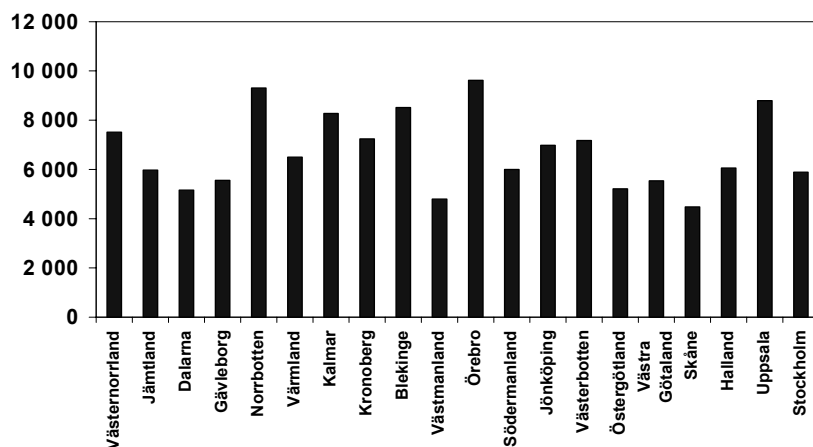
Tabell 3.2. Bokförda värden för skollokaler år 2001 i fallstudiekommunerna. Kronor per invånare

<i>Värmdö</i>	<i>Kungsbacka</i>	<i>Strömsund</i>	<i>Degerfors</i>
15 400	11 300	7 400	6 100

Skillnaderna är åtminstone vad gäller skollokaler relativt stora. De är dessutom ännu större om man jämför det bokförda värdet per kvadratmeter. Fördelningen av dessa kommuners bokförda värden är inte jämförbar för alla verksamheter. Det framgår dock att mönstret är likartat för barnomsorgslokaler (även om värdena per invånare är avsevärt lägre) och att Strömsund och Degerfors har väsentligt högre bokförda värden för äldre- och handikappomsorgens lokaler.

Slutsatsen är därför att vi även i fortsättningen kan utgå ifrån att yngre lokaler och anläggningar har högre värden än äldre.

Diagram 3.2. Landstingens bokförda värden för materiella anläggningstillgångar år 2001. Kronor per invånare. Landstingen sorterade efter befolkningsförändring 1990 till 2001



Värdet av landstingens materiella anläggningstillgångar samvarierar inte med befolkningsförändringen. Högst värden per invånare har Örebro och Norrbottens landsting som relativt nyligen byggt nya sjukhus. Även för landstingen påverkas jämförelsen i något fall av i vilken utsträckning landstinget äger respektive hyr lokaler. Dessutom påverkas jämförelsen av vilka landsting som har riks- och regionssjukvård.

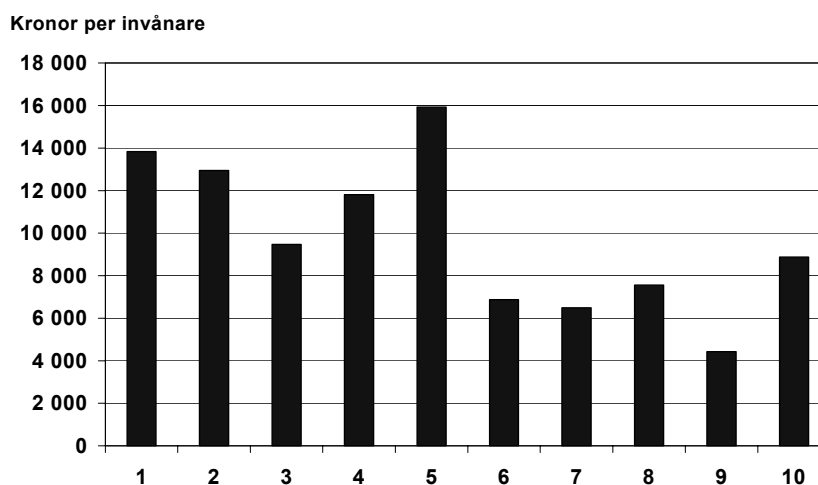
### Skulder och befolkningsförändringar

Skulder är ett särskilt stort problem när befolkningen minskar. Utflyttarna tar inte med sig kommunens skulder till den nya hemkommunen. Kommunens skulder blir de kvarvarande invånarnas problem. Amorteringar och räntor är därför en helt fast kostnad och det mest påtagliga problemet för kommuner och landsting med befolkningsminskning.

I vilken utsträckning olika kommuner och landsting historiskt har skatte- respektive lånefinansierat investeringar har flera orsaker. En kommun eller ett landsting med kontinuerliga ekonomiska överskott självfinansierar investeringar i högre grad än en kommun med ständiga eller återkommande underskott. En kommun som

investerar mer än andra lånefinansierar också en större andel om inte resultatet är bättre än i övriga kommuner. Allt annat lika bör därför växande kommuner ha en större låneskuld än övriga kommuner. Kommuner med befolkningstillväxt har dock också lägre skulder än minskande kommuner. Eftersom även värdet av tillgångarna är lägre innebär det inte att växande kommuner har det största egna kapitalet. Tvärtom har den snabbast växande decilen det minsta egna kapitalet (i kronor per invånare) av alla deciler. I denna decil är också skulderna större än i övriga deciler med befolkningstillväxt.

*Diagram 3.3.* Långfristiga skulder (exkl. pensionsskuld) år 2001. Kommunerna indelade i deciler efter befolkningsförändring. Övägda genomsnitt per decil



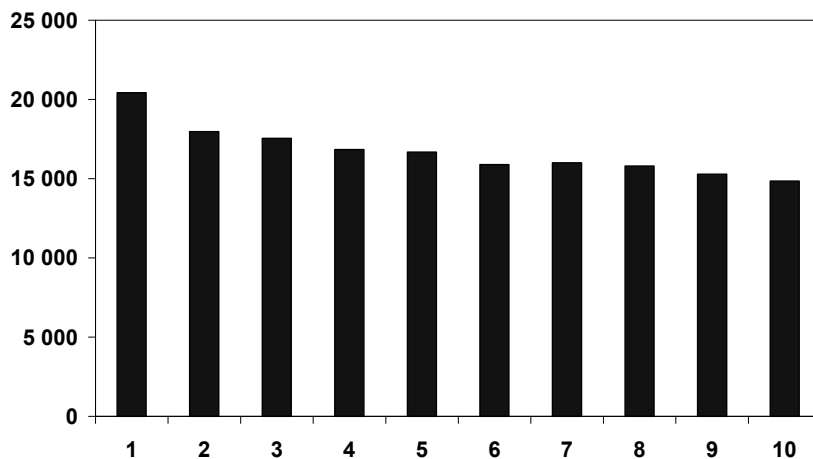
Landstingens långfristiga skulder (exkl. pensionsskuld) är som framgick av tabell 3.1 betydligt mindre än kommunernas. Stockholms läns landsting står dessutom ensamt för mer än hälften av skulderna. Flera landsting har överhuvudtaget inte några långfristiga skulder.

Den största kommunala skulden redovisas inte tillsammans med övriga skulder i kommunernas balansräkning. Pensionsrättigheter intjänade före 1998 redovisas numera som en särskild ansvarsförbindelse. Det har emellertid ingen betydelse för den framtida

belastning som dessa utbetalningar kommer att innebära. När den stora 40-talistgenerationen går i pension kommer pensionsutbetalningarna att öka dramatiskt.

*Diagram 3.4.* Kommunernas ”gamla” pensionsskuld år 2001. Kommunerna indelade i deciler efter befolkningsförändring. Övägda genomsnitt per decil

Kronor per invånare



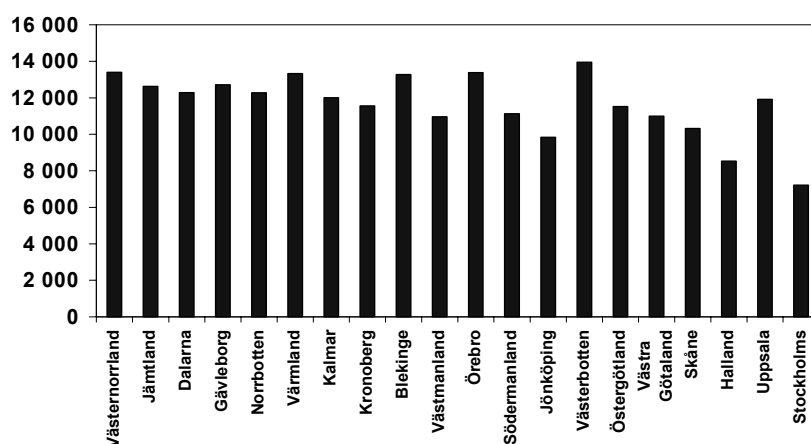
Av diagram 3.4 framgår att sambandet mellan befolkningsutveckling och pensionsskuld är det förväntade. Skulden är 3 700 kronor per invånare större för kommunerna med den största befolkningsminskningen i decil 1 än för genomsnittskommunen, och ytterligare knappt 1 900 kronor per invånare större än i decil 10. Jämförelsen kan påverkas av i vilken utsträckning verksamheten har utförts på entreprenad, även om det förr i tiden inte var lika vanligt som idag.

Skillnaderna, räknat i kronor per invånare, kommer fortsätta att växa i takt med befolkningsförändringarna. I många kommuner kommer ännu färre personer så småningom att få betala pensioner som kommer att vara väsentligt större än idag. Pensionslöftet är en fast kostnad som kommunerna idag inte kan göra något åt.

Om pensionsutbetalningarna ska betraktas som en opåverkbar strukturell kostnad som bör ersättas i utjämningssystemet är dock en annan fråga. Pensioner är i princip uppskjuten lön. Det vill säga

en kostnad som uppstår när arbetet utförs. Med det synsättet spelar det ingen roll om befolkningen har ökat eller minskat sedan dess. Å andra sidan är det ett synsätt som inte alltid varit gällande. Pensionsskuldens förändring började inte redovisas som en kostnad förrän vid början/mitten av 1990-talet. Visserligen ingick framtida pension redan tidigare i det internt kalkylerade personalomkostnadstillägget, men till en procentsats som var lägre än den verkliga pensionskostnaden.

Diagram 3.5. Landstingens ”gamla” pensionsskuld år 2001. Landstingen sorterade efter befolkningsförändring 1990 till 2001



Även för landstingen finns ett samband mellan befolkningsutveckling och pensionsskuld. För landstingen är dessutom pensionsskulden en relativt sett ännu större framtidsfråga än vad den är för kommunerna. Landstingens pensionsskuld är avsevärt mycket större än sektorns övriga långfristiga skulder och även betydligt större än värdet av hela sektorns anläggningstillgångar. Inklusiv pensionsskulden har därför merparten av landstingen negativ soliditet.

Framtida pensionsutbetalningar kommer att vara en betydande ekonomisk belastning och en uppenbar merkostnad för kommuner och landsting med långvarig befolkningsminskning. I vilken utsträckning invånare i andra kommuner och landsting ska bidra till

dessa utbetalningar går inte att objektivt beräkna. Denna fråga diskuteras ytterligare i kapitel 4 och 6.

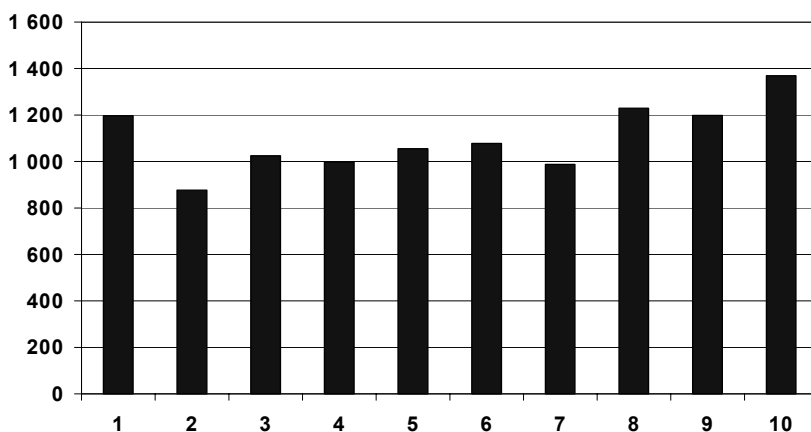
### Investeringar och befolkningsförändringar

Som nämnts tidigare borde investeringarna i växande kommuner varit särskilt stora under senare år, framför allt mot bakgrund av den kraftiga ökningen av efterfrågan inom grundskolan.

I diskussionen om tillgångar och skulder bortsågs delvis från behovet av reinvesteringar i äldre anläggningar och lokaler. Även kommuner med äldre skollokaler har över tiden tvingats reinvestera för att bättre anpassa lokalerna till dagens utbildning. Dessutom är många av landets skolor byggda under 1960- och 70-talet och har därför varit (eller är) i behov av relativt omfattande reoveringar. Reinvesteringar kan också krävas av andra skäl, t.ex. på grund av OVK (obligatorisk ventilationskontroll) och arbetsmiljölagen. Detta har i praktiken minskat skillnaderna mellan växande och övriga kommuners investeringsbehov.

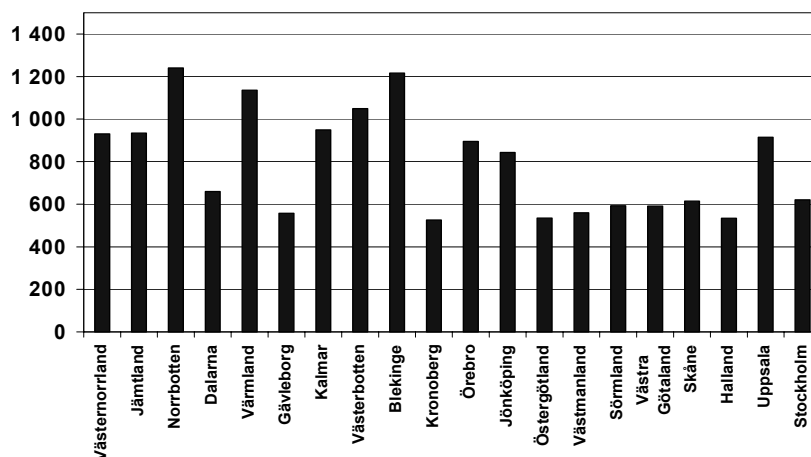
*Diagram 3.6.* Kommunernas nettoinvesteringar 1996–2001. Kommunerna fördelade i deciler efter befolkningsförändring. Ovägda genomsnitt per år och decil

Kronor per invånare



Som framgår av diagram 3.6 har de snabbast växande kommunerna i decil 10 i genomsnitt investerat mer än andra kommuner under perioden 1996 till 2001. Skillnaden mot genomsnittskommunen uppgår till 270 kronor per invånare och år. Kontinuerliga merinvesteringar ger också upphov till kontinuerliga merkostnader för lokaler och anläggningar.

*Diagram 3.7.* Landstingens investeringsutgifter 1998–2001. Kronor per invånare och år. Landstingen sorterade efter befolkningsförändring under perioden



Landstingen uppvisar inte alls samma mönster som kommunerna. Landstingen med en positiv befolkningsutveckling har investerat betydligt mindre än de landsting där befolkningen har minskat. Vad gäller Stockholms läns landsting är en förklaring att en del av verksamhetslokalerna återfinns i ett bolag vars investeringar inte ingår i redovisningen ovan. En förklaring till det svaga sambandet kan också vara förekomsten av riks- och regionsjukvård.

## Slutsatser

En slutsats är att analysen av tillgångar, skulder och investeringar inte ger ett tillfredställande underlag för att bedöma befolkningsförändringarnas merkostnader. Effekterna av befolkningsförändringarna är svåra att skilja från andra strukturella skillnader. Det krävs därför ett underlag för merkostnaderna som bygger på kostnader för lokaler och anläggningar i olika verksamheter.

En annan slutsats är att pensionsskulden är ett tidigare delvis förbiset problem vid kraftig befolkningsminskning. Det gäller särskilt för landstingen.

## Lokal- och anläggningskostnader

Kommunsektorns beroende av lokaler och anläggningar med lång livslängd är ett särskilt problem för kommuner och landsting där efterfrågan på kommunala tjänster minskar. Lokal- och anläggningskostnader består av kapital-, drift- och underhållskostnader. Drift- och underhållskostnader kan reduceras om hela eller stora delar av en lokal tas ur drift. Däremot påverkas kapitalkostnaderna bara av en eventuell försäljning. På marknader med vikande befolkningsunderlag är mark- och fastighetspriser låga. Dessutom är flertalet av kommunsektorns verksamhetslokaler specialanpassade, vilket gör att det krävs omfattande investeringar om lokalerna ska kunna användas av andra fastighetsägare (eller andra kommunala verksamheter). I normalfallet bör därför kapitalkostnaden på vikande marknader betraktas som en i huvudsak fast kostnad.

Det gäller i än högre grad för kommunala anläggningar som vare sig kan flyttas eller säljas, som t.ex. gator eller va-nät. För anläggningar kan ofta inte heller drift- och underhållskostnaderna minskas mer än marginellt.



Tabell 3.3. Kommunernas lokal- och anläggningskostnader år 2001. Miljarder kronor

Infrastruktur, skydd m.m.	4,5
Kultur och fritid	4,3
Barnomsorg	4,4
Grundskola och gymnasium	15,1
Äldre och funktionshindrade	9,6
Affärsverksamhet	6,0
Övrigt	2,4
<i>Summa</i>	<i>46,6</i>

Betydande lokal- och anläggningskostnader finns i flertalet verksamheter. Skollokalerna står för en tredjedel av kostnaderna. Barnomsorgens, äldre- och handikappomsorgens lokaler kostar tillsammans nästan lika mycket. Men även andra verksamheter som infrastruktur, vatten och avlopp samt fritidsverksamheten har stora lokal- och anläggningskostnader.

Kostnader för lokaler och anläggningar är notoriskt svåra att jämföra. Metoderna för att beräkna kapitalkostnader skiljer sig t.ex. åt. Några kommuner använder en metod som beaktar inflationen, de flesta gör det inte. Avskrivningstiderna är inte alltid desamma och inte heller räntesatsen. Andra skillnader kan gälla avgränsningen mellan investeringar och underhåll eller utfördelning av gemensamma kostnader.

### Lokalkostnader

Det krävs således särskilda ansträngningar för att få kostnadsdata jämförbara. Den bästa källan för att jämföra kommunala lokalkostnader är Kommunförbundets analys av kommunernas lokal-användning och lokalkostnader som redovisas i skriften Förvaltningsnyckeln. Uppgifterna i tabellerna nedan är hämtade från den senaste upplagan som avser kostnaderna år 2001 ([www.ufos.to](http://www.ufos.to)). En stor fördel är att det finns kostnadsuppgifter per kvadratmeter. Nackdelen med denna källa är att endast ett hundratal kommuner har besvarat enkäten. Dessutom är enkäten relativt omfattande vilket innebär att alla kommuner inte heller svarat på alla frågor.

Bedömningen är ändå att detta är den bästa källan för analyser av sambandet mellan lokalkostnader och befolkningsförändringar.

Tabell 3.4. Lokalkostnader (exkl. städning) 2001. Kronor per kvadratmeter bruksarea

	Lågt (10%)	Median	Högt (90%)
Samtliga lokaler	416	576	752
Skollokaler	288	491	679
Förskolelokaler	391	643	895
Integrerade lokaler	369	541	724
Särskilda boenden	317	613	823
Förvaltningslokaler	244	453	621

Källa: Förvaltningsnyckeln.

Av tabell 3.4 framgår att genomsnittskostnaden (exkl. städning) för kommunala lokaler är knappt 600 kronor per kvadratmeter. Kostnaden per kvadratmeter är högst för förskolelokaler och lägst för förvaltningslokaler.

Skillnaderna mellan kommunerna är mycket stora. Tabellens högkostnadsvärde är oftast mer än dubbelt så högt som lågkostnadsvärdet. En grundläggande förklaring till skillnaderna är kapitalkostnaderna. Nya lokaler har betydligt högre kapitalkostnader än äldre lokaler.

### Kapitalkostnader

I internredovisningen skiljer man inte mellan eget och lånat kapital. Utgångspunkten är att allt kapital kostar. Kapitalkostnaden beräknas utifrån lokalens värde och är därför oberoende av hur investeringen finansierades. Kapitalkostnaden beräknas numera i de flesta kommuner genom så kallad nominell metod. Den innebär att den årliga kapitalkostnaden består av avskrivning plus ränta på det bokförda värdet. Den nominella kapitalkostnaden minskar därför (vid oförändrad räntesats) i takt med att det bokförda värdet reduceras av avskrivningarna. Den *reala* kapitalkostnaden för anläggningar med lång livslängd minskar i ännu snabbare takt och är starkt beroende av inflationen (jämför inflationens betydelse för

villaägarnas reallt minskande kapitalutgifter under 1970- och 80-talet).

Om en lokal tas ur drift när efterfrågan minskar finns ändå kapitalkostnaden kvar. Hur stor belastning detta är för kommunen beror på när i lokalens livscykel som detta sker. Det är självfallet ett betydligt större problem om lokalen är relativt nybyggd jämfört med en i princip avskriven lokal som kanske också är i behov av omfattande reinvesteringar.

*Tabell 3.5.* Kapitalkostnad år 2001. Kronor per kvadratmeter bruksarea

	<i>Lågt (10 %)</i>	<i>Median</i>	<i>Högt (90 %)</i>
Samtliga lokaler	189	275	392
Skollokaler	149	245	444
Förskolelokaler	183	302	407
Integrerade lokaler	118	273	444
Särskilda boenden	230	362	494
Förvaltningslokaler	106	225	358

*Källa:* Förvaltningsnyckeln.

Kapitalkostnaden utgör i genomsnitt knappt hälften av lokal-kostnaden, men variationerna är stora. Högst kapitalkostnad per kvadratmeter har särskilda boenden och förskolelokaler. Det hänger troligen samman med att barn-, äldre- och handikapp-omsorgen har byggts ut de senaste decennierna. Dessutom är dessa lokaler oftast installationstätare och enheterna är mindre jämfört med t.ex. en skola. De oftast äldre förvaltningslokalerna har de lägsta kapitalkostnaderna. Skollokalernas kapitalkostnader är i genomsnitt också relativt låga, men för skolorna finns särskilt stora skillnader mellan kommunerna.

### **Merkostnader för lokaler i växande kommuner**

Det finns ingen åldersfördelad statistik över verksamhetslokalernas kostnader, även om kommunerna själva vet kostnaden och internhyran för olika objekt. Av erfarenhet vet man därför att inte bara skillnader i kapitalkostnader har ett samband med lokalens ålder. Det motsatta sambandet gäller normalt för drift- och underhålls-

kostnader. Underhållsbehovet är lågt till en början och ökar med tiden. Detsamma gäller vissa driftskostnader som reparationer. Energiförbrukningen är normalt också lägre i nya lokaler.

Men nya lokaler är ändå väsentligt dyrare än äldre. Exempel från kommunerna i fallstudien visar på lokalkostnader per kvadratmeter för helt nya lokaler på 1 600–2 000 kronor. Det bygger på produktionskostnader inkl. installationer på mellan 14 000 och 20 000 kronor per kvadratmeter. Med dessa exempel är därför lokalkostnaden per kvadratmeter *minst* 800 kronor högre än för en genomsnittlig lokal.

Alla lokaler i växande kommuner är dock inte nya. För att uppskatta vad skillnader i lokalernas genomsnittliga ålder betyder visas i nedanstående tabeller sambandet mellan befolkningsförändringar och lokalkostnader i olika verksamheter. Resultaten bör tolkas med viss försiktighet eftersom det endast är 50–60 kommuner som ingår i analysen. Det gäller framförallt värdena per decil, eftersom varje decil endast består av fem eller sex kommuner.

Precis som i tidigare diagram med kommunerna fördelade i deciler återfinns kommuner med störst befolkningsminskning i decil 1 och kommuner med störst befolkningsökning i decil 10. Motsvarande gäller för kvartil 1 och 4.

*Tabell 3.6.* Kostnad per kvadratmeter för skollokaler i 59 kommuner år 2001. Kommunerna indelade i kvartiler respektive deciler efter befolkningsutvecklingen 1991 till 2001

	<i>Drift och underh.</i>	<i>Kapitalkostnad</i>	<i>Totalkostnad</i>
Medelvärde	347	264	611
Kvartil 1	375	210	584
Kvartil 2	345	205	550
Kvartil 3	356	286	642
Kvartil 4	315	352	667
Decil 1	373	194	567
Decil 2	405	210	614
Decil 9	283	288	571
Decil 10	350	431	781

*Källa:* Förvaltningsnyckeln.

Kostnaden för skollokaler uppgår i genomsnitt till 611 kronor per kvadratmeter. Kostnaden är drygt 10 procent högre än genomsnittet i kvartil 4 och knappt 30 procent eller 170 kronor per kvadratmeter högre i decil 10. Något förvånande var drift- och underhållskostnaderna i decil 10 inte lägre än genomsnittet för alla kommuner i undersökningen. Av bakomliggande uppgifter framgår att det beror på relativt stora underhållskostnader i några av dessa kommuner detta år. Det är troligen en tillfällighet som beror på det begränsade urvalet. Merkostnaden på 170 kronor per kvadratmeter är därför sannolikt något överskattat.

*Tabell 3.7.* Kostnad per kvadratmeter för förskolelokaler i 55 kommuner år 2001. Kommunerna indelade i kvartiler respektive deciler efter befolkningsutvecklingen 1991 till 2001

	<i>Drift och underh.</i>	<i>Kapitalkostnad</i>	<i>Totalkostnad</i>
Medelvärde	514	310	823
Kvartil 1	551	268	818
Kvartil 2	530	282	812
Kvartil 3	500	316	815
Kvartil 4	477	370	847
Decil 1	495	299	794
Decil 2	595	252	846
Decil 9	425	365	790
Decil 10	512	405	917

*Källa:* Förvaltningsnyckeln.

Även för förskolelokaler verkar det finnas merkostnader för de snabbast växande kommunerna. Kostnaden är i decil 10 knappt 100 kronor per kvadratmeter högre än medelvärdet. Underhållskostnaderna var dock även här osedvanligt höga detta år.

Tabell 3.8. Kostnad per kvadratmeter för särskilda boenden i 50 kommuner år 2001. Kommunerna indelade i kvartiler respektive deciler efter befolkningsutvecklingen 1991 till 2001

	<i>Drift och underh.</i>	<i>Kapitalkostnad</i>	<i>Totalkostnad</i>
Medelvärde	305	382	687
Kvartil 1	324	384	707
Kvartil 2	316	419	735
Kvartil 3	297	359	656
Kvartil 4	287	364	656
Decil 1	336	344	680
Decil 2	297	369	666
Decil 9	230	328	559
Decil 10	315	352	666

Källa: Förvaltningsnyckeln.

Kostnaderna för särskilda boenden uppvisar inget tydligt samband med befolkningsutvecklingen. Om något i så fall det omvända sambandet med högre kostnader än genomsnittet i kvartil 1 och 2.

Tabell 3.9. Kostnad per kvadratmeter för förvaltningslokaler i 60 kommuner år 2001. Kommunerna indelade i kvartiler respektive deciler efter befolkningsutvecklingen 1991 till 2001

	<i>Drift och underh.</i>	<i>Kapitalkostnad</i>	<i>Totalkostnad</i>
Medelvärde	345	241	586
Kvartil 1	447	205	652
Kvartil 2	315	252	566
Kvartil 3	312	245	558
Kvartil 4	305	263	568
Decil 1	349	143	492
Decil 2	468	285	752
Decil 9	270	276	546
Decil 10	329	272	601

Källa: Förvaltningsnyckeln.

Inte heller för förvaltningslokaler finns något tydligt samband mellan kostnader och befolkningsutveckling. Klart högst kostnader har decil 2 med särskilt höga drift- och underhållskostnader. Det torde dock inte ha något samband med just befolkningsutvecklingen.

Sammanfattningsvis finns det ett klart samband mellan befolkningsstillväxt och merkostnader för lokaler inom grundskolan och förskolan. Däremot finns inget tydligt mönster vad gäller lokal-kostnaderna för särskilda boenden. Äldreomsorgens behovsökningar och investeringar är troligen mer jämnt spridda över kommunerna. Av diagrammen i kapitel 2 som visade utvecklingen av antalet personer 80 år eller äldre framgick också att sambandet var svagt mellan total befolkningsförändring och utvecklingen för denna åldersgrupp.

En merkostnad på 170 kronor per kvadratmeter för skollokaler kan förefalla relativt blygsam. Beaktar man att ytan per elev i genomsnitt är drygt 15 kvm blir dock merkostnaden per elev drygt 2 500 kronor. För de kommuner som har den allra snabbaste befolkningsstillväxten kan dessutom merkostnaden för decil 10 ovan vara en underskattning.

### **Merkostnader för lokaler och anläggningar i krympande kommuner eller landsting**

Till skillnad från för växande kommuner beror inte merkostnaderna för krympande kommuner och landsting på högre kostnader per kvadratmeter. Merkostnaden beror på för stor kapacitet i förhållande till antalet brukare. Om kommuner med kraftig befolkningsminskning ska få samma ekonomiska förutsättningar som andra kommuner måste dessa därför få en särskild ersättning som syftar till att täcka kostnaderna för överkapaciteten.

Kostnaden för överkapaciteten är emellertid inte så lätt att beräkna. En övre gräns utgörs självfallet av de tidigare lokal-kostnaderna. Det första problemet gäller kostnaderna för drift- och underhåll. Om en lokal säljs eller rivs blir kommunen av med hela drift- och underhållskostnaden. En sådan anpassning kan dock inte ske direkt när efterfrågan minskar. Det blir t.ex. inte över en natt en elevminskning motsvarande en hel skola. Lokalanpassning är en kontinuerlig process. Viss framförhållning är dock möjlig i de flesta verksamheter. Det borde innebära att åtminstone under-

hållskostnaderna för överkapaciteten kan reduceras kraftigt. I vilken takt drift- och underhållskostnaderna sammantaget kan minskas varierar i praktiken med kommunens bebyggelse- och skolstruktur.

Även om delar av lokalkostnaden kan reduceras när efterfrågan minskar återstår kapitalkostnaden. Värdet på specialbyggnader som kommunala verksamhetslokaler är i många kommuner med befolkningsminskning kring noll. Lokalens bokförda värde måste därför skrivas ner. Denna nedskrivning blir en kostnad i resultaträkningen som kommunen måste kunna rymma under balanskravets tak.

Man kan argumentera för att skulden är lokalers och anläggningars verkliga fasta kostnad, inte det bokförda värdet. Även om kommunens skulder inte är fördelade per objekt är det ändå skulderna som är kommunens egentliga fasta kostnad. Med detta synsätt har det alltså ingen betydelse om lokalen är nybyggd med ett högt bokfört värde eller gammal och i stort sett avskriven. Det är lånen som bestämmer befolkningsminskningens faktiska ekonomiska konsekvenser.

I praktiken är det dock svårt att tänka sig att en kompensation för merkostnader vid befolkningsminskning ska ha någon annan utgångspunkt än genomsnittliga lokal- och kapitalkostnader. Det är också denna förlust som kommunen gör i utjämningsystemets övriga delar när t.ex. antalet skolbarn minskar. Eftersom de bokförda värdena som bestämmer internhyrans kapitalkostnader överstiger kommunernas låneskuld kan man säga att det sker en viss överkompensation om kommunerna ersätts efter genomsnittliga lokalkostnader.

Å andra sidan kan en viss överkompensation vara befogad om det istället ställer krav på en lite snabbare anpassning. Det vill säga att ersättningsperioden kanske är kortare än återstående avskrivnings- eller amorteringstid. Det är viktigt att ha i åtanke att det är *ersättningsens storlek tillsammans med ersättningsperiodens längd* som avgör hur väl kommuner med befolkningsminskning kompenseras för sina merkostnader.

Utöver lokalkostnaderna har kommunerna också kostnader för anläggningar. De viktigaste finns inom verksamheterna gator och vägar, vatten och avlopp samt fritidsverksamheten. Problemet med anläggningar är att det även på sikt kan vara svårt att minska drift- och underhållskostnader när antalet invånare och brukare minskar. Åtminstone för gatorna och va-anläggningarna är kostnaderna endast marginellt beroende av trafikmängd eller vattenförbrukning.



För anläggningarna är det därför särskilt svårt att minska kostnaderna i samma takt som befolkningen minskar.

### Personalkostnader

Den dominerande delen av kommunernas kostnader är personalkostnader. Det är därför särskilt viktigt om kommunens lönekostnad i huvudsak kan betraktas som en rörlig eller som en fast kostnad. Normalt betraktas personalkostnader som en rörlig kostnad. Återigen är det viktigt att tänka sig jämförelsen mellan en kommun med befolkningsminskning och andra kommuner som i övrigt har likartad befolknings- och bebyggelsestruktur. Finns det t.ex. något skäl till fler lärare per elev i kommuner med kraftig befolkningsminskning?

Merkostnader för personal till följd av befolkningsminskning uppstår om den tjänst eller service som en anställd utför kommer att vända sig till färre brukare. Så behöver inte bli fallet för tjänster som vänder sig till en viss grupp. Om antalet barn minskar i barnomsorgen kan antalet avdelningar och anställda minskas utan att antalet barn per anställd minskar. Problem med för små (i ett ekonomiskt perspektiv) grupper eller klasser kan framförallt uppkomma i glesbefolkade områden där det som exempel endast finns en skola. Denna problematik berörs i kapitel 4.

Orsaken till att grupp- och klasstorlekar åtminstone i tätort inte behöver ge upphov till några större merkostnader för personal är att merparten av förändringarna i antalet barn och elever sker mellan läsåren, inte under läsåret. Det beror igen på att få barn och ungdomar flyttar.

Tabell 3.10. Flyttfrekvenser 0–6 resp. 7–15 år i Strömsund och Degerfors. Genomsnitt för perioden 1997–2001

		<i>Inflyttn., antal</i>	<i>Utflyttn., antal</i>	<i>Netto, antal</i>	<i>Inflyttn., procent</i>	<i>Utflyttn., procent</i>	<i>Netto, procent</i>
Degerfors,	0–6 år	27	33	-5	3,4	4,1	-0,7
	7–15 år	30	35	-5	2,3	2,7	-0,4
Strömsund,	0–6 år	32	36	-4	3,5	3,9	-0,4
	7–15 år	32	35	-3	1,9	2,0	-0,2

I Degerfors och Strömsund flyttar mellan två och fyra procent av barnen 0–6 eller 7–15 år från kommunen ett normalt år. Inflyttningen är 0,2 till 0,7 procent mindre. Det innebär att netto flyttar väsentligt mindre än en elev per klass eller ett barn per avdelning från kommunen.

Det kan visserligen finnas särskilda kostnader förknippade med uppsägningar av anställda, som t.ex. garantipension. Men uppsägningar är inte särskilt vanliga i den kommunala sektorn. Normalt är personalomsättningen betydligt större än det minskade personalbehovet. Även under den ekonomiska krisens mest påfrestande år i början av 90-talet minskade personalstyrkan framförallt genom att kommuner och landsting minskade antalet nyanställningar. Det kan i och för sig finnas tillfällen där någon verksamhet och därmed någon särskild personalgrupp drabbas extra hårt, vilket i sin tur kan ge upphov till vissa merkostnader för uppsägningar.

Även om personalkostnader i huvudsak inte bör betraktas som en fast kostnad kan det finnas trögheter i anpassningsprocessen. Denna fråga diskuteras i kapitel 4.

Kommuner med befolkningsökning har å andra sidan troligen högre kostnader för nyrekrytering av anställda (t.ex. annonsering) än andra kommuner, men denna merkostnad får bedömas vara av blygsam omfattning. En hypotes som också prövats är om att det relativt sett stora nyrekryteringsbehovet också ger högre lönekostnader än för övriga kommuner i region. Så förefaller inte vara fallet.

Slutsatsen är att merkostnader för personalanpassning är ett mindre problem vid såväl växande som krympande befolkning. De stora merkostnaderna hänger samman med innehavet eller behovet av lokaler och anläggningar samt pensionsskulden.

Går det då att dra några slutsatser om merkostnadernas storlek genom att ställa befolkningsförändringarna mot kostnadsutvecklingen för olika verksamhet under senare år?

### **Verksamhetskostnader 1995–2001**

En tidsperiod med så dramatiska skillnader i befolkningsutveckling som de senaste åren borde kunna ge viss information om merkostnaderna för att krympa eller växa. Med denna utgångspunkt har sambandet mellan befolknings- och verksamhetsförändringar ställts mot olika verksamheters kostnadsutveckling.

Att ställa kostnadsutvecklingen istället för kostnadsnivån mot befolkningsförändringarna har en stor fördel. Man slipper ta hänsyn till att strukturen ser olika ut i olika kommuner. Merparten av de strukturella förutsättningar som mäts och hanteras i kostnadsutjämnningen ändras inte på fem år. Det är också möjligt att skillnader i redovisningsprinciper, ambitioner etc. står sig någorlunda under perioden.

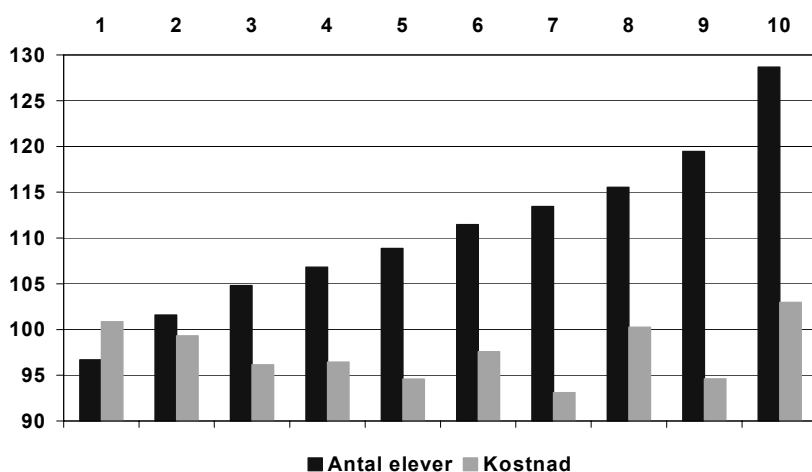
Mot detta kan man invända att tidsserier har större kvalitetsproblem än data för bara ett år. Det första året med den nuvarande indelningen av kommunernas räkenskapssammandrag var år 1995. Det finns anledning att ifrågasätta kvalitén på kostnadsuppgifterna under framförallt de första åren. I många kommuner förändrades de redovisade kostnaderna per verksamhet mellan åren på ett sätt som knappast kan motsvaras av verkliga förändringar av t.ex. personalstyrkan. Enligt uppgift har kvalitén dock förbättrats på senare år. Men analysen lider likväl av en extra osäkerhet på grund av att kostnaderna jämförs över tiden.

Kostnadsutvecklingen bör också ställas mot utvecklingen av den relevanta målgruppen. Om t.ex. kostnaden per elev ökar i en kommun med befolkningsminskning är det ingen indikation på särskilda merkostnader för befolkningsminskning om inte också elevantalet har minskat.

I några av de större verksamheterna är det svårt att ställa kostnadsutvecklingen mot utvecklingen i verksamheten. Äldreomsorgens kostnader kan bara särskiljas från handikappomsorgens de allra senaste åren. Dessutom finns inget bra samlat mått över hur mycket äldreomsorg som produceras. Även inom barnomsorgen finns problem med att hitta ett rättvisande volymmått.

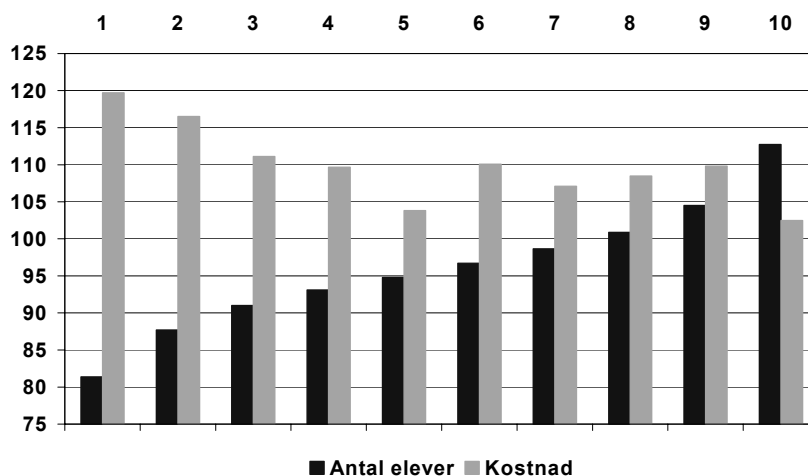
Antalet elever är däremot ett bra volymmått som innebär att analysen kan göras för grund- och gymnasieskolans kostnader.

Diagram 3.8. Kostnads- och elevutveckling i grundskolan 1995 till 2001. Kostnad per elev i fasta priser. Kommunerna fördelade i deciler efter elevutveckling under perioden. Övåga genomsnitt per decil. Index 1995=100



Utvecklingen av grundskolans kostnader stämmer väl överens med hypotesen om särskilda merkostnader för att krympa och växa. De enda grupper där kostnaden per elev i genomsnitt ökat under perioden (dvs. index över 100 i diagrammet) är decil 1 och 10, dvs. de kommuner där elevantalet har minskat respektive ökat mest. Att kostnadsökningen var allra störst för kommunerna med störst elevökning kan antagligen förklaras av den exceptionella elevökningen i denna grupp under perioden. Minskningen av antalet elever i decil 1 var däremot relativt måttlig.

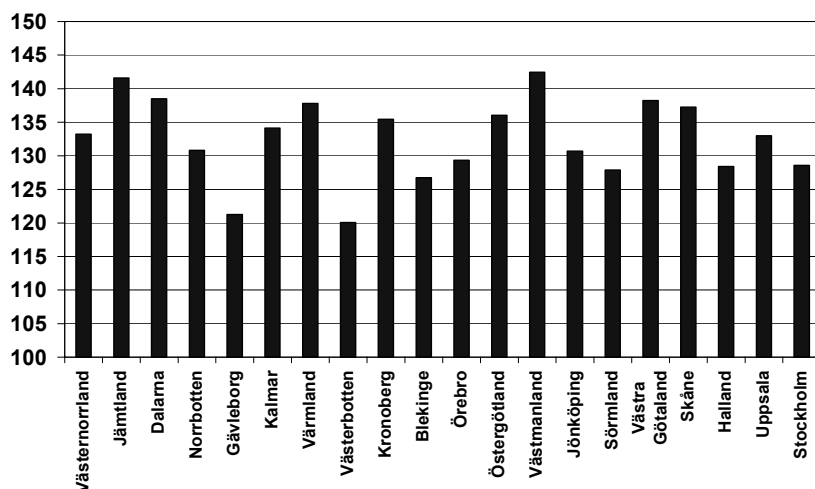
Diagram 3.9. Kostnads- och elevutveckling i gymnasieskolan 1995 till 2001. Kostnad per elev i fasta priser. Kommunerna fördelade i deciler efter elevutveckling under perioden. Ovägda genomsnitt per decil. Index 1995=100



I gymnasieskolan var kostnadsökningen i genomsnitt störst för de kommuner där elevantalet minskade kraftigt. I decil 1 minskade antalet elever med knappt 20 procent. Kostnaderna ökade endast marginellt i de kommuner som hade den största ökningen av elevantalet. Antalet elever ökade dock inte alls i samma takt som i grundskolan. Möjligen antyder därför bilden att måttliga efterfrågeökningar är fördelaktiga ur kostnadssynpunkt.

För övriga kommunala verksamheter finns det inte lika uttalade och mätbara målgrupper för verksamheten. Kostnadsutvecklingen får där ställas mot utvecklingen av det totala antalet invånare. En översiktlig analys av kostnadsutvecklingen för övriga verksamheter har inte visat på några tydliga samband med befolkningsförändringarna. Det behöver inte innebära att sådana samband inte finns. Andra förändringar kan ha haft större betydelse för kostnadsutvecklingen. Dessutom kan samband döljas av kvalitén på kostnadsdata. Inte heller en analys av hur de redovisade lokal- och anläggningskostnaderna för olika verksamheter samvarierar med befolkningsförändringarna har gett några tydliga resultat.

Diagram 3.10. Landstingens nettokostnadsutveckling för hälso- och sjukvård 1996–2001. Kostnad per invånare i nominella priser. Landstingen sorterade efter befolkningsförändring under perioden. Index 1996=100



Som framgår av diagram 3.10 finns det inte heller något tydligt samband mellan befolkningsförändringar och utvecklingen av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader. Landstingen med den snabbaste befolkningsstillväxten har dock haft lägre kostnadsökningar än genomsnittet.

Slutsatsen är att analyser av sambandet mellan befolkningsförändringar och redovisade kostnader eller kostnadsförändringar i kommuner och landsting inte kan utgöra ett tillräckligt bra underlag för att bedöma befolkningsförändringarna merkostnader. Dessa får istället baseras på uppgifter om olika verksamheters lokal- och anläggningskostnader, rimliga antaganden om anpassningsprocessen, samt på bedömningar av merkostnader för nya lokaler.

## Kapitel 4 Kommuner med minskande befolkning

I detta kapitel redovisas erfarenheter och synpunkter från samtalen med företrädare för Degerfors och Strömsunds kommun. Därefter dras slutsatser om de ekonomiska konsekvenserna av kraftig befolkningsminskning, inklusive ett räkneexempel som ringar in merkostnadernas storlek. Avslutningsvis diskuteras översiktligt hur ett ersättningsystem kan utformas.

### Fallstudier i Degerfors och Strömsund

Den största merkostnaden till följd av de senaste årens kraftiga befolkningsminskning har drabbat kommunerna genom att de tvingats finansiellt stödja bostadsföretagen. Båda kommunerna har avtal med den statliga bostadsdelegationen som har inneburit att ett stort antal bostäder har rivits eller på annat sätt avyttrats. Dessutom har kommunerna skjutit till kapital till bostadsföretagen. Statens insats har i Degerfors och Strömsund varit mer begränsad än i flertalet av de överenskommelser som gjorts med andra kommuner. Strömsunds kostnad uppgår sedan mitten av 1990-talet till 50 miljoner kronor, eller ca 3 700 kronor per invånare. I Degerfors har kostnaden uppgått till ca 48 miljoner kronor, motsvarande drygt 4 600 kronor per invånare idag.

I övrigt har befolkningsminskningen *hittills* inte orsakat några betydande vakanser eller överkapacitet av verksamhetslokaler. Någon avdelning i förskolan har visserligen stängts, men i förhållande till den totala befolkningsförändringen är effekterna ändå mycket små. Utvecklingen för olika åldersgrupper och verksamheter har som nämnts tidigare hållit uppe efterfrågan på kommunal verksamhet. Att detta är en någorlunda allmän bild de senaste åren bekräftas av en studie från Svenska Kommunförbundet där ett antal kommuner med befolkningsminskning har intervjuats om sin lokalsituation<sup>3</sup>. Problem med överskott på verksamhetslokaler ligger framförallt i framtiden.

Det ska emellertid inte tolkas som att alla lokaler utnyttjas maximalt. Båda kommunerna anser att de med dagens lokaler och infrastruktur skulle klara ett större befolkningsunderlag. Det kan förmodligen tolkas som att det sker en viss "överkonsumtion" av

---

<sup>3</sup> Lokalförsörjningsplanering i kommuner med krympande befolkning, Svenska Kommunförbundet, *ännu ej publicerad*.

lokaler idag. En orsak är att lokaler i krympande kommuner oftast saknar alternativ användning. En annan orsak är att vissa lokaler och anläggningar inte kan delas upp och tomställas eller hyras ut i delar. Ett exempel är fritidsanläggningar. Problemet är särskilt tydligt i glesbefolkade områden (se nedan).

På två områden är det enligt kommunerna särskilt svårt att minska kostnaderna när befolkningen minskar. Det första är gator och vägar. Behovet av och kostnaderna för t.ex. gatuunderhåll, vinterväghållning och belysning har för det kommunala gatunätet i stort sett inget samband med hur många som trafikerar gatorna. Underhåll måste göras med ungefär samma intervall oavsett trafikintensiteten. Det andra området är vattenförsörjning och avloppshantering. Även här kan kostnaderna endast minskas marginellt trots att antalet brukare och därmed avgiftsintäkterna kontinuerligt minskar.

Kollektivtrafik var en annan verksamhet som ansågs problematisk. Även om antalet resenärer blir färre när befolkningen minskar är det vanskligt att dra ner på turtätheten och därmed försämra servicen för kvarvarande invånare.

Båda kommunerna är väl medvetna om vilka problem som kan uppstå de närmaste åren på grund av den förväntade demografiska utvecklingen. Den mest dramatiska förändringen gäller elevantalet i grundskolan som kommer att minska radikalt. Antalet barn i barnomsorgen kan också komma att minska, men inte i samma utsträckning som inom grundskolan.

## Slutsatser och räkneexempel

Utan tvekan finns det betydande merkostnader vid kraftig befolkningsminskning. Kommunernas lokal- och anläggningskostnader uppgår i genomsnitt till cirka 5 200 kronor per invånare. En stor del av lokal- och anläggningskostnaderna är fasta och svåra att påverka, åtminstone på kort sikt. En generell minskning av efterfrågan ger därför betydande merkostnader.

En del merkostnader beror på att det blir färre invånare som är med och betalar kostnaderna. Det gäller framförallt *anläggningskostnader* och *pensionsutbetalningar* från den "gamla" pensionskulden.

Färre invånare och hushåll minskar avgiftsintäkterna för vatten och avlopp respektive kommunens intäkter av skatter och bidrag.



Kostnaderna är däremot relativt oberoende av antalet brukare eller invånare. Att gator och va-anläggningar en gång byggts för en större befolkning ger därför merkostnader jämfört med andra kommuner med liknande struktur, men med stabilare befolkningsunderlag. Även på så lång sikt som 10 år kan en stor del av merkostnaden antas finnas kvar.

Pensionsutbetalningarna kommer successivt att öka i alla kommuner när fyrtiotalisterna lämnar arbetsmarknaden. Samtidigt ska pensionerna betalas av allt färre personer i många kommuner. Skillnaderna mellan kommunerna i pensionsutbetalningar räknat i kronor per invånare lär öka. Det kommer att bli en påtaglig ekonomisk belastning för kommuner med kraftig befolkningsminskning.

För övrigt beror merkostnaderna framförallt på överkapacitet av lokaler när efterfrågan minskar inom de stora åldersberoende verksamheterna. Även om förutsättningarna är något bättre för lokaler än för anläggningar är även lokalkostnader relativt fasta. Variationerna i efterfrågan av barnomsorg och utbildning är som framgick av kapitel 2 så stora att ersättning för överkapacitet av verksamhetslokaler inte bör kopplas till kommunens totala befolkningsförändring. Ersättningen för lokaler bör hänga samman med utvecklingen inom verksamheten.

I denna studie har vi försökt isolera de merkostnader som följer av befolkningsförändringar. Slutsatsen är att lokaler, anläggningar och pensionsskuld svarar för merparten av merkostnaderna för kommuner med kraftig befolkningsminskning. Jämfört med kommuner med liknande struktur är det tidigare investeringar och verksamhet som ger upphov till merkostnader. Med denna utgångspunkt bör t.ex. inte kommuner med befolkningsminskning ersättas för merkostnader inom kollektivtrafiken om det inte finns fasta kostnader i verksamheten. Kommuner med befolkningsminskning bör inte ersättas för en bättre service (t.ex. högre turtäthet) än i kommuner med liknande befolknings- och bebyggelsestruktur. Det är merkostnader för att producera en genomsnittlig service som bör kompenseras.

Som nämndes i kapitel 3 innebär detta också att personalkostnader i huvudsak betraktas som rörliga kostnader som kan anpassas när efterfrågan minskar. Viss hänsyn bör dock tas till att det finns trögheter i anpassningsprocessen. Till exempel kommer inte en kontinuerlig befolknings-/efterfrågeminskning att motsvara heltidstjänster i mindre kommuners alla verksamheter och uppgifter. Större minskningar av efterfrågan för någon verksamhet och där-

med stora personalneddragningar ställer också betydligt större krav på den politiska processen än vad en mer stabil utveckling gör. En mindre kompensation för högre personalkostnader kan därför vara rimlig.

Utöver kostnadsutjämnings ersättning för befolkningsminskning har kommuner med minskande befolkning viss fördel av att intäkter av skatt och utjämning släpar efter. Antalet invånare den 1 november året innan bidragsåret bestämmer kommunens intäkter av skatter, utjämning och generella statsbidrag. Om befolkningen minskar med en procent per år får kommunen intäkter för en befolkning som i genomsnitt under året är 2/3 procent större än den faktiska. Det motsvarar drygt 200 kronor per invånare. Denna effekt får antas täcka de merkostnader som följer av att personalstyrkan måste anpassas när efterfrågan minskar.

I uppdraget ingick frågeställningen om kommunerna har olika förutsättningar att hantera befolkningsförändringarnas ekonomiska konsekvenser. Den viktigaste skillnaden för kommuner med befolkningsminskning gäller bebyggelsestrukturen.

### **Tätort eller glesbygd**

I tätbefolkade områden kan överkapacitet av verksamhetslokaler hanteras mer ekonomiskt rationellt än i glesbefolkade områden. Fördelen med lite större tätorter är att man t.ex. har flera skolor. Någon eller några av dessa kan tas ur bruk vid större minskningar av efterfrågan. Att riva eller på annat sätt avyttra en skola innebär att kommunen sparar in drift- och underhållskostnader som i genomsnitt utgör mer än hälften av lokalkostnaden. Man kan dessutom välja den skola som har störst behov av underhåll eller reinvesteringar. Möjligheten att använda lokaler i annan verksamhet är dessutom betydligt större i tätort än i glesbygd.

I glesbygd är problematiken större. Att lägga ner en skola får andra ekonomiska konsekvenser. Eleverna måste skjutas till någon annan skola. Ofta över långa avstånd och till stora kostnader. Det kommer inte alltid att vara praktiskt möjligt eller rationellt att lägga ner glesbygdsskolor även om elevantalet minskar dramatiskt. I de fall som skolor ändå läggs ner går det inte att välja vilka utifrån framtida investerings- och underhållsbehov.

I de fall en nedlagd skola ersätts av en friskola i samma område kommer kommunen inte att uppnå den avsedda besparingen i

lokalkostnad. Under den period när elevantalet ökade i de allra flesta kommuner har detta inte varit ett så stort problem. Under de kommande åren när elevantalet kommer att minska i nästan alla kommuner är situationen annorlunda. Om nya friskolor inte samordnas med kommunens övergripande planering av lokalförsörjningen reduceras de möjliga och nödvändiga kostnadsbesparingarna.

Som framgick av kapitel 2 kommer antalet elever i grundskolan att minska drastiskt i flertalet kommuner med befolkningsminskning under de närmaste åren. Det kommer att få stora ekonomiska konsekvenser för kommuner med gles bebyggelsestruktur och många små skolor.

I utjämningen för grundskolan finns dock en särskild ersättning för de merkostnader som följer av små skolor och höga skolskjutskostnader. Ersättningen beräknas efter var i kommunen barn i skolåldern är bosatta. Frågan är i vilken utsträckning denna ersättning mildrar konsekvenserna för glesbygdskommuner?

Glesbygdsverket har via en specialkörning av glesbygdsmodellen för Strömsunds kommun belyst effekterna av färre elever i glesbygdskommuner. Glesbygdsverket har beräknat merkostnaderna för små skolor och skolskjutsar vid två olika tidpunkter, år 2001 och 2008. Som approximation för antalet elever och dess geografiska fördelning år 2008 har utgångspunkten varit dagens barn i förskoleåldern. Eftersom flyttfrekvensen för barnfamiljer är relativt låg bör detta utgöra en rimlig uppskattning av elevunderlaget år 2008. Av praktiska skäl avser beräkningen endast de sex yngsta årskullarna.

I beräkningen minskar antalet elever i dessa åldrar från 1 092 till 625 mellan år 2001 och 2008. Det är en minskning med knappt 43 procent. Beräkningen bygger på ett antal fiktiva skolenheter som placeras optimalt i kommunens geografi. Antalet fiktiva skolenheter blir 19 i beräkningen för år 2001 respektive 15 i beräkningen för år 2008.

Merkostnaden per elev ökar från 11 100 kronor år 2001 till 15 300 år 2008. Det är en relativt kraftig ökning av ersättningen *per elev* för små skolor och skolskjutsar som beror på att färre elever innebär att antalet elever per skola minskar kraftigt och därmed merkostnaderna per elev. Denna ökade ersättning kan dock inte på långa vägar kompensera för den kraftiga minskningen av *antalet elever*. I den åldersberoende delen av kostnadsutjämningen för grundskolan är ersättningen per elev ca 55 000 kronor. Något för-

enklat kan glesbygdsmodellen sägas kompensera kommunen i exemplet för runt 10 procent av den minskade ersättning som följer av den kraftiga elevminskningen.

Merkostnaderna beräknas utifrån en kostnadsfunktion där merkostnaden per elev bestäms av antalet elever i varje skola. Ju färre elever, desto större merkostnad per elev. I de antaganden som ligger bakom kostnadsfunktionen ingår bland annat lokalkostnader. Kostnaden per kvadratmeter har antagits till 800 kronor, vilket är knappt 200 kronor mer än genomsnittskostnaden för skollokaler. Även antagandena om lokalyta per elev förefaller väl tilltagna. En mindre nedgång i elevantalet bör därför kunna klaras inom de lokalkostnader som ges av modellen.

En uppdatering av den särskilda glesbygdsmodellen mildrar effekterna av den kraftiga minskningen av antalet grundskoleelever. Men det ändrar inte den övergripande slutsatsen att det kommer att krävas stora kostnadsbesparingar inom skolan de kommande åren. Situationen är dock densamma i mer tätbebyggda kommuner med kraftig befolkningsminskning. Oavsett bebyggelsestruktur kommer många kommuner behöva stöd för att klara de merkostnader som följer av att de idag har för många eller för stora skolor. Någon ytterligare särskild kompensation för glesbygdskommuner är dock inte motiverad om ersättningen för små skolor och skolskjutsar uppdateras med högst ett par års mellanrum.

## Räkneexempel

### Verksamhetslokaler

#### *Åldersberoende verksamheter*

Genomsnittskostnaden för förskole- och skollokaler är cirka 10 000 kronor per barn eller elev (något lägre i förskolan). Detta får också antas vara den ersättning som kommunerna erhåller för lokalkostnader i kostnadsutjämnningen. Kompensation för merkostnader inom de verksamheter som riktar sig till specifika åldersgrupper bör som tidigare nämnts kopplas till utvecklingen av dessa åldersgrupper.

I Degerfors är summan av antalet barn i barnomsorgen samt antalet elever i grund- och gymnasieskolan cirka 2 150. En efterfrågeminskning med 10 procent skulle alltså innebära 215 färre barn eller elever.

Kommunens merkostnad för lokaler i detta exempel kan därför uppskattas till  $215 * 10\ 000 = 2,1$  miljoner kronor. Det motsvarar drygt 200 kronor per invånare i kommunen ( $2\ 100\ 000/10\ 400$  inv.). Detta är med andra ord den merkostnad som uppstår i kommunen om de ursprungliga lokalkostnaderna inte alls kan reduceras.

*Ersättning av merkostnader för lokaler i åldersberoende verksamheter kan beräknas utifrån efterfrågeminskningen under t.ex. fem år. Det innebär att kommunen också ersätts under lika många år.*

### Övriga lokaler

Utöver lokalerna i de stora verksamheterna finns också en del ytterligare lokaler, t.ex. för vuxenutbildning, individ- och familjeomsorg samt lokaler som hyrs ut till näringslivet i kommunen. Kostnaderna för dessa uppgår i genomsnitt till 900 kronor per invånare och år. Efterfrågan på dessa lokaler kan antas ha ett samband med den långsiktiga utvecklingen av det totala antalet invånare. Om ersättningen därför beräknas över t.ex. en tioårsperiod bör den årliga ersättningen reduceras (jämfört med om kommunen som ovan ersätts under fem år). Om kommunen under 10 år ersätts för halva den ursprungliga kostnaden vid en befolkningsminskning på 10 procent blir den årliga ersättningen cirka 50 kronor per invånare ( $450/0,9 = 50$ , dvs. hälften av 900 kr/inv. divideras med 90 % av den ursprungliga befolkningen).

### Pensionsskulden

Den genomsnittliga utbetalningen av pensioner från den "gamla" skulden var år 2001 cirka 790 kronor per invånare<sup>4</sup>. På grund av vissa problem med jämförbarheten av utbetalningarna detta år har merkostnaderna istället fått uppskattas utifrån skillnaderna i pensionsskuld. Den genomsnittliga pensionsskulden var år 2001 cirka 16 700 kronor per invånare. I decil 1 (kommunerna med den största befolkningsminskningen) var skulden 20 400 kronor per invånare eller 22 procent högre än genomsnittskommunens.

Merkostnaden i decil 1 med en genomsnittlig befolkningsminskning på 13 procent mellan 1991 och 2001 kan därför uppskattas till

---

<sup>4</sup> Detta kan vara en överskattning av utbetalningarna från den "gamla" pensionsskulden. Trogen ingår utbetalningar av garantipension och i något fall medel som överförts till pensionsförvaltare.

22 procent av 790, dvs. 175 kronor per invånare. För en kommun med en befolkningsminskning på 10 procent blir merkostnaden något mindre, uppskattningsvis *135 kronor per invånare* ( $10/13 * 175$ ).

### Anläggningar

Nettokostnaden för gator och vägar uppgick år 2001 till cirka 770 kronor per invånare. Kostnaderna för anläggningar kan inte minskas i samma takt som för lokaler. Om kommunen därför under 10 år ersätts för 75 procent av den ursprungliga kostnaden vid en befolkningsminskning på 10 procent blir den årliga ersättningen per invånare i genomsnitt 64 kronor ( $770 * 0,1 * 0,75 / 0,9 = 64$ , dvs. 10 % av verksamhetens kostnader multipliceras med 75 % och divideras sedan med 90 % av den ursprungliga befolkningen).

Bruttokostnaden (minskat med interna intäkter) för vatten och avlopp var i genomsnitt ca 1 200 kronor per invånare år 2001. Motsvarande beräkning som ovan ger en merkostnad på 100 kronor per invånare.

Lokal- och anläggningskostnaderna inom fritid och kultur var i genomsnitt ca 490 kronor per invånare år 2001. Motsvarande beräkning som ovan ger en merkostnad på 41 kronor per invånare.

Det vill säga merkostnaderna för anläggningar vid en befolkningsminskning på 10 procent uppgår i detta exempel till drygt 200 kronor per invånare.

### Lägre ersättning än i nuvarande system

Den ersättning för befolkningsminskning som bör kopplas till utvecklingen av kommunens *totala folkmängd* uppgick i räkneexemplet ovan för en kommun med 10 procent befolkningsminskning på 10 år till knappt 400 kronor per invånare. Om man behåller dagens spärr (vilket förefaller rimligt) som innebär att enbart befolkningsminskning utöver två procent ersätts blir ersättningen 50 kronor per invånare och procent som befolkningsminskningen överstiger två procent. Med andra ord en halvering av den del av dagens ersättning som beror av kommunens befolkningsminskning under de senaste tio åren.

Den nuvarande ersättningen för befolkningsminskning ger en kompensation som, särskilt mot bakgrund av nittioalets demografiska utveckling, överstiger vad som kan motiveras utifrån merkostnader för lokaler och anläggningar. Strömsunds kommun kan här utgöra exempel.

Mellan år 1990 och 2000 minskade befolkningen i Strömsunds kommun med ca 2 000 personer eller 13 procent. I 2002 års kostnadsutjämnning erhöll därför kommunen en ersättning för befolkningsminskning på 1 100 kronor per invånare, motsvarande 15 miljoner kronor.

År 2001 uppgick kommunens lokal- och anläggningskostnader enligt räkenskapssammandraget till 102 miljoner kronor. Det motsvarar 7 500 kronor per invånare, vilket är betydligt högre än genomsnittet på 5 200 kronor per invånare. Kommunen får alltså en ersättning för befolkningsminskning som motsvarar knappt 15 procent av kommunens lokal- och anläggningskostnader.

Lokalkostnaderna för grundskola samt äldre- och handikappomsorg uppgår tillsammans till ca 70 miljoner kronor. Mellan år 1990 och 2000 ökade antalet barn 7–15 år med åtta procent och antalet personer 80 år eller äldre med sex procent. Det vill säga knappt 70 procent av kommunens lokal- och anläggningskostnader återfinns i verksamheter där efterfrågan inte minskat under perioden. Mot denna bakgrund är det svårt att motivera en ersättning för befolkningsminskning av nuvarande storleksordning.

## Ersättningen

Slutsatsen av ovanstående är att ersättningen för kraftig befolkningsminskning eller snarare efterfrågeminskning bör vara tvådelad (precis som idag).

Den ena delen bör beräknas utifrån förändringen av kommunens totala invånarantal. Denna del bör främst avse anläggningskostnader samt kostnader för pensionsutbetalningar. Ersättningen bör ha ett relativt långt tidsperspektiv, t.ex. som för närvarande 10 år. Det är i denna del viktigt att följa upp utvecklingen av pensionsskuld och pensionsutbetalningar.

Den andra delen bör utgå från förändringar av efterfrågan i de verksamheter som riktar sig till specifika målgrupper. Dessa verksamheter drabbas av snabbare förändringar och bör därför ha ett kortare tidsperspektiv, t.ex. 5 år. En annan anledning till ett kort

tidsperspektiv är att kommunerna kan tvingas skriva ner verksamhetslokalernas värden relativt omgående. Ett allt för kort tidsperspektiv kan dock innebära att relativt vanliga fluktuationer av antalet personer i olika åldersgrupper kompenseras. Efterfrågeförändringar bör mätas utifrån förändringarna av antalet personer i berörda åldersgrupper, men kan också ta hänsyn till större förändringar i verksamheten som t.ex. om andelen inskrivna barn i barnomsorgen ökar i landet. Det finns egentligen ingen anledning till att endast de kommuner som har en total befolkningsminskning över en viss nivå ska komma ifråga för denna ersättning. För att minska ersättningens känslighet för tillfälliga fluktuationer kan det vara rimligt att endast minskning över en viss nivå ersätts, t.ex. fem procent över en femårsperiod. Mot bakgrund av att lokaler trots allt inte heller har en evig livslängd (avskrivningstiden är normalt 33 år) bör man också kunna klara en mindre kontinuerlig minskning av efterfrågan utan att merkostnaderna blir särskilt stora.

Hur rimlig i förhållande till kommunens avvecklingskostnader är då en ersättning beräknad enligt ovan? En ersättning beräknad utifrån efterfrågeminskning under en femårsperiod innebär också att kommunen ersätts med den genomsnittliga lokalkostnaden under fem år.

Den årliga lokalkostnaden för lite äldre lokaler motsvarar oftast någonstans mellan 20 och 40 procent av lokalens bokförda värde. Att under fem år ersätta kommunen motsvarande verksamhetens genomsnittliga lokalkostnad innebär därför i normalfallet en sammantagen ersättning som överstiger nedskrivningsbehovet. Med denna ersättning finns därför också ett utrymme för att klara drift- och underhållskostnader under en övergångsperiod.

I räkneexemplet ovan är merkostnaderna för minskande befolkning beräknade efter olika genomsnittskostnader för lokaler och anläggningar. Det är analogt med hur utjämningen fungerar i övrigt. I de fall kommunen har högre kostnader än genomsnittet kommer kommunens merkostnader inte helt att kompenseras. Om kommunen däremot har lägre kostnader än genomsnittet sker istället en viss överkompensation. Det enda sättet att korrigera för detta är att justera kommunens ersättning utifrån bedömda behov och kostnader enligt kostnadsutjämningen. T.ex. skulle den beräknade merkostnaden för gator och vägar kunna korrigeras utifrån kommunens ersättning för denna verksamhet i kostnadsutjämningen jämfört med genomsnittskommunen. Det är dock mycket



tveksamt om problematiken är så stor att det motiverar en lösning som ytterligare komplicerar utjämningsen i så stor utsträckning.

I övriga delar av kostnadsutjämningsen är det mot bakgrund av den förväntade utvecklingen inom grundskolan framförallt viktigt att skolmodellens ersättning för små skolor och skolskjutsar uppdateras med tätare mellanrum.

## Kapitel 5 Kommuner med befolkningstillväxt

### Fallstudier i Värmdö och Kungsbacka

Värmdö kommun växer i betydligt snabbare takt än Kungsbacka men kommunerna har ändå många likheter. Kommunerna har för storstadsregioner ovanligt stora glesbefolkade områden. Dessa områden har traditionellt varit fritidsområden. Det är också en viktig orsak till den snabba befolkningstillväxten. I kommunerna finns många fritidsbostäder. Dessa har successivt konverterats till permanentbostäder, vilket också innebär att befolkningstillväxten och därmed verksamhetens expansion är svår att styra på ett ekonomiskt rationellt sätt. Historiskt har båda kommunerna också haft en positiv syn på nya bostadsområden och befolkningstillväxt. Kommunerna har dock delvis omvärderat denna politik de senaste åren och förefaller bli allt mer restriktiva till att planlägga nya bostadsområden.

Åldersstrukturen är också likartad, med många barn och relativt få äldre och yngre vuxna. Kommunerna utmärks av en hög andel småhusboende och är attraktiva boendemiljöer för barnfamiljer. Det späder i sin tur på befolkningstillväxten eftersom inflyttarna i hög grad är barnfamiljer eller blivande barnfamiljer. Födelseetalen och födelseöverskotten är därför höga.

Båda kommunerna har gjort stora investeringar i skolan och förskolan under andra halvan av 90-talet. Kungsbacka har t.ex. investerat drygt 800 miljoner i skollokaler sedan 1995, vilket motsvarar drygt 12 000 kronor per invånare. Värmdö har investerat 534 miljoner, eller knappt 17 000 kronor per invånare.

Den största oron gäller därför låneskulden som har ökat dramatiskt sedan mitten av 1990-talet. I Värmdö med 460 miljoner kronor (inkl. skulder i Värmdö Kommunfastigheter AB) och i

Kungsbacka med 350 miljoner. I Kungsbackas fall har skuldökningen hållits tillbaka av försäljningar av energiaktier m.m.

Utöver de stora investeringarna lyfter bägge kommunerna fram den så kallade *eftersläpningseffekten* som ett särskilt problem. Med eftersläpningseffekten menas att kommunernas och landstingens intäkter av skatter och bidrag bestäms av antalet invånare i kommunen den 1 november året innan. Om invånarantalet vid mitten av året kan antas utgöra årets medelbefolkning blir eftersläpningen därför 8 månader (från 1/11 till 30/6). För en kommun som Värmdö med en genomsnittlig befolkningstillväxt de senaste fem åren på 3,3 procent blir eftersläpningen varje år 2,2 procent ( $8/12 * 3,3$ ). Det innebär att kommunens intäkter baseras på en befolkning som i genomsnitt är 2,2 procent lägre än den faktiska. En procent av kommunens intäkter av skatter och bidrag uppgår till ca 300 kronor per invånare.

Beräkningen av kostnadsutjämningen släpar efter ännu mer. Hur stora andelar av befolkningen som är barn, ungdomar eller äldre är centralt för kommunens utfall i kostnadsutjämningen. Andelarna bestäms av åldersstrukturen den 1 januari året före inkomståret. I denna beräkning är det dock inte självklart att senare befolkningsdata skulle ge bättre utfall i kostnadsutjämningen.

Ett särskiljande drag för växande kommuner är självfallet att nya bostadsområden planeras och byggs i kommunen. Nya bostadsområden förefaller dock i sig inte ge upphov till några särskilda merkostnader för kommunerna. Exploatörerna får stå för de investeringar i gator och annan infrastruktur som krävs. Det är kommunens investeringar i verksamhetslokaler som utgör huvudproblemet.

Kungsbacka och Värmdö har haft en snabb och kontinuerlig befolkningstillväxt under mycket lång tid. Man kan fråga sig vad det är som gör att befolkningstillväxtens ekonomiska konsekvenser först nu har hamnat i fokus? Varför har inte dessa kommuner ansträngt sig mera för att dämpa befolkningstillväxten om de ekonomiska konsekvenserna är så svåra?

Den viktigaste förklaringen är troligen att statsbidrags- och utjämningsystem fram till 1993 års reform var konstruerad på ett sätt som var mer ekonomiskt fördelaktigt för kommuner med befolkningstillväxt. För det första utgick en stor del av de specialdestinerade statsbidrag till barnomsorgen och skolan (dessa bidrag överfördes 1993 till den s.k. påsen), verksamheter som är relativt sett större i kommuner med befolkningstillväxt. Alla kommuner

var dessutom garanterade en viss skattekraft, en så kallad grundgaranti. Denna varierade över landet på relativt godtyckliga grunder. Den garanterade skattekraften justerades sedan för åldersstruktur och andra indikatorer på behovskillnader. Kommuner med en egen skattekraft som översteg den garanterade (t.ex. Värmdö och Kungsbacka) behöll i det gamla systemet merparten av de skatteintäkter som låg över den garanterade nivån. Dessutom finansierades verksamhetsutbyggnaden delvis av statliga investeringsbidrag. De ekonomiska förutsättningarna vid befolknings-tillväxt var därför helt annorlunda än idag.

I *Kungsbacka* finns för närvarande stora kapacitetsproblem i förskolan. Kommunen hade tidigare en mycket hög barnomsorgstaxa. Effekten av maxtaxan har blivit en mycket kraftig ökning av efterfrågan. Efterfrågeökningen har beräknats motsvara 25 avdelningar.

De närmaste åren är kommunens största problem den kraftiga ökningen av antalet gymnasieelever. Kommunen planerar investeringar i gymnasielokaler på cirka 600 miljoner kronor, varav närmare 400 miljoner avser nya lokaler.

Värmdös största investeringsbehov de närmaste åren finns inom VA-verksamheten. Kommunen har redan en av landets högsta VA-taxor. Kommunen har nu dessutom nått en tröskel där den nuvarande kapaciteten inte längre räcker till. Kommunen måste därför investera i storleksordningen 200–300 miljoner kronor de närmaste åren. Värmdös problem är förmodligen inte ett generellt problem för växande kommuner, utan orsakas bland annat av Värmdös geologiska struktur och dåliga vattentillgång. Men det för ändå tankarna till ett alternativ eller komplement till en mer generell ersättning för växande kommuner. Särskilda investeringsbidrag till kommuner som når trösklar inom olika verksamheter har en fördel i träffsäkerheten.

### Slutsatser och räkneexempel

Två omständigheter är svåra att bortse från när det gäller ekonomiska konsekvenser av en snabb och kontinuerlig befolknings-tillväxt:

- Intäkterna släpar efter
- Nya lokaler och anläggningar kostar mer än gamla

Den så kallade eftersläpningseffekten är lätt att beräkna och kan enklast kompenseras via avräkning i efterhand. I Norge har nyligen befolkningsunderlaget för beräkning av inkomst- och kostnadsutjämnning flyttats fram ett år. Numera bestäms dessa av befolkningen den 1 januari under inkomståret. En omräkning av kommunernas intäkter sker därför under året.

Att beräkna befolkningstillväxtens merkostnader för lokaler eller anläggningar är svårare. Analysen av investeringar under perioden 1996–2001 visade att de 29 kommuner som hade den snabbaste befolkningstillväxten i genomsnitt investerade knappt 300 kronor mer per invånare och år än genomsnittskommunen.

Det bästa underlaget för att ringa in växande kommuners merkostnader för lokaler är de analyser av sambandet mellan befolkningsförändringar och lokalkostnader som gjordes i kapitel 3. För de snabbast växande kommunerna var merkostnaden i genomsnitt 170 kronor per kvadratmeter för skollokaler och 94 kronor per kvadratmeter i förskolan. Merkostnaden bör dock reduceras eftersom underhållskostnaderna var osedvanligt höga i kommunerna med den snabbaste befolkningstillväxten detta år. Underlaget för att beräkna dessa merkostnader var dock begränsat och det finns en risk att dessa belopp ändå är en underskattning av merkostnaden för kommuner som växer så snabbt som Värmdö och Kungsbacka och som har investerat så stora belopp i skollokaler på senare år. Kostnaderna för nya lokaler är minst dubbelt så höga som genomsnittet.

Den mest positiva ekonomiska effekten av att befolkningen växer i snabb takt är att utbetalningarna av pensioner intjänade före år 1998 blir en mindre belastning än annars.

Även i övrigt kan det finnas vissa positiva ekonomiska effekter av att befolkningen växer. En svag till måttlig efterfrågeökning torde vara idealisk för att uppnå en ekonomiskt rationell verksamhet. Fördelarna ska dock inte överdrivas. Som framgick i kapitel 2 växer inte efterfrågan på alla kommunala tjänster i takt med den sammantagna befolkningstillväxten. Variationerna är mycket stora. Det är dessutom lätt att förväxla generella stordriftsfördelar för positiva effekter av kraftig befolkningstillväxt. När befolkningen växer kan en del av de fasta resurserna nyttjas av flera, även om det också krävs nyinvesteringar. Dessa (eventuella) stordriftsfördelar beror dock inte på befolkningstillväxten utan på befolkningsunderlagets storlek.

Det är ändå rimligt att utgå från att de positiva effekterna av en kontinuerlig men inte allt för snabb efterfrågetillväxt medför att merkostnaderna är marginella för verksamheter som inte vänder sig till en specifik grupp i kommunen. En ersättning för växande kommuner bör därför inriktas på de merkostnader som följer av snabba efterfrågeökningar i de stora åldersberoende verksamheterna.

### Räkneexempel

#### Skolan:

Om merkostnaden för skollokaler med hänsyn till underhållskostnaderna minskas från 170 till 140 kronor per kvadratmeter och den genomsnittliga ytan per elev antas vara 16 kvadratmeter<sup>5</sup> blir merkostnaden per elev 2 240 kronor. Som exempel har Kungsbacka ca 12 000 elever i grund- och gymnasieskolan. Det ger en merkostnad på knappt 27 miljoner kronor eller cirka 400 kronor per invånare.

Ett alternativt sätt att beräkna merkostnaderna för växande kommuner som bättre tar hänsyn till varje kommuns efterfrågetillväxt är att direkt utgå från kostnaden för nya lokaler. Merkostnaden för en ny skola jämfört med genomsnittsskolan är minst 800 kronor per kvadratmeter. Det ger en merkostnad per elev på minst 12 000 kronor. I Kungsbacka ökade antalet barn och ungdomar 7–15 år med drygt 2 100 personer mellan 1996 och 2001. Om alla dessa elever går i nya skolor blir merkostnaden drygt 25 miljoner kronor eller knappt 400 kronor per invånare.

### Ersättningen

Det är rimligt att åtminstone de växer alla snabbast kompenseras för eftersläpningen i dagens intäktssystem. Detta kan göras genom en avräkning i efterhand och utgå från skillnaden mellan invånarantalet den 30 juni inkomståret och den 1 november året innan.

I övrigt är det framförallt stora ökningarna av antalet barn, ungdomar eller äldre som ger upphov till stora investeringsbehov i

---

<sup>5</sup> Den genomsnittliga lokalytan i skolor kan vara en överskattning för växande kommuner, eftersom genomsnittsytan även innehåller glesbygdsskolor.

den kommunala verksamheten. Ersättningen bör därför reserveras för kommuner som har haft en snabb efterfrågetillväxt inom någon eller några av verksamheterna barnomsorg, grundskola, gymnasieskola eller äldreomsorg. I praktiken är det inget som hindrar att en kommun med befolkningsminskning också kan ersättas för t.ex. en osedvanligt snabb ökning av efterfrågan inom äldreomsorgen. Ersättningen kan helt utgå från utvecklingen av antalet personer i relevanta åldersgrupper.

Tidsperspektivet bör vara relativt kort, t.ex. 5 år. Som framgick av kapitel 2 kan betydande efterfrågeökningar inträffa även under en så kort tidsperiod.

Det är inte rimligt att kompensera växande kommuner för hela efterfrågeökningen. En mindre ökning kan ofta rymmas inom befintlig organisation och får även i övrigt antas ge goda förutsättningar för ett rationellt lokalutnyttjande.

Den ersättning för växande efterfrågan som skisserats i räkneexemplet har vissa likheter med ett investeringsbidrag. Kommunerna ersätts för högre lokalkostnader till följd av att verksamheternas efterfrågan har ökat i så snabb takt att det krävts investeringar i nya lokaler. Kommunerna ersätts således inte direkt för genomsnittligt dyrare lokaler, utan för de nyinvesteringar som krävts under en period.

I praktiken blir antalet år med ersättning för en viss efterfrågeökning lika lång som den tidsperiod över vilken efterfrågeökningen mäts. Det vill säga kommuner med växande efterfrågan ersätts under fem år. Även om merkostnaderna för nya lokaler successivt avtar är ersättningsperioden ändå kort. Detta kompenseras åtminstone delvis om ersättningen inte reduceras under de fem år kommunen får ersättning.

## Kapitel 6 Landsting med minskande befolkning

### Fallstudie i Västernorrlands läns landsting

Företrädarna för landstinget angav befolkningsminskningen som en av anledningarna till att landstinget under flera år har haft svårt att få ekonomin att gå ihop. Man menade då att färre invånare innebär lägre intäkter. Överkapacitet till följd av befolkningsminskningen framhölls inte som något större problem.

På kostnadssidan är det för närvarande tre förhållanden som utgör särskilda orosmoment. Dessa är det relativt omfattande bruket av s.k. stafettläkare, läkemedelsreformen och ökande kostnader för riks- och regionsjukvård. Ingen av dessa har dock något direkt samband med landstingets befolkningsutveckling.

Man menade inte heller att landstinget har en allmän minskning av efterfrågan på hälso- och sjukvård på grund av befolkningsminskningen. Ett minskat antal invånare kan ha uppvägs av befolkningens åldrande och en allmän efterfrågeökning, bland annat till följd av den medicinskt-tekniska utvecklingen. Däremot kan efterfrågan ha minskat i flera områden i landstinget. Västernorrland har stora glesbygdsområden som drabbats hårt av utflyttning. Det innebär att överkapacitet uppstår i framförallt landstingets primärvård. Till viss del kan dessa problem ändå antas hanteras av den särskilda utjämningsfaktor som beaktar ett svagt befolkningsunderlag.

En betydande strukturell förändring av hälso- och sjukvården under det senaste decenniet är den kraftiga reduceringen av antalet vårdplatser. Istället har öppenvården byggts ut. Det förefaller dock inte som om denna strukturella förändring ger någon betydande minskning av efterfrågan på verksamhetslokaler.

Landstinget har dock minskat sin lokalanvändning under senare år. De använda lokalytorna (egna plus inhyrda minus vakanser) har minskat med cirka 8 procent mellan 1996 och 2001. En orsak är ombyggnaden av Örnsköldsviks sjukhus. Med hjälp av stöd från Kommundelegationen har landstinget kunnat få mer ändamålsenliga lokaler och samtidigt reducera lokalytorna.

## Slutsatser och räkneexempel

Landsting med kraftig befolkningsminskning ersätts idag via ett särskilt bidrag som inte är en del av utjämningen mellan landsting. Om överkapacitet och högre fasta kostnader per invånare kan uppstå i kommunerna är det inte orimligt att tänka sig att det samma gäller för landstingen. Av flera skäl är dock problematiken väsentligt mindre än i kommunerna.

Tabell 6.1. Tillgångar och skulder etc. i kommuner och landsting år 2001

	<i>Kommun</i>	<i>Kommun- koncern</i>	<i>Landsting</i>
Materiella anläggningstillg., mdr	229	570	54
Lokal- och anläggningkostnad, mdr	47		10
Långfristiga skulder, mdr	89	277	8
"Gammal" pensionsskuld, mdr	147		90
Största befolkningsminskning 1995-2001, procent	11,6%		5,2%

Landstingen har, som tidigare redogjorts för, väsentligt mindre av lokaler och anläggningar än kommunerna. Jämfört med kommunkoncernen utgör landstingens tillgångar mindre än 10 procent. Enbart grundskolans lokalkostnader är större än för hela landstingens verksamhet. Förklaringen är att i grundskolan måste lokalutrymme finnas för *alla* 7–15-åringar, eftersom i stort sett alla är där samtidigt. I sjukvården är besöken mer sporadiska och endast en begränsad andel av befolkningen behöver "sjukvårdsyta" en vanlig dag.

När det gäller befolkningsförändringarna finns det också viktiga skillnader. Inget län/landsting minskar befolkningen i samma snabba takt som de värst drabbade kommunerna. Över 100 kommuner hade en större procentuell minskning av befolkningen mellan år 1995 och 2001 än det mest utsatta landstinget (Jämtland).

Efterfrågan på landstingens verksamhet drabbas inte heller på samma sätt som i kommunerna av de kraftiga förändringarna för olika åldersgrupper som redovisades i kapitel 2. Det finns ingen motsvarighet till den efterfrågeminskning och det lokalöverskott inom grundskolan som kommer att drabba många kommuner de



kommande åren. Den normala utvecklingen för landsting med befolkningsminskning är snarare att efterfrågan inte minskar i samma takt som befolkningen. Befolkningsminskningen beror i hög grad på nettoutflyttningen av yngre vuxna, vilka har en relativt låg sjukvårds konsumtion. De äldsta, som har den högsta sjukvårds konsumtionen, flyttar dock inte i någon nämnvärd utsträckning. Det gäller med största sannolikhet också de sjukaste och mest vårdkrävande individerna. Att äldre och andra vårdtunga grupper därmed kommer att utgöra en större andel av befolkningen hanteras i kostnadsutjämnningen för hälso- och sjukvård.

En mindre kompensation för efterfrågeminskning kan dock vara rimlig. En orsak är att befolkningsminskningen kan vara särskilt stor i glesbefolkade områden. Även om gles bebyggelsestruktur hanteras i utjämningsystemet finns ingen särskild kompensation för att antalet invånare och därmed kanske också lokalbehovet en gång var större.

Det avgjort största problemet med fasta kostnader för landsting med befolkningsminskning är istället pensionsförmånerna intjänade före år 1998. Att färre invånare ska finansiera utbetalningarna från den "gamla" pensionsskulden utgör den avgjort största ekonomiska belastningen för landsting med befolkningsminskning.

## Räkneexempel

### Lokaler

Landstingens lokalkostnader uppgår till cirka 1 100 kronor per invånare. Fem procent av lokalerna kostar därför *55 kronor per invånare*. För ett landsting som har minskat befolkningen med fem procent är detta dock en överskattning av kompensationsbehovet eftersom efterfrågan normalt inte minskar i samma takt som antalet invånare (se nedan).

### Pensionsskulden

Landstingens pensionsskuld uppgår i genomsnitt till cirka 10 600 kronor per invånare. Pensionsskulden är cirka 20 procent högre än genomsnittet i de landsting som har haft den största befolkningsminskningen de senaste 10 åren. De årliga utbetalningarna uppgår i genomsnitt till cirka 400 kronor per invånare.

Det innebär att den årliga merkostnaden är cirka 80 kronor per invånare (20 procent av 400) för de landsting som har haft den största befolkningsminskningen.

## Ersättningen

Ersättning för pensionsutbetalningar bör utformas på samma sätt som för kommunerna. Ersättningen bör ta sin utgångspunkt dels i den för landsting genomsnittliga utbetalningen, dels skillnaderna i pensionsskuld mellan landsting med kraftig befolkningsminskning och övriga landsting<sup>6</sup>. Tidshorisonten bör vara relativt lång, t.ex. 10 år.

Utvecklingen av såväl kommunernas som landstingens pensionsutbetalningar bör kontinuerligt följas upp. Merkostnaderna kommer att bli ännu större om några år. Om befolkningsminskningen avtar i de delar av landet som länge har haft minskande befolkning bör ersättningens tidshorisont förlängas, eftersom nuvarande skillnader i pensionsskuld per invånare beror på den befolkningsminskning som redan ägt rum. Dessa skillnader försvinner inte även om befolkningsunderlaget stabiliseras.

En ersättning för minskad efterfrågan/lokalanpassning bör ha ett kortare tidsperspektiv och helst beräknas utifrån förändringarna för olika åldersgrupper. Enligt tidigare analyser kompenserar kostnadsutjämningsens hälso- och sjukvårdsmodell landstingen för omkring hälften eller mer av de minskande intäkter som uppstår i andra delar av intäktssystemet till följd av befolkningsminskning<sup>7</sup>. Det innebär att merkostnaden för lokaler högst bör uppgå till hälften av ovanstående 55 kronor per invånare. Om landstingen liksom kommunerna endast kompenseras för befolkningsminskning utöver två procent blir den beräknade ersättningen därför knappt 10 kronor per invånare och procent som befolkningsminskningen överstiger två procent under en femårsperiod.

Av några skäl kan en sådan ersättning ändå ifrågasättas. Den beräknade merkostnaden är relativt blygsam och uppvägs troligen av en kontinuerlig allmän ökning av efterfrågan på sjukvård, bland annat pga den medicinskt-tekniska utvecklingen. Inom nästan alla

<sup>6</sup> För både kommuner och landsting bör också bolagiseringars och entreprenaders betydelse för skillnaderna i pensionsskuld analyseras.

<sup>7</sup> Förslag om omställningsbidrag för landsting med minskande befolkning samt om vissa förändringar i inkomstutjämningsbidrag för kommunerna, Delrapport av Delegationen för fortsatt utveckling av utjämningsystemet för kommuner och landsting (Fi 1999:11).

län sker dessutom en omfördelning av befolkningen som kräver omställning och anpassning av sjukvårdsstrukturen. Att befolkningsminskningen är störst i Jämtland och Västernorrland beror i stor utsträckning på befolkningsutvecklingen i länens största kommun. Befolkningen har utvecklats sämre i Östersund och Sundsvall än i Karlstad eller Umeå. Problematiken i övriga delar av länen är däremot relativt likartad.

En viktig förutsättning för att det inte skall krävas några särskilda ersättningar för anpassning av lokaler och personalstyrkan vid befolkningsminskning är kontinuerliga uppdateringar av landstingens glesbygdsmodell.

# Merkostnader på grund av gles bebyggelsestruktur i kommuner och landsting

Jan Molde, Glesbygdsverket

## Inledning

Glesbygdsverket har fått i uppdrag av Utjämningskommittén att lämna underlag vad gäller modeller för beräkning av merkostnader för gles bebyggelsestruktur inom ramen för utjämningsystemet för kommuner och landsting. Underlag ska lämnas som dels ger förutsättningar för en bedömning av hur ofta uppdateringar i systemet bör göras, dels ger underlag för bedömning av om hittills använda kostnadsfunktioner är relevanta.

Bebyggelsestruktur och bosättningsmönster varierar kraftigt mellan landets kommuner. En gles bebyggelsestruktur med litet underlag för olika former av offentlig service ger höga enhetskostnader för kommuner och landsting. För att kunna erbjuda kommunal service inom rimliga avstånd för den enskilde måste kommuner och landsting bedriva sin verksamhet med fler men mindre enheter än en kommun eller ett landsting med lika många invånare på en mindre yta. Små enheter blir oftast dyrare att driva än större då de fasta kostnaderna inte kan fördelas på lika många personer. Andra typer av merkostnader för gles bebyggelsestruktur är t.ex. höga kostnader för skolskjutsar och sjukresor.

Glesbygdsverket har tidigare utvecklat modeller för att beräkna merkostnader som uppkommer i områden med gles bebyggelsestruktur. Dessa modeller utgår från statistik om befolkningens bosättningsmönster i olika åldersklasser i rutor om en gång en kilometer. Grunddata är befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån (SCB) och Röda kartans vägnät i digital form. För analyserna har specialutvecklade program baserade på geografiska informationssystem (GIS) använts.

Nedan redovisas de verksamheter där merkostnader för gles bebyggelsestruktur bedömts uppstå i kommuner och landsting och de uppdateringar och analyser som gjorts i dessa delar. För geografiska uppdateringar och analyser utifrån nya befolkningsuppgifter svarar Anders Dahlgren. För kostnadsberäkningar svarar Patrik Johansson och Jan Molde.

## Grundskoleverksamhet

För grundskolans del beräknas i nuvarande utjämningsystem merkostnader dels för behov av små skolor, dels för behov av skolskjutsar.

Beräkningarna grundar sig på Strukturkostnadsutredningens (SOU 1993:53) förslag. Endast mindre justeringar har gjorts utifrån Kommunala utjämningsutredningens (SOU 1998:151) förslag. Bland annat används elevernas faktiska vägavstånd istället för som tidigare fågelvägsavståndet uppräknat med 25 procent.

Modellen utgår från förutsättningarna i tabell 1.

*Tabell 1.* Beräkningsförutsättningar i modell för merkostnader i grundskolan

	<i>Minsta antal elever i skola</i>	<i>Största reseavstånd för eleverna</i>	<i>Skolskjuts vid avstånd mer än</i>
Låg- och mellanstadiet	7	30 km	3 km
Högstadiet	20	50 km	4 km

Modellen gör en fiktiv utplacering av skolor utifrån de i tabellen redovisade kriterierna. Den första skolan placeras i kommunens centralort och de elever som bor inom reseavståndet hänförs till skolorten. Därefter skapar modellen en ny skolort där elevantalet blir tillräckligt stort. Modellen skapar således en teoretisk skolorganisation för respektive kommun. Den teoretiska organisationen fungerar för att belysa skillnader kommuner emellan. Den teoretiska organisationen kan dock inte sägas utgöra en helt optimal organisation utifrån bebyggelsestrukturen. Den kan således inte användas som planeringsmodell. Det är dock möjligt att ut-

veckla modellen så att den teoretiska organisationen närmar sig en ”optimal” organisation.

Skolverket för register över antalet grundskolor, såväl kommunala som med andra huvudmän. Glesbygdsverket har placerat befintliga skolor och eleverna på en digital karta (geokodat). Det har därmed varit möjligt att jämföra de teoretiska skolor som modellen skapar med var de verkliga skolorna är belägna. Generellt skapar den teoretiska modellen färre skolor än vad som finns i verkligheten. Skillnaderna finns i de större tätorterna. Modellen skapar bara en skola per ort, medan det oftast i verkligheten finns tillräckligt antal elever för att bedriva flera skolor av lämplig storlek i de större tätorterna. Denna skillnad har dock ingen betydelse när det gäller att beräkna merkostnader för gles bebyggelsestruktur. I glesa områden finns en relativt god överensstämmelse mellan det antal skolor som modellen skapar och det verkliga antalet. När det gäller lägena för skolorna finns avvikelser som beror på de förutsättningar som modellen arbetar efter. Modellen kan placera ut skolor mittemellan orter med flera elever. Enda förutsättningen är att det finns en elev boende på orten. Detta förhållande kan medföra att skolskjutskostnaderna övervärderas.

Hur förändras behovet av små skolor vid förändringar av antalet elever? För att svara på frågan har Glesbygdsverket gjort fiktiva utplaceringar av grundskolor för åren 1995, 1997, 1999 och 2001, se tabell 2.

Tabell 2. Antalet fiktiva låg- och mellanstadieskolor, 1995,1997, 1999 samt 2001

	1995	1997	1999	2001
Totalt antal elever	637 324	687 273	717 267	733 259
Totalt antal LM-skolor	1 196	1 209	1 158	1189
Varav färre än 300 elever	822	820	772	798

Tabell 3. Antalet fiktiva högstadieskolor, 1995,1997, 1999 samt 2001

	1995	1997	1999	2001
Totalt antal elever	301 072	298 316	315 150	339 316
Totalt antal högstadieskolor	479	477	481	479
Varav färre än 350 elever	257	261	259	244

Ett minskat antal elever kan medföra att underlaget minskar så mycket att färre skolor skapas. Detta kan då också innebära att de elever som finns kvar i området hänförs till andra skolor som därmed får ett relativt sett större underlag. Detta medför således färre skolor med litet elevunderlag och därmed lägre beräknade merkostnader. Ett minskat elevunderlag kan också medföra, i de fall de undre gränsvärdena för att skapa en fiktiv skola inte underskrids, att antalet fiktiva skolor blir oförändrat men att antalet elever i varje skola blir lägre. Därmed blir merkostnaderna för gles bebyggelsestruktur högre. Hur förändringen av antalet elever fördelar sig geografiskt inom kommunen påverkar således de beräknade merkostnaderna.

Beräkningar har gjorts över hur de beräknade merkostnaderna förändras kommunvis för respektive år. Beräkningarna är gjorda utifrån nuvarande kostnadsfunktioner. För de flesta kommuner förändras de beräknade merkostnaderna bara marginellt mellan de olika åren. För vissa kommuner sker emellertid stora förändringar. De kommuner som får stora förändringar är de med de högsta beräknade merkostnaderna. Detta hänger samman med att de beräknade merkostnaderna för små skolenheter är som störst där elevunderlaget är som minst. I vissa kommuner har skolorna ett elevunderlag som tangerar gränsen för när en fiktiv skola ska bildas (sju respektive 20 elever). En marginell förändring av elevunderlaget kan därför medföra att hela ersättningen för en liten skolenhet försvinner alternativt tillkommer. Då en liten fiktiv skolenhet försvinner ökar merkostnaderna för skolskjutsar. De ökade merkostnaderna för skolskjutsar motsvarar för några kommuner mindre än 10 procent av de minskade merkostnaderna för små skolenheter. Om kostnadsfunktionerna för små skolenheter och skolskjutsar svarar mot de faktiska kostnaderna talar detta således för att det i dessa kommuner skulle innebära stora kostnadsbesparingar att lägga ner de små skolorna och i stället skjutsa eleverna till den närmast kvarvarande skolan.

Antalet elever kommer att minska kraftigt på många håll i landet under de närmaste åren som en följd av minskande födelsetal. I början av 1990-talet födde varje kvinna i genomsnitt 2,1 barn. Tio år senare var motsvarande siffra 1,5. En viss uppgång kan nu skönjas. Vissa regionala skillnader finns när det gäller antalet barn per kvinna, där kvinnorna i storstadsområdena genomsnittligt föder något färre barn än kvinnor i övriga Sverige. Regionala skillnader i antal födda barn är dock mer beroende av åldersstrukturen. I

många delar av landet finns helt enkelt för få kvinnor i familjebildande åldrar. Detta hänger i sin tur samman med tidigare flyttströmmar. I många delar av landet kan således ett kraftigt minskande elevantal förutses under de närmaste åren. Hur ofta bör kostnadsutjämnningen uppdateras för att avspegla detta på ett rimligt sätt. En årlig uppdatering kan sägas avspegla verkligheten på ett bättre sätt. En årlig uppdatering kan dock för vissa kommuner innebära stora årliga förändringar i intäkterna från utjämningsystemet med de problem som det kan innebära. Av den anledningen föreslås utjämnning ske utifrån en genomsnittlig merkostnad baserad på elevunderlagen för åren 1997, 1999 och 2001. En uppdatering kan sedan lämpligen ske genom att vartannat år ”rulla fram” underlaget. Med denna metod bör förändringarna i utjämnningen inte bli så plötsliga som en årlig uppdatering utifrån ett års underlag skulle kunna leda till.

## **Beräkning av merkostnader för grundskolan**

### **Lokalkostnader**

Gällande utjämningsystem grundar sig på antaganden som gjordes av Strukturkostnadsutredningen. Lokalkostnaderna i grundskolan antogs där uppgå till 800 kronor per kvadratmeter och lokalytorna antogs uppgå till mellan 8,5 och 22 kvadratmeter per elev utifrån skolstorlek. För de allra minsta skolorna (med endast 7 elever) antogs ytan per elev kunna vara betydligt högre. Antagandena grundade sig på Skolöverstyrelsens gamla rekommendationer om ytnormer. Någon motsvarighet till dessa ytnormer finns inte numera.

Skolverket redovisar i sitt nationella uppföljningssystem följande kostnader per kvm och ytor per elev för åren 1992 och 2001.



Tabell 4. Redovisade lokalytor och lokalkostnader åren 1992 och 2001, urval av kommungrupper

Kommungrupp	Kostnad/kvm		Yta/elev		Lokalkostnad/elev	
	1992	2001	1992	2001	1992	2001
Samtliga kommuner	740	780	16	15	11 700	11 400
Storstäder	920	1 120	15	14	13 900	15 400
Förortskommuner	810	860	15	14	12 400	11 700
Landsbygdskommuner	680	730	16	15	10 500	10 700
Glesbygdskommuner	640	640	21	20	13 200	12 800

Källa: Skolverket.

Den genomsnittliga lokalkostnaden per kvadratmeter i gällande utjämningsystem synes således ha varit något för hög. Kostnaden per kvadratmeter har dock stigit något och ligger nu på 780 kronor vilket är ganska nära det antagande som ligger i gällande utjämningsystem. Dock ingår i Skolverkets redovisning också kostnader för inventarier. Dessa ligger utanför den lokalkostnad om 800 kronor som används i utjämningsystemet.

Stora variationer finns mellan de lokalkostnader som redovisas för respektive kommun. Generellt redovisar lands- och glesbygdskommunerna lägre genomsnittliga lokalkostnader per kvadratmeter, sannolikt beroende på relativt sett äldre lokaler. En större andel nyare lokaler är en trolig förklaring till högre lokalkostnader i förortskommunerna.

När det gäller lokalytor så har ytan per elev sjunkit något mellan åren 1992 och 2001 i alla kommungrupper. Glesbygdskommunerna redovisar generellt sett betydligt större lokalytor per elev än andra kommuner. Detta beror med all sannolikhet på en högre andel små skolor. Det är bland annat detta som kostnadsutjämnningen ska kompensera för.

Utifrån uppgifter om faktiskt antal skolor i olika storleksklasser och uppgift om redovisad genomsnittlig lokalyta per elev framkommer att ytorna är för lågt beräknade i nuvarande kostnadsutjämnning. Nuvarande antagande om ytor i olika typer av skolor ger ett vägt genomsnitt om ca 10 kvm per elev jämfört med ovan redovisade 15 kvadratmeter per elev. Skillnaderna mellan olika kommungrupper antyder att den antagna relationen mellan olika skolstorlekar vad gäller lokalytor är rimlig. Ytan per skoltyp bör dock räknas upp till 14 till 36,5 kvadratmeter per elev för de olika

skoltyperna (att jämföra med 8,5 till 22 kvadratmeter per elev i nuvarande kostnadsutjämning).

### Skolmåltidskostnader

Beräkningarna av skolmåltidskostnaderna i gällande utjämnings-system sker enligt de antaganden som gjordes av Strukturkostnadsutredningen. Skolmåltidskostnaderna antogs där uppgå till mellan 18 och 50 kronor per portion beroende på skolstorlek. Detta motsvarar en kostnad per elev om mellan 3 150 och 6 125 kronor per elev. För de allra minsta skolorna antogs kostnaden per elev uppgå till 8 750 kronor. Utifrån uppgifter om faktiskt antal skolor i olika storleksklasser ger beloppen ovan en beräknad genomsnittlig kostnad per elev om ca 3 400 kronor.

Skolverket redovisar i sitt nationella uppföljningssystem följande kostnader per elev och år för åren 1992 och 2001. I kostnaderna ingår inte kostnader för lokaler. De är i detta avseende jämförbara med de kostnader som används i kostnadsutjämningen. För de skolor där maten upphandlas av extern entreprenör har dock inte lokalkostnaderna kunnat särskiljas. Omfattningen av externt upphandlad mat finns inte redovisad, men den bedöms inte vara så stor att den påverkar siffrorna i detta avseende mer än marginellt.

Tabell 5. Redovisade skolmåltidskostnader per elev åren 1992 och 2001, urval av kommungrupper

Kommungrupp	Kostnad per elev	
	1992	2001
Samtliga kommuner	2 700	3 600
Storstäder	2 200	3 700
Förortskommuner	2 700	4 500
Landsbygdskommuner	3 000	3 300
Glesbygdskommuner	3 700	4 500

Källa: Skolverket.

Den genomsnittliga måltidskostnaden per elev är således något högre år 2001 än vad som antas i nuvarande kostnadsutjämning. Skillnaderna i skolmåltidskostnader mellan olika kommungrupper

tyder på att gjorda antaganden om skillnader i enhetskostnader mellan olika storlekar på skolor är rimlig.

Kostnaden per elev bör dock räknas upp till 3 350 till 6 500 kronor per skoltyp.

### Kostnader för skolskjutsar

Kostnaden för kommunens skolskjutsar har i Strukturkostnadsutredningen beräknats enligt följande:

Antalet elevkm (enkel väg) \* 0,80 kr/elevkm \* 2 resor per dag \* 175 skoldagar/år + ett ”inoptimaltillägg” på 20 procent

Inoptimaltillägget görs eftersom eleverna slutar vid olika tidpunkter på dagen. Hela skolskjutskostnaden har bedömts som en kommunal merkostnad.

Som underlag för antagandet om kostnad om 0,80 kronor per elevkilometer låg följande antagande:

Taxi	för <9 elever	6:- /km
Minibuss	för 9–16 elever	9 kr/km
Buss	för 17–33 elever	15 kr/km
Buss	för > 33 elever	16 kr/km

I de kommunala jämförelsetal som Skolverket redovisar finns inga uppgifter om kostnader per elev- eller fordonskilometer. De enda kostnaderna som redovisas där är de genomsnittliga kostnaderna för skolskjuts per elev i respektive kommun och kommungrupp.

Tabell 6. Redovisade skolskjutskostnader per elev åren 1992 och 2001, urval av kommungrupper

Kommungrupp	Kostnad per elev	
	1992	2001
Samtliga kommuner	1 420	1 650
Storstäder	310	180
Förortskommuner	670	760
Landsbygdskommuner	2 880	3 290
Glesbygdskommuner	3 540	4 230

Källa: Skolverket.

De förändrade skolskjutskostnaderna per elev under perioden kan bero på såväl förändrat antal elevkilometer som förändrade kostnader per elev- eller fordonskilometer.

Kostnaden per elevkilometer är starkt beroende av i vilken utsträckning samordning med ordinarie linjetrafik är möjlig. Kommunen betalar dock även för dessa resor, även om kostnaden per elevkilometer blir lägre än för separat upphandlade skolskjutsar. På vilket sätt kommunerna betalar för skjutsar i linjetrafik varierar. I många fall betalar man ett månadskort till en kostnad som är oberoende av reslängden. I vilken utsträckning detta kort täcker kostnaderna för resan varierar också. Kommunerna betalar ju i alla händelser en stor del av driftsunderskottet för linjetrafiken till länsstrafikhuvudmannen. Med utgångspunkt i Skolverkets kostnadsuppgifter görs en uppskrivning av dagens 0,80 kronor per elevkilometer till 0,90 kronor.

Då modellen för utplacering av fiktiva skolor placerar färre skolor än det verkliga i större tätorter kan behovet av skolskjutsar på dessa ställen komma att övervärderas. Av den anledningen beräknas för närvarande, i enlighet med på Kommunala utjämningsutredningens förslag, inga skolskjutskostnader för elever boende i tätorter med minst 20 000 invånare.

En mer rättvisande utplacering av skolorna skulle medföra en mer rättvisande beräkning av skolskjutskostnaderna. I övrigt föreslås nuvarande beräkningsmodell för skolskjutskostnader användas. Dock föreslås kostnaden per elevkilometer justeras till 0,90 kronor per elevkilometer.

En jämförelse av beräknat utfall enligt modellen och redovisade skolskjutskostnader per kommun visar relativt stora avvikelser för glesbygdskommunerna där de redovisade kostnaderna generellt ligger högre än de som beräknas i modellen. Detta hänger med största sannolikhet samman med att samordning av skolskjutsar och linjetrafik inte är möjlig i lika hög utsträckning i dessa kommuner och att den genomsnittliga fordonsstorleken är mindre. Av den anledningen föreslås kostnaden per elevkilometer för glesbygdskommunerna ligga 30 procent över genomsnittet.

## Undervisningskostnader

De totala undervisningskostnaderna per elev som redovisas i Skolverkets jämförelsetal varierar kraftigt mellan kommunerna. En av orsakerna är sannolikt variationer i andelen elever med utländsk bakgrund. Merkostnader av dessa skäl kompenseras på annat håll i utjämningsystemet. Andra orsaker kan vara variationer i ambitionsnivå och geografisk struktur. För att fånga merkostnader som beror på geografisk struktur föreslås samma metod som i nuvarande utjämningsystem användas, där ett större lärarbehov till följd av färre elever per lärare i mindre skolenheter beaktas. Kostnaderna per lärartjänst har uppdaterats utifrån aktuella värden. Likaså har kostnaderna för läromedel uppdaterats och antagits variera på samma sätt som i nuvarande utjämningsystem utifrån skolstorlek på grund av lägre utnyttjande av klassuppsättningar och viss utrustning.

## Sammantagna kostnader för olika skolformer och skolstorlekar

De sammantagna kostnaderna enligt ovan har beskrivits som kontinuerliga funktioner av antalet elever i skolan baserade på de beräknade kostnaderna enligt ovan. De sammantagna kostnaderna överensstämmer inte med de totala kostnader för grundskoleverksamhet som redovisas i Skolverkets jämförelsetal. Dock bedöms de kostnader som antas variera med skolstorleken ha fångats upp varför föreslagna funktioner bör fungera för att beräkna merkostnader för små skolor.

## Gymnasieskola

### Allmänt

Merkostnader för gles bebyggelsestruktur avseende gymnasieskolor beräknas i nuvarande system för resor och inackorderings-tillägg.

I ett första steg har kommuner med minst 600 personer i åldern 16–18 år eller minst 15 000 invånare bedömts ha ett tillräckligt elevunderlag för att bedriva egen gymnasieutbildning utan merkostnader till följd av lågt elevunderlag. Kommuner som ligger över

de angivna gränserna men ändå saknar egen gymnasieutbildning utgörs av ett fåtal förortskommuner med relativt korta avstånd till andra kommuner med gymnasieutbildning.

I ett andra steg har övriga kommuncentra bedömts ha tillräckligt underlag för en gymnasieskola om minst 500 personer i åldern 16–18 år finns inom 50 kilometers vägavstånd samtidigt som vägavståndet till andra gymnasieorter överstiger 35 kilometer.

I ett tredje steg har vägavståndet för samtliga elever i landet till de närmast belägna utplacerade gymnasieskolorna beräknats, varefter kostnader för dagliga skolresor och inackordering har beräknats.

För elever med kortare vägavstånd än 6 kilometer beräknas inga resekostnader. För elever med ett avstånd till närmaste gymnasieskola på mellan 6 och 50 kilometer beräknas en resekostnad motsvarande den genomsnittliga kostnaden för ett terminkort. Kommunerna är nämligen enligt lag skyldiga att stå för elevernas kostnader för resor till och från gymnasieskolan om avståndet överstiger 6 kilometer. Av elever med mer än 50 kilometer till närmaste gymnasieskola har 90 procent antagits bo inackorderade till en kostnad som motsvarar inackorderingstillägget.

Hur kommunerna ersätter sina elever för resekostnader varierar. I många fall sker ersättningen som ett genomsnittspris per elev oavsett resavstånd. I vissa län tillämpas olika priser utifrån några olika resalternativ. En undersökning av aktuella kostnader i olika län ger vid handen att en genomsnittlig resekostnad per år och gymnasieelev är ca 4 500 kronor. De skillnader som förekommer mellan olika län förefaller inte vara relaterade till de olika reslängder som förekommer, utan verkar mer vara uttryck för olika taxepolitik av andra orsaker. De skillnader i faktiska kostnader för länstrafikhuvudmännen som uppstår utifrån bland annat olika avstånd belastar ändå kommunerna utifrån de avtal om fördelning av ekonomisk underskott för kollektivtrafik som finns i de olika länen.

Skollagen anger i 5 kap. 33 § att inackorderingstillägg ska uppgå till "lägst 1/30 av basbeloppet för varje kalendermånad under vilken eleven bor inackorderad". Basbeloppet för 2003 uppgick till 38 600 kronor. Normalt utgår inackorderingstillägg under nio månader (fyra på höstterminen och fem på vårterminen). Kommunens kostnad per elev med inackorderingstillägg kan därför beräknas till 11 580 kronor per år ( $38\,600/30 \times 9$ ).

Kommuner med litet elevunderlag och stort avstånd till andra gymnasieorter, får genom dessa ersättningar en kompensation för

detta oavsett om kommunen bedriver gymnasieutbildning eller inte. För de kommuner som trots ett lågt elevunderlag bedriver egen utbildning fungerar den beräknade ersättningen som en kompensation för merkostnader för små gymnasieskolor.

### Beräkningsmetod

De geografiska analyserna har gjorts för hela landet samtidigt utan hänsyn till kommun- eller länsgränser. Resultatet i av form antal med olika vägvstånd till närmaste fiktiv gymnasieskola redovisas per kommun.

I ett första steg placeras fiktiva gymnasieskolor i kommuncentra i kommuner med minst 600 personer i åldern 16–18 år eller minst 15 000 invånare. Resultatet blir ett antal fasta och ett antal möjliga lokaliseringpunkter.

I ett andra steg placeras fiktiva gymnasieskolor i övriga kommuncentra som har minst 500 personer i åldern 16–18 år inom 50 kilometer vägvstånd, samtidigt som vägvståndet till andra gymnasieorter (enligt steg 1 ovan) är mer än 35 kilometer.

I ett tredje steg beräknas antal elever per kommun med mellan 6 och 50 kilometer, respektive mer än 50 kilometer till sin närmaste gymnasieskola (oavsett vilken kommun de ligger i).

Körningar baserade på befolkning 1997, 1999 och 2001 har gjorts för att studera i vilken utsträckning befolkningsförändringar påverkar antalet fiktiva gymnasieskolor och merkostnader för kommunerna.

### Resultat

Tabell 7. Antal fiktiva gymnasieorter, åren 1997, 1999 samt 2001

År	Antal skapade gymnasieorter	Förändring		
		Netto	Tillkom	Försvann
1997	163			
1999	162	-1	2	3
2001	164	2	4	2

En analys av förändringar visar att då ett kommuncentra inte längre uppfyller kriteriet för att vara en ”fast punkt” blir kommuncentrat en s.k. möjlig lokaliseringspunkt. I vissa fall väljer då modellen grannkommunen (som också har en möjlig lokaliseringspunkt men som tidigare ej valts) som lokalisering av den fiktiva gymnasieskolan. I andra fall är orsaken att ett kommuncentra som vare sig tidigare eller nu uppfyller något av kriterierna för att vara en ”fast punkt” tidigare samlat minst 500 elever i åldrarna 16–18 år inom 50 kilometer men nu inte längre gör det.

Samtliga kommuner får enligt modellen merkostnader för inackordering och/eller reskostnader. Merkostnaden varierar mellan drygt 10 kronor och uppemot 500 kronor per invånare.

Jämförelsen av utfallet för åren 1997, 1999 och 2001 visar att variationerna mellan åren i de flesta fall är relativt liten. För några av de kommuner som tappade, alternativt fick en ny fiktiv gymnasieskola, är dock skillnaderna i utfallet avsevärda. För att undvika alltför stora förändringar i merkostnadsersättningar har därför i några fall en anpassning till den faktiska skolstrukturen gjorts.

## Hemtjänst

Merkostnader för hemtjänst i glesbygd beräknas i nuvarande system efter antal personer 80 år och äldre som bor längre än 15 kilometer från en fiktiv serviceort för hemtjänsten. Möjliga serviceorter är alla kilometerrutor som har minst 200 invånare inom en radie av tre kilometers vägavstånd.

Merkostnad beräknas för resor från dessa serviceorter för besök hos personer 80 år och äldre som bor mer än 15 kilometer från närmaste serviceort.

Antal besök av hemtjänstpersonal beräknas till 2 besök per dag och reskostnaden beräknas till 52 kronor per mil. Denna kostnad avser såväl personalkostnader för vårdbiträden som fordonskostnader. Nuvarande beräkningen bygger på 1,5 besök per dag samt en milkostnad på 47 kronor.

Nuvarande beräkning bygger på bosättningsmönstret årsskiftet 1995/96. Glesbygdverket har gjort en uppdatering utifrån befolkning per kilometerrutor årsskiftet 2001/02.



Ovanstående kostnadsfunktion innebär en kostnad om 7 592 kronor per personkilometer.<sup>1</sup>

Den använda modellen beaktar inte det förhållande att särskilda merkostnader kan uppstå för skärgårdskommuner med personer med behov av hemtjänst boende på öar utan hemtjänstpersonal.

## Hälso- och sjukvård

### Merkostnader för små sjukhus

I nuvarande system beräknas merkostnader uppstå för fiktivt placerade sjukhus med ett befolkningsunderlag som understiger 75 000 invånare. För att beräkna landstingens merkostnader i detta avseende görs fiktiva lokaliseringar av sjukhus utifrån vissa kriterier. Dessa finns redovisade i Utjämningsutredningens och Utjämningskommitténs betänkanden.

Senaste fiktiva lokaliseringar gjordes i samband med Kommunala utjämningsutredningen. I samband med Utjämningsdelegationens arbete år 2000 gjordes ingen ny fiktiv utplacering av sjukhus utifrån aktuell befolkning. Istället gjordes beräkning av underlaget, utifrån befolkningen årsskiftet 1998/99, till de tidigare fiktivt utplacerade sjukhusen. Det visade sig då att inget av de tidigare fiktivt utplacerade sjukhusen hade fått för litet underlag (20 000 respektive 25 000 invånare) för att nybildas.

Glesbygdsverket har nu gjort nya fiktiva lokaliseringar utifrån befolkningen per årsskiftet 2000/01. Resultatet uppvisar i vissa områden stora avvikelser mot de lokaliseringar som använts för tidigare beräkningar. Skillnaderna kan inte enbart förklaras utifrån ändrad befolkning och bosättningsmönster. Den använda modellen synes inte helt optimal för att ge rimliga fiktiva utplaceringar. Av den anledningen gjordes i samband med Kommunala utjämningsutredningens arbete vissa manuella justeringar. De fiktiva lokaliseringar som fastställdes då, och som hittills använts vid beräkning av merkostnader, bedöms rimliga också för en ny beräkning av merkostnader för små sjukhus.

---

<sup>1</sup> 365 dagar x 2 besök per dag x 5,20 per km x 2 (fram och åter) = 7 592.

Därför har också en ny beräkning av befolkningsunderlaget för årsskiftet 2001/02 till de tidigare fiktivt utplacerade sjukhusen gjorts. Det visade sig då att inget av sjukhusen "faller under strecket".<sup>2</sup>

I den uppdatering av modellen som gjordes i samband med Utjämningsdelegationens arbete och som baserade sig på 1998 års befolkning hade 25 sjukhus ett befolkningsunderlag understigande 75 000 invånare. Motsvarande antal vid årsskiftet 2001/02 var 26. Det är inte bara antalet sjukhus med ett litet befolkningsunderlag som påverkar kostnaderna. Även förändringar av befolkningsunderlaget för de redan tidigare små sjukhusen påverkar de beräknade merkostnaderna för landstingen.

De totala merkostnaderna för landstingen var tidigare beräknade till 545,4 miljoner. Utifrån 2001 års befolkning uppgår de till 589,5 miljoner. De landsting som utifrån de nya beräkningarna får de största förändringarna (ökningar) är Kalmar, Södermanland och Norrbotten.

### Primärvård

I nuvarande system beräknas merkostnader uppstå för vårdcentraler med ett befolkningsunderlag som understiger 5 600 invånare. För att bedöma var denna typ av merkostnader finns har en fiktiv lokalisering av vårdcentraler gjorts utifrån följande kriterier. Fiktiv vårdcentral läggs ut i tätorter som har minst 1 500 invånare inom 30 kilometer vägvstånd. Den första vårdcentralen placeras i kommunens centralort. För att undvika dubbelräkning av underlag används en närhetsfaktor om 0,7. Varje befolkad ruta hänförs till den fiktiva enhet som ligger närmast. Antal personer som hänförs till respektive fiktiva enhet redovisas. För de vårdcentraler som på detta sätt får ett befolkningsunderlag som understiger 5 600 invånare beräknas merkostnader enligt vissa kostnadsfunktioner.

Senaste uppdatering av beräkningarna gjordes i samband med Utjämningsdelegationens arbete utifrån befolkningens bosättning årsskiftet 1998/99.

En ny fiktiv utplacering av vårdcentraler har nu gjorts utifrån befolkningsdata för årsskiftet 2001/02. Med dessa data som grund och ovanstående antaganden skapas 448 fiktiva vårdcentraler, varav 146 har ett befolkningsunderlag understigande 5 600 invånare. Det

---

<sup>2</sup> 20 000 personer för de fyra nordligaste landstingen och 25 000 för övriga.

totala antalet fiktiva vårdcentraler är långt under det verkliga antalet vårdcentraler i landet. Enligt det register som Glesbygdsverket har upprättat fanns vid årsskiftet 2001/02 ca 970 vårdcentraler i landet. Differensen mellan antalet fiktiva och faktiska vårdcentraler finns framför allt i större tätorter. Modellen skapar bara en vårdcentral per ort, medan det i verkligheten ofta finns tillräckligt befolkningsunderlag för att ha flera vårdcentraler av lämplig storlek i de större tätorterna. Denna differens har dock ingen betydelse när det gäller att beräkna merkostnader för gles bebyggelsestruktur. I glesa områden finns en relativt god överensstämmelse mellan det antal vårdcentraler som modellen skapar och det verkliga antalet.

De totala merkostnaderna för små vårdcentraler var tidigare beräknade till 63,1 miljoner. Utifrån 2001 års befolkning uppgår de till 70,6 miljoner, en ökning med 7,5 miljoner eller nära 12 procent. Skillnaderna mellan de merkostnader per landsting som senast beräknats utifrån 1998 års befolkning och denna beräkning uppgår med ett undantag till mindre än tio kronor per invånare. För Jämtlands läns landsting ger de nya beräkningarna en merkostnad om 95 istället för 69 kronor per invånare.

### Kostnader för sjukresor

I nuvarande utjämningsystem beräknas landstingens kostnader för sjukresor utifrån befolkningens avstånd till närmaste fiktiv vårdcentral respektive sjukhus. Med antaganden om olika åldersgruppers antal besök per år vid vårdcentraler och sjukhus har behovet av sjukresor beräknats och uttryckts i antal personkilometer för respektive landsting.

I Utjämningsdelegations betänkande redovisades några olika modeller för att göra dessa beräkningar. Den modell som kom att tillämpas är den som i utredningen benämns ”förenklad modell”. Denna modell bedömdes ge en tillräckligt god bild av de skillnader i sjukresekostnader på grund av boendemönster som finns mellan landets olika landsting.

Nuvarande utjämningsgrundar sig på befolkningsdata för årsskiftet 1998/99. En ny beräkning av antalet personkilometer i respektive landsting har nu gjorts utifrån befolkningen årsskiftet 2001/02. Beräkningen har gjorts utifrån samma grunder som tidigare. De fiktiva sjukhusen och de fiktiva vårdcentralerna har legat till grund för beräkningen. De fiktiva sjukhusen har samma geo-

grafiska lägen som i nu gällande utjämningsystem. De fiktiva lägena för vårdcentralerna har dock förändrats något utifrån förändringar i befolkningsstrukturen. De nya beräkningarna ger totalt sett en svag ökning av antalet personkilometer. För de fyra nordligaste länen har dock antalet personkilometer minskat med 6–9 procent. Detta är en följd av befolkningsutvecklingen i dessa delar med en relativt kraftigt minskande befolkning i stora områden. I andra delar av landet ökar antalet personkilometer. Störst ökning kan avläsas för Uppsala län där antalet personkilometer har ökat med 14 procent mellan 1998 och 2001.

Förändringarna i antalet personkilometer får ett direkt genomslag på förändrade kostnader för sjukresor. Förändringen av kostnaderna för sjukresor uttryckt som kostnad per invånare påverkas emellertid också av förändringen av antalet invånare i respektive landsting.

Det tycks som om antalet beräknade personkilometer generellt sett överskattas i modellen. Likafullt bedöms modellen på ett tillräckligt bra sätt beskriva de strukturella skillnaderna i landstingens kostnader för sjukresor. Den ”överskattning” av antalet personkilometer som finns i modellen kompenseras genom en anpassning av den antagna genomsnittliga kostnaden per personkilometer. I de beräkningar som nu gjorts har den genomsnittliga kostnaden per personkilometer satts till 2,50 kronor.

De nya beräkningarna ger en högsta kostnad per invånare i Jämtland, där kostnaden uppgår till 348 kronor per invånare, vilket är en minskning med 10 kronor. Generellt sett ger de nya beräkningarna en relativt god överensstämmelse med gällande utjämning. De procentuellt största ökningarna av sjukresekostnaderna per invånare uppstår i Blekinge och Uppsala län (17 respektive 15 procent). Störst minskning av sjukresekostnaden per invånare uppstår i Västerbottens län (-7 procent).

### **Merkostnader för små ambulansstationer**

I nuvarande utjämningsystem beräknas merkostnader uppstå för ambulansstationer med ett befolkningsunderlag som understiger 10 000 invånare.

För att beräkna landstingens merkostnader i detta avseende har fiktiv lokalisering av ambulansstationer gjorts utifrån följande kriterier. Kilometerrutor som ligger inom 40 kilometer från fiktivt

placerat sjukhus undantas från beräkningarna då inga merkostnader bedöms uppstå för dessa. Som möjlig ort för lokalisering av ambulansstationer har angivits tätorter med minst 200 invånare. Fiktiva ambulansstationer bildas i tätorter som får minst 1 500 invånare inom 50 kilometer vägavstånd. För att undvika dubbelräkning används en närhetsfaktor om 0,8. Varje befolkad ruta hänförs därefter till den fiktiva enhet som ligger närmast.

Merkostnader för enheter med befolkningsunderlag understigande 10 000 invånare beräknas enligt följande:

$(2\,000\,000/\text{antal personer i underlaget}) - 200 * \text{antal personer i underlaget}$

En ny fiktiv utplacering av ambulansstationer har gjorts utifrån ovan nämnda kriterier och med befolkningen årsskiftet 2001/02 som grund.

Utifrån befolkningsdata för årsskiftet 2001/02 skapas 89 fiktiva ambulansstationer med ett befolkningsunderlag under 10 000 personer. De totala merkostnaderna utifrån ovan nämnda formel uppgår till 88,2 miljoner. Skillnaderna mellan de merkostnader per landsting som senast beräknats utifrån 1998 års befolkning och denna beräkning uppgår med ett undantag till mindre än tio kronor per invånare. För Norrbottens läns landsting ger de nya beräkningarna en merkostnad om 52 istället för 33 kronor per invånare. En ökning med 58 procent eller 19 kronor per invånare.

### **Merkostnader för övernattningsplatser vid vårdcentraler**

Landsting som har vårdcentraler på långt avstånd från närmaste sjukhus kan ha behov av platser för övernattning, övervakning samt observation i anslutning till dessa vårdcentraler. Kommunala utjämningsdelegationen föreslog att compensation för de merkostnader som dessa platser medför skulle ingå i det kommunal utjämningsystemet.

För att bedöma behovet av denna typ av vårdplatser gjordes en analys av avstånden mellan de fiktivt utplacerade vårdcentralerna och de fiktivt utplacerade sjukhusen. Behov av övernattningsplatser bedömdes finnas vid vårdcentraler belägna mer än 8 mil från närmaste sjukhus. Antalet platser bedömdes till 1 per 1 000 invånare i respektive vårdcentralers upptagningsområde.

En stor variation finns vad gäller antalet övernattningsplatser per invånare i olika län. I till exempel Norrbottens län finns en medveten strävan att nyttja dessa platser inte bara som övervaknings- och observationsplatser utan också för viss typ av behandling, vård och rehabilitering. Verksamheten har nyligen utvärderats. Av utvärderingen framgår att inläggningen på dessa platser i de flesta fall varit adekvat. Det innebär att platserna fyllt en funktion som "filial" till sjukhusklinikerna. Samtidigt konstateras att behandlingsinsatser som i landsting med kortare avstånd kan göras som dagsjukvård sannolikt sker med utnyttjande av dessa slutenvårdsplatser i Norrbotten. Vidare framgår att små enheter blir dyrare i drift än enheter där man kan optimera vårdplatsantalet.

Aktuell data från Jämtlands läns landsting visar att utnyttjandegraden av platserna blir lägre ju färre platser det finns vid respektive vårdcentral.

Hur kan då merkostnaderna för dessa platser bedömas? Redovisade kostnader under år 2002 för denna typ av platser i Jämtlands län uppgår till mellan 583 000 och 682 000 kronor per plats och år.

De högsta kostnaderna redovisas för vårdplatser i anslutning till den mest avlägset belägna vårdcentralen. Det är samtidigt den vårdcentral som har minst befolkningsunderlag och lägst antal vårdplatser.

Det är rimligt att anta att denna typ av vårdplatser till viss del ersätter vårdplatser vid sjukhus. Hela kostnaden för övernattningsplatser kan därmed inte ses som en merkostnad. Det finns de som anser att denna typ av vård i vissa fall kan vara ett mer kostnads-effektivt sätt att bedriva sjukvård på än traditionell sjukhusvård då risken för en "för hög" vårdnivå minskas. Dock pekar den ovan nämnda utvärderingen på att små enheter generellt är dyrare att driva och att svårigheter finns att få ett effektivt utnyttjande av platserna. Vidare pekar utvärderingen på att alternativet till vård vid dessa platser i vissa fall inte alls är sjukhusvård utan dagvård för boende i närhet av sjukhus. Utifrån denna bakgrund har merkostnaderna per vårdplats för övernattningsplatser bedömts till 500 000 kronor per år.

En ny beräkning av behovet av vårdplatser har gjorts utifrån befolkningen årsskiftet 2001/02. Beräkningen har gjorts utifrån samma grunder som tidigare. De fiktiva sjukhusen och de fiktiva vårdcentralerna har legat till grund för beräkningen. De fiktiva sjukhusen har samma geografiska lägen som i nu gällande utjäm-

ningssystem. De fiktiva lägena för vårdcentralerna har dock förändrats något utifrån förändringar i befolkningsstrukturen. De nya beräkningarna ger ett behov av totalt 100 platser vid 25 vårdcentraler i fem län. Skillnaderna i beräknat behov av övernattningsplatser, och därmed merkostnad per invånare, är endast marginell gentemot gällande utjämningsystem.

# Normkostnadsberäkningar för äldreomsorg

Mårten Lagergren

## 1 Inledning

Systemet för utjämning av kostnaderna för äldreomsorgen togs ursprungligen fram år 1993 av Strukturkostnadsutredningen (SOU 1993:53). Modellen ansluter till de generella principerna för utjämningsystemet. Målet är att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar att bedriva kommunal verksamhet med genomsnittlig ambitionsnivå samt att kostnadsutjämnningen skall grundas på förhållanden som kommunen inte kan påverka. Modellen har sedan successivt reviderats i olika avseenden men dess grundläggande struktur består. Den modell som nu tillämpas (SOU 1998:151) består av fyra delar. Den helt dominerande delen av kostnadsutjämnningen utgörs av en normkostnad som avser avspegla vårdbehoven för den äldre befolkningen i kommunen. Till denna kommer sedan ett särskilt tillägg, som avser merkostnader för hemtjänst i glesbygd, ett tillägg till glesbygdskommuner för merkostnader beroende på en högre andel äldre som behöver bo i särskilt boende samt ett generellt tillägg per innevånare för färdtjänst och handikappomsorg.

De beräkningar som redovisas nedan avser huvuddelen av utjämningsystemet för äldreomsorgen – normkostnaderna. Beräkningen av dessa bygger på en indelning av den äldre befolkningen i delgrupper. Med utnyttjande av kostnadsdata och data som avser delgruppens utnyttjande av äldreomsorg erhålles en beräknad normkostnad per delgrupp. Kommunens normkostnad för äldreomsorg erhålles sedan genom att denna normkostnad per delgrupp multipliceras med antalet personer i kommunen i delgruppen ifråga, varefter resultatet summeras över alla delgrupper.



Indelningen i delgrupper avsåg ursprungligen ålder (65–74 år, 75–84 år, 85–år), kön, sam- eller ensamboende samt socioekonomisk grupp (ej facklärd arbetare, facklärd arbetare, lägre tjänsteman, övriga tjänstemän). Folk- och bostadsräkningen (FoB) 1990 låg till grund för indelningen avseende boendeförhållanden. Yrkesbakgrunden för personer som pensionerats efter 1970 bestämdes genom samkörning med Folk- och bostadsräkningen 1970. Personer som pensionerats före 1970 kunde inte placeras med hänsyn till socioekonomisk bakgrund.

I den översyn av normkostnadsberäkningarna som genomfördes 1998 (Kommunala utjämningsutredningen, SOU 1998:151) byttes variabeln samboende mot civilstånd och modellen kompletterades med en etnisk faktor beräknad genom en schablonmässig uppräknings av normkostnaden för personer födda i länder i södra Europa eller utanför Europa. Genom ny statistik från SCB blev det då också möjligt att inkludera yrkesbakgrund för personer över 85 år.

Principen i normkostnadsberäkningarna för äldreomsorgen är att ställa vårdbehoven i den äldre befolkningen mot omsorgsinsatserna. Detta kräver dels data som beskriver ohälsa och vårdbehov för de olika delgrupperna i befolkningen, dels data som beskriver insatserna i relation till ohälsan för samma grupper. För beskrivningen av ohälsan i befolkningen har utnyttjats SCB s.k. ULF-undersökningar (Undersökningar av Levnadsförhållanden). Dessa undersökningar är baserade på ett stort urval av befolkningen (omkring 8 000 personer) och avser en rad olika aspekter på levnadsförhållanden och tillgången till olika slag av resurser. Bland de frågor som ställs i intervjuundersökningen ingår frågor rörande upplevd ohälsa, förekomsten av kronisk sjukdom med nedsatt funktionsförmåga och olika rörelsehinder. Utifrån svaren på dessa frågor kan man konstruera ett ohälsoindex med fyra nivåer: full hälsa, lätt ohälsa, måttlig ohälsa och svår ohälsa.

ULF-undersökningarna har bedrivits sedan slutet av 1970-talet med en i allt väsentligt oförändrad metodik och de kan bedömas ge en i stort sett tillförlitlig bild av förekomsten av ohälsa hos den äldre befolkningen. Ett problem med ULF-undersökningen är emellertid att undersökningen endast vid ett tillfälle (1988/89) omfattat personer över 85 år. Genom det begränsade antalet intervjuade personer går det heller inte att direkt beräkna förekomsten av ohälsa per kommun. Man är därför hänvisad till indirekta beräkningar, s.k. regressionsberäkningar, baserade på variabler som visat sig vara bestämmande för ohälsofördelningen.

Nästa steg i beräkningarna är att bestämma insatserna av äldreomsorg givet ohälsa och vårdbehov. Detta gjordes vid de första normkostnadsberäkningarna utgående från data som insamlats genom de s.k. ÅSIM-undersökningarna i Solna och Sigtuna kommuner. Genom dessa undersökningar, som bedrevs under åren 1984–1994, var det möjligt att bestämma omsorgsinsatsen – uttryckt som veckotimmar hemtjänst i ordinärt boende eller serviceboende eller heldygnsvård i särskilt boende (ålderdomshem, sjukhem). Ett problem i sammanhanget var att vårdberoendet i dessa undersökningar mättes på ett annat sätt än i SCB:s ULF-undersökningar. Det var därför nödvändigt att använda någon form av översättning för att kunna relatera dessa resultat till ULF-undersökningarna.

En kritik som framfördes mot de första normkostnadsberäkningarna var att de var baserade på ett alltför begränsat underlag när det gällde beräkningen av omsorgsinsatserna givet behoven. Som underlag för den översyn av normkostnaderna, som gjordes av Beredningen för statsbidrag och utjämning i kommunsektorn (SOU 1994:144), genomfördes för den skull våren 1994 en fältundersökning i nio kommuner med samma metodik som i de tidigare undersökningarna i Solna och Sigtuna. Undersökningen bekräftade i stort sett de resultat som erhållits tidigare men med vissa modifieringar.

Sedan mitten av 1990-talet, när dessa undersökningar gjordes, har det skett omfattande förändringar av vården och omsorgen om de äldre. ÅDEL-reformen har inneburit att insatserna för de mest vårdkrävande äldre i allt högre grad kommit att vila på kommunerna och den ekonomiska åtstramningen har gjort att man har måst koncentrera insatserna till dessa personer. Som en följd härav har antalet vårdtagare i relation till befolkningen minskat i hög grad samtidigt som insatserna per vårdtagare har ökat. Det finns emellertid också indikationer på att förekomsten av ohälsa och vårdberoende hos de äldre gått tillbaka per åldersgrupp räknat. Mot bakgrund av dessa förändringar har det bedömts önskvärt att göra nya fältundersökningar i syfte att få ett uppdaterat underlag för normkostnadsberäkningarna. För att få god jämförbarhet har dessa undersökningar gjorts i samma kommuner som tidigare deltog. Åtta av dessa har deltagit i den nya undersökningen. Det har också varit möjligt att föra till motsvarande data från sju andra kommuner, som deltar i det s.k. SNAC-projektet (Swedish National study on

Ageing and Care). Uppläggning, genomförande och resultat av de nya fältundersökningarna redovisas nedan.

Etnicitet infördes som normkostnadsbestämmande variabel vid 1998 års översyn. Detta avsåg då personer födda i södra Europa eller utanför Europa. Även i föreliggande normkostnadsberäkningar ingår etnicitet. Av skäl som redovisas nedan har dock indelningsgrunden förändrats till "född i ett nordiskt land" resp. "utanför de nordiska länderna". Detta bedöms inte ha någon praktisk betydelse, eftersom antalet äldre personer som invandrat från norra Europa utom Norden är mycket litet. Skälet till att ta hänsyn till etniciteten är att äldre invandrare från länder utanför Norden genomsnittligt sett har sämre hälsa än personer födda i de nordiska länderna. Kommunens normkostnad påverkas av invandringen genom inverkan på antalet personer i resp. ohälsograd. Normkostnaden per ohälsograd är däremot densamma.

Som nämnts ovan har vården och omsorgen om de äldre alltmer kommit att koncentreras på de äldre med de största vårdbehoven. Detta innebär också en gradvis förskjutning mot de allra äldsta i befolkningen. För att bättre kunna differentiera mellan olika åldersgrupper är de nya normkostnader som här beräknats indelade efter femårsgrupper i stället för som tidigare tioårsgrupper. Indelningen av befolkningen efter grad av ohälsa i ULF-undersökningen sker som nämnts ovan i fyra ohälsograder. Analyser har visat att avgränsningen mellan full hälsa och lätt ohälsa är relativt godtycklig och samtidigt ganska betydelselös vid beräkningen av normkostnaden. I syfte att förenkla systemet har därför de två lägsta ohälsograderna slagits samman.

I fortsättningen redovisas i tur och ordning underlaget för beräkningarna, den utnyttjade beräkningsmetoden samt resultaten uttryckta som beräknade normkostnader per person och ålder, kön, civilstånd och ohälsogrupp respektive socioekonomisk grupp. Härtill har sedan fogats en diskussion innefattande jämförelser med tidigare beräkningar, tillförlitligheten i underlaget och begränsningar i beräkningsmetodiken. Dessutom redovisas en jämförande analys av fältundersökningarna 1994 och 2002 i bilaga 1.

Under förarbetena för revideringen av normkostnaderna för äldreomsorgen gjordes också beräkningar, där indelningen efter socioekonomisk grupp ersatts med inkomstgrupp. Skälen härför var dels olika svårigheter när det gäller klassning av befolkningen efter socioekonomisk grupp (jfr. nedan), dels att analyser av ULF-undersökningen ("Rik och frisk", Stockholms Läns Äldrecentrum

rapport 2000:4) visat att de äldres inkomstnivå har ett mycket starkt samband med förekomsten av ohälsa. Av olika skäl beslöt emellertid kommittén att behålla indelningen efter socioekonomisk grupp. Resultaten av utförda normkostnadsberäkningar med indelning efter inkomstgrupp (kvintilgrupper; summa förvärvs- och kapitalinkomst) redovisas i bilaga 2.

## 2 Beskrivning av den tillämpade beräkningsmetoden

Grundprincipen för beräkningen av kommunernas normkostnader för äldreomsorgen är att den äldre befolkningen indelas i delgrupper. För varje sådan delgrupp beräknas en normkostnad utgående ifrån empiriska data, som beskriver vårdinsats och kostnad för gruppen ifråga. Dessa normkostnader per delgrupp multipliceras sedan med antalet personer i kommunen i resp. delgrupp och produkten summeras över alla delgrupper.

Indelningen av kommunens invånare 65 år och äldre görs efter

- åldersgrupp (5-årsgrupper : 65–69 år, ..., 90– år)
- kön
- civilstånd (gifta, övriga)
- etnicitet (nordisk resp. utomnordisk härkomst)
- socioekonomisk grupp (Ej facklärdd arbetare, facklärdd arbetare, företagare och jordbrukare, tjänstemän på lägre och mellannivå, högre tjänstemän)

Detta ger sammanlagt  $6 \cdot 2 \cdot 2 \cdot 2 \cdot 5 = 240$  delgrupper. Antalet personer per delgrupp kan givetvis i många fall vara lågt och i många kommuner saknas personer i ett antal delgrupper, speciellt de som avser utomnordisk härkomst.

Antalet personer i respektive socioekonomisk grupp per åldersgrupp, kön, civilstånd (gifta och övriga), etnicitet (nordisk resp. utomnordisk härkomst) i Sveriges kommuner år 2001 har bestämts utgående från Folk- och bostadsräkningarna 1990, 1985, 1980 och 1970 (FoB 1990, etc.). Metoden har härvid varit att först söka klassa personen utgående från FoB 1990. För de personer, som inte var förvärvsarbetande år 1990 eller inte var klassningsbara i någon av de ovan nämnda kategorierna, har sedan en sökning gjorts i FoB 1985 och de som då var förvärvsarbetande har getts socioekono-

misk kod från denna FoB. För de sedan återstående har därefter sökning gjorts i FoB 1980 på samma sätt. I FoB 1970 är den socioekonomiska indelningen inte gjord på samma sätt som i senare FoB-undersökningar. SCB har emellertid utarbetat en kodnyckel som via kön och yrkeskod härleder en socioekonomisk gruppering, som motsvarar den som användes i FoB från senare år. Med hjälp av denna har slutligen en gruppering skett utifrån sökning i FoB 1970. Totalt kunde genom detta förfarande socioekonomisk kod bestämmas för 86 procent av den äldre befolkningen.

De personer som efter dessa sökningar fortfarande inte kunnat ges någon socioekonomisk kod har fördelats ut proportionellt på de fem socioekonomiska kategorierna i den aktuella delgruppen. Om det i kommunen inte funnits några personer i denna delgrupp har i stället använts motsvarande fördelning i kommungruppen enligt Kommunförbundets gruppindelning. De personer, som på detta sätt måste placeras ut schablonmässigt, utgörs bland annat av invandrare som invandrat efter 1990. Fördelningen på socioekonomisk grupp per kommungrupp enligt Kommunförbundets gruppindelning framgår av nedanstående tabell.

*Tabell 1.* Fördelningen av befolkningen 65 år och äldre på socioekonomiska grupper per kommungrupp

	<i>Stor- städer</i>	<i>Förorts- kommuner</i>	<i>Större städer</i>	<i>Medel- stora städer</i>	<i>Industri- kommuner</i>	<i>Lands- bygds- kommuner</i>	<i>Gles- bygds- kommuner</i>	<i>Övriga större kommuner</i>	<i>Övriga mindre kommuner</i>
Ej facklärd arbetare	31,6%	28,0%	37,9%	40,9%	45,8%	37,4%	45,7%	41,1%	42,9%
Facklärd arbetare	10,0%	10,3%	11,6%	12,6%	13,1%	10,6%	13,5%	12,4%	12,7%
Lägre tjänstemän	24,9%	21,7%	16,7%	13,8%	11,4%	9,5%	9,7%	12,1%	11,1%
Mellan/högre tjänstemän	26,6%	30,7%	22,9%	18,5%	14,9%	13,7%	12,7%	16,7%	15,2%
Företagare /jordbrukare	7,0%	9,3%	10,9%	14,2%	14,9%	28,8%	18,5%	17,7%	18,2%
<i>Totalt</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>

Ohälsfördelningen per socioekonomisk grupp inom respektive delgrupp (ålder, kön etc.) har skattats med hjälp av data från SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Ohälsan uttrycks härvid i någon av fyra ohälsograder: full hälsa, lätt ohälsa, måttlig ohälsa och svår ohälsa.

De genomsnittliga insatserna av vård och omsorg per person i respektive delgrupp och ohälsograd har bestämts utifrån empiriska data, som till en del tagits fram inom SNAC- projektet (Swedish National study on Ageing and Care) och till en del genom en särskild fältundersökning hösten 2002 i åtta svenska kommuner. Samtliga dessa kommuner deltog i den undersökning av samma slag som genomfördes våren 1994 för Beredningen för statsbidrag och utjämning i kommunsektorn. Genomförande och resultat av ovan nämnda undersökningar redovisas i följande avsnitt.

De empiriska undersökningarna har syftat till att bestämma antalet mottagare av äldreomsorg i resp. deltagande kommun per åldersgrupp, kön, civilstånd och etnicitet samt att för dessa personer ge uppgift om vårdbehov – uttryckt i lämpligt mått – och vård- och omsorgsinsats.

Vårdbehovet har i undersökningen uttryckts genom ett index – SNAC PADL-index – som beskriver graden av funktionsnedsättning i olika avseenden. Utgående från detta index har ohälsograden enligt SCB:s system kunnat påföras (imputeras) individuellt med utnyttjande av ett material som innefattar båda indexen (jfr. nedan). Vård- och omsorgsinsatsen per grad av ohälsa i resp. delgrupp har härigenom kunnat bestämmas.

Som mått på vård- och omsorgsinsatsen per delgrupp har i undersökningen använts antal personer och totala antalet veckotimmar hemtjänst i ordinärt boende (eller särskilt boende med beslut om hemtjänstinsats, s.k. serviceboende) samt antalet personer i särskilt boende med heldygnsomsorg. Uppgiften på antalet personer används för att bestämma andelen personer per ohälsograd i resp. delgrupp, som får hemtjänst resp. bor i särskilt boende med heldygnsomsorg. Med hjälp av en standardkostnad per veckotimme hemtjänst resp. per år i boende med heldygnsomsorg kan sedan beräknas kostnaden per person med resp. grad av ohälsa i resp. delgrupp.

I följande avsnitt beskrivs närmare de olika material och undersökningar som legat till grund för normkostnadsberäkningen. Härefter redovisas i nästa avsnitt det erhållna resultatet i form av normkostnaden per delgrupp och ohälsograd.

## 3 Underlag för beräkningarna

### 3.1 Material

#### 3.1.1 ULF-undersökningen

Statistiska Centralbyrån (SCB) har sedan mitten av 1970-talet gjort årliga intervju-undersökningar i syfte att beskriva välfärden och levnadsförhållandena. Dessa s.k. ULF-undersökningar har genomförts genom intervjuer av omkring 8 000 personer per år, varav cirka 25 procent i åldrarna 65–84 år med ett bortfall kring 20 procent. Till intervjudata förs i ULF-undersökningen sedan olika registeruppgifter, t.ex. olika slag av inkomster.

I undersökningen ingår frågor om upplevt hälsotillstånd, förekomsten av sjukdom som innebär nedsättning av arbetsförmåga eller förmåga att utföra dagliga sysselsättningar samt olika slag av rörelsehinder. På basis av svaren på dessa frågor kan ett index konstrueras som innefattar fyra grader av ohälsa: full hälsa, lätt ohälsa, måttlig ohälsa samt svår ohälsa. I syfte att få ett tillräckligt stort material har ULF-årgångarna 1996–2000 slagits samman. För de äldsta (85 år och äldre) bygger skattningarna på den s.k. Äldre-ULF-undersökningen 1988/89, som gjordes utan övre åldersgräns. Ingen uppdelning har här gjorts med avseende på etnicitet. Det bör betonas att det för de allra äldsta rör sig om mycket få observationer – totalt 58 personer över 95 år ingår i undersökningen. Skattningen av ohälsan per socioekonomisk grupp blir för denna åldersgrupp givetvis mycket osäker.

Fördelningen av den äldre befolkningen på dessa fyra olika hälsograder enligt ULF-undersökningen framgår av tabellerna 2a och 2b nedan.

*Tabell 2a.* Fördelningen av Sveriges befolkning 65–84 år på grad av ohälsa enligt ULF-undersökningen, procent  
(Sammanslagning av ULF-undersökningarna 1996–2000)

<i>Kön</i>	<i>Ålder</i>	<i>Full hälsa</i>	<i>Lätt ohälsa</i>	<i>Måttl. ohälsa</i>	<i>Svår ohälsa</i>
Kvinnor	65–69 år	25	45	21	8
Män		32	44	16	8
Kvinnor	70–74 år	21	44	22	13
Män		25	47	17	10
Kvinnor	75–79 år	15	42	22	21
Män		19	42	24	15
Kvinnor	80–84 år	10	35	30	24
Män		15	44	20	21

*Tabell 2b.* Fördelningen av Sveriges befolkning 85 år och äldre på grad av ohälsa enligt ULF-undersökningen 1988/89, procent

<i>Kön</i>	<i>Ålder</i>	<i>Full hälsa el. lätt ohälsa</i>	<i>Måttl. ohälsa</i>	<i>Svår ohälsa</i>
Kvinnor	85–89 år	38	28	34
Män		38	21	40
Kvinnor	90–94 år	32	25	43
Män		41	31	29
Kvinnor	95+ år	21	29	50
Män		35	35	30

Förekomsten av ohälsa påverkas också av civilstånd – ensamstående har generellt sämre hälsa än gifta – och nationell härkomst – personer som bor i Sverige, men är födda utanför Norden, har sämre hälsa än nordiskfödda svenskar. Andra faktorer som starkt påverkar förekomsten av ohälsa är socioekonomisk bakgrund eller inkomst. Tabellerna 3a och b visar som exempel fördelningen på grad av ohälsa vid en indelning efter socioekonomiska grupper för gifta nordiskfödda kvinnor resp. män i åldersgruppen 75–79 år.



Tabell 3. Ohälsofördelning beroende på socioekonomisk grupp i åldersgruppen 75–79 år för gifta nordiskfödda personer i procent, kvinnor resp. män  
(ULF-undersökningen 1996–2000; utjämnad modell)

A. Kvinnor

<i>Socioekonomisk bakgrund</i>	<i>Full hälsa</i>	<i>Lätt ohälsa</i>	<i>Måttl. ohälsa</i>	<i>Svår ohälsa</i>
Ej facklärd arbetare	15	42	25	18
Facklärd arbetare	15	42	25	18
Lägre tjänstemän	15	41	26	18
Mellan/högre tjänstemän	18	44	23	15
Företagare/jordbrukare	22	46	20	12

B. Män

<i>Socioekonomisk bakgrund</i>	<i>Full hälsa</i>	<i>Lätt ohälsa</i>	<i>Måttl. ohälsa</i>	<i>Svår ohälsa</i>
Ej facklärd arbetare	18	44	24	15
Facklärd arbetare	18	44	23	15
Lägre tjänstemän	17	43	24	16
Mellan/högre tjänstemän	21	45	21	13
Företagare/jordbrukare	26	46	18	10

Som framgår av tabellerna ovan finns betydande skillnader mellan de socioekonomiska grupperna när det gäller förekomsten av ohälsa. En jämförelse med motsvarande tabell i bilaga 2 avseende inkomstkvintilgrupper visar dock att hälsoskillnaderna här är ännu större. Sambanden går i samma riktning – socioekonomiska grupper med högre inkomster har mindre ohälsa.

Antalet observationer i ULF-undersökningen är inte tillräckligt för att det skall vara möjligt att direkt uppskatta förekomsten av ohälsa bland de äldre i varje kommun i Sverige. Eftersom ohälsan är i så hög grad bestämd av faktorerna ålder, kön, civilstånd, härkomst och socioekonomisk grupp är det dock möjligt att på statistisk väg skatta ohälsofördelningen i resp. kommun givet dessa faktorer<sup>1</sup>. Detta är den metod som här använts.

<sup>1</sup> Skattningen har skett genom s.k. proportional odds-metod, dels för de yngre äldre (65–84 år) baserat på ULF-undersökningarna 1996–2000, dels för de äldre äldre (85+) med hjälp av ULF-undersökningen 1988/89. I det senare fallet ingår inte härkomst bland bestämningsfaktorerna.

### 3.1.2 Fältundersökningen 2002

Som beskrivits ovan bygger metoden för beräkning av normkostnaderna på en koppling av vårdinsatserna till behoven hos den äldre befolkningen baserat på ett empiriskt underlag. Vid den ursprungliga normkostnadsberäkningen var detta underlag hämtat från mätningar i Solna och Sigtuna kommuner (SOU 1993:53). Då det fanns anledning att bredda detta underlag genomfördes våren 1994 en fältundersökning i nio kommuner. Undersökningen omfattade omkring 6 000 vårdtagare med hemhjälp eller på institution med heldygnsomsorg. Vid undersökningen noterades – förutom ålder, kön och sam/ensamboende – personernas vårdtyngd enligt Katzskalan och/eller ÄSIM-skalan (jfr. nedan) samt för de med hemhjälp insatsens omfattning uttryckt i timmar per vecka (SOU 1994:144; bilaga 7).

Under de åtta år som gått sedan fältundersökningen gjordes har äldreomsorgen genomgått stora förändringar. Snävare ekonomiska ramar har framtingat en hårdare prioritering av insatserna samtidigt som antalet mycket gamla personer har ökat. Omvittnat är också att kortare vårdtider i den slutna sjukvården lett till ett ökat vårdansvar för den kommunala äldreomsorgen. Förändringarna har aktualiserat genomförandet av en ny fältundersökning i syfte att få ett aktuellt underlag för de reviderade normkostnaderna. För att få bästa möjliga jämförbarhet har undersökningen omfattat samma kommuner som vid den förra undersökningen – undantaget Dorotea kommun, som denna gång avstod från att delta. Den nya undersökningen genomfördes under hösten 2002 och omfattade totalt 5 257 vårdtagare 65 år och äldre i de aktuella kommunerna. Av dessa erhöll 2 920 personer hemhjälp i ordinärt eller särskilt boende och 2 337 personer heldygnsomsorg. Vid undersökningen noterades som tidigare ålder och kön samt omsorgsinsats uttryckt i antal veckotimmar hemhjälp eller antal boende med heldygnsomsorg. En ändring jämfört med den förra undersökningen var att registreringen av ensam/samboende ersattes med civilstånd samt att notering gjordes av nordisk/utomnordisk härkomst.

Graden av funktionsnedsättning registrerades uttryckt som beroende eller oberoende för olika aktiviteter för dagligt liv (ADL)<sup>2</sup> samt med avseende på förekomsten av inkontinens, rörelsehinder

---

<sup>2</sup> Registreringen av ADL-aktiviteter omfattade oberoende, delvis beroende eller beroende vid de s.k. personliga ADL-aktiviteterna (PADL), dvs. bad och dusch, klädsel, förflyttning, toalettbesök, födointag.

och kognitiv nedsättning (demenssjukdom). Genom att ange siffergrader för dessa variabler och därefter addera dem konstrueras ett index – SNAC PADL-index – som tagits fram inom SNAC-studien med hjälp av faktoranalys (jfr. nedan). Indexet går från 0 (ingen funktionsnedsättning) till 23 (maximal funktionsnedsättning). Utifrån detta index har sedan gjorts en indelning i s.k. PADL-grupper enligt nedanstående definition:

	<i>PADL-index</i>
Ingen eller lätt nedsättning	0–1
Måttligt nedsatt	2–7
Nedsatt	8–13
Mycket nedsatt	14–19
Helt nedsatt	20–

De uppgifter som inhämtades vid fältundersökningen kan också användas för att konstruera det s.k. Katz ADL-index, som användes vid den förra undersökningen<sup>3</sup>. Detta gör att de nya uppgifterna är helt jämförbara med dem som då samlades in. Skillnaden mellan Katz ADL-index och SNAC PADL-index är väsentligen den, att det senare också innefattar kognitiv nedsättning. Vid den förra undersökningen utnyttjades även det s.k. ÅSIM-index, som man erhåller genom att lägga samman variablerna funktionsförmåga, rörelsehinder, inkontinens, otrygghet och dement beteende. Även detta index kan konstrueras utifrån de nu insamlade uppgifterna (efter imputering av variabeln ”otrygghet”).

### 3.1.3 SNAC-studien

Förutom den ovan beskrivna fältundersökningen har beräkningen av normkostnaderna också kunnat stödjas på material som insamlats i den s.k. SNAC-studien – the Swedish National study on Ageing and Care. Denna studie, som dragits igång genom ett regeringsinitiativ och till hälften finansieras av staten, omfattar fem kommuner i Skåne (Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad), Karlskrona kommun i Blekinge, Kungsholmens stadsdel i Stockholms kommun samt Nordanstigs kommun i Hälsingland. Studien

<sup>3</sup> Ett undantag är Luleå kommun, där registreringen av vårdberoendet vid den förra undersökningen endast omfattade ÅSIM-index.

innefattar dels en longitudinell befolkningsundersökning, som syftar till att belysa åldrandet och uppkomsten av olika vård- och omsorgsbehov, dels en löpande registrering av alla varaktiga vård- och omsorgsinsatser för de äldre från kommun och landsting. Som utgångspunkt för den senare delen av SNAC-studien genomfördes år 2001 s.k. baslinjeundersökningar i de deltagande kommunerna. Dessa syftade till registrering av samtliga äldre vårdtagare och omfattade bland mycket annat också notering av graden av funktionsnedsättning samt omfattning och inriktning av varaktiga äldreomsorgsinsatser. Baslinjeundersökningarna inom SNAC:s vårdssystemdel ger därigenom tillgång till ett material av samma slag som den ovan beskrivna fältundersökningen.

Till skillnad från fältundersökningen innefattar SNAC-materialet identifierade individer. Insamlingen av uppgifterna har förutsatt de registrerade personernas samtycke. Bland annat av detta skäl har registreringen inte varit fullständig. Det finns också ett ganska stort bortfall av uppgifter såväl när det gäller variabler som belyser graden av funktionsnedsättning som insatsernas omfattning. En uppräknig har därför gjorts till det totala antalet vårdtagare med hemtjänst resp. i boende med heldygnsomsorg.

### 3.2 Metod

Som beskrivits ovan bygger beräkningen av normkostnaderna på att man för varje delgrupp i den äldre befolkningen beskriver dels behoven av äldreomsorg, dels omfattning och kostnader av de erhållna omsorgsinsatserna. Behoven av äldreomsorg kan relateras till graden av ohälsa eller funktionsnedsättning. Genom ULF-materialet erhålls uppgift på förekomsten av ohälsa i befolkningen. Genom fältundersökningen och SNAC-studien kan funktionsnedsättningen hos vårdtagarna kopplas samman med erhållna insatser.

Ett problem i sammanhanget är att ULF-undersökningen mäter graden av ohälsa på ett annat sätt än som skett i fält- resp. SNAC-undersökningarna. ULF-undersökningen är inriktad på att beskriva ohälsan i *hela* befolkningen. Det ohälsindex som utnyttjas är baserat på uppgifter som erhållits genom intervjuer. Uppgifterna är till en del subjektiva – de uttrycker individens egen uppfattning om graden av ohälsa och funktionshinder. De båda andra undersökningarna är enbart inriktade på att beskriva *vårdtagarna* och uppgifterna bygger till skillnad från ULF inte på dessas egen uppfatt-

ning utan på hur den ansvariga personalen bedömer personernas grad av funktionsnedsättning och vårdberoende. För att kunna relatera de erhållna insatserna till hela befolkningen krävs därför en översättning från de mått som använts i fält- resp. SNAC-undersökningarna till måttet på ohälsa enligt ULF-undersökningen.

I den beräkning av normkostnaderna, som gjordes år 1994 (SOU 1994:144), baserades översättningen på ett antagande om fördelningen av ohälsan bland icke-vårdtagarna. Detta antagande var i sin tur grundat på olika skattningar. Utifrån antagandet kunde en "översättare" konstrueras, som gjorde det möjligt att för alla vårdtagare i fältundersökningen ange ett ULF-ohälsindex-värde. På så sätt kunde omfattningen av insatserna inom resp. delgrupp (ålder, kön etc.) relateras till ULF-ohälsograder. Genom utnyttjande av standardkostnader kunde sedan insatserna räknas om till kostnader per delgrupp och ohälsograd.

Den nya beräkningen av normkostnaden bygger på ett säkrare underlag beroende på att det nu finns tillgång till ett material som innefattar såväl registrering av ULF-ohälsindex och SNAC PADL-index. Detta material kommer ifrån SNAC-studiens befolkningsddel på Kungsholmen och omfattar uppgifter om totalt 245 individer. Tabell 4 visar det empiriska sambandet mellan ohälsograden enligt ULF och SNAC PADL-index.

Tabell 4. Samband mellan ohälsograd enligt ULF och SNAC PADL-index enligt material från SNAC-Kungsholmen, befolkningsstudien

ULF- ohälsograd	SNAC PADL -index							Totalt
	0	1	2	3	4	5	6	
Full hälsa	83	17	9	3	0	0	0	112
Lätt ohälsa	31	14	6	2	0	0	0	53
Måttl. ohälsa	23	15	11	7	1	0	0	57
Svår ohälsa	0	12	5	3	0	2	1	23
Totalt	137	58	31	15	1	2	1	245

Som framgår av tabell 4 är sambandet mellan ULF-ohälsindex och SNAC PADL-index inte entydigt. Indexen är dock starkt positivt korrelerade. Spridningen i ULF-värde givet SNAC PADL-index och omvänt sammanhänger med att indexen som beskrivits ovan

delvis mäter olika saker. I ULF-ohälsindex ingår som en betydande del självskattad ohälsa, som i och för sig inte behöver sammanhånga med ett behov av omsorg betingat av funktionshinder. Omvänt kan personer med viss grad av funktionsnedsättning ändå uppleva sig vara vid god hälsa.

Det empiriska sambandet mellan ULF-ohälsindex och SNAC PADL-index enligt tabell 4 ovan har använts för att påföra (imputera) ULF ohälsograd på alla observationer i fält- och SNAC-materialen. Härigenom har det blivit möjligt att för alla delgrupper (dvs per åldersgrupp, kön, civilstånd, härkomst) i fält- och SNAC-kommunerna fördela vårdtagarna på ULF-ohälsograd, med uppdelning på boende med beslut om hemhjälp och boende med heldygnsomsorg. För de förra får man ur undersökningarna också fram det totala antalet hemhjälpstimmor. Kostnaderna per delgrupp och ohälsograd har sedan beräknats genom omräkning enligt nedanstående<sup>4</sup>:

En hemhjälpstimme	215 kronor
D:o per år	11 180 kronor
Plats i boende med heldygnsomsorg	483 000 kronor

Med hjälp av data från ULF-undersökningen har för varje delgrupp skattats antalet personer per ohälsograd i hela befolkningen – således även inklusive icke-vårdtagarna – i resp. kommun. På detta sätt har bestämts kostnaden per innevånare per delgrupp och ohälsograd i varje undersökt kommun. Utifrån dessa kostnader har sedan slutligen medelvärden beräknats över samtliga fältkommuner resp. SNAC-kommuner och totalt.

Vid genomförandet av beräkningarna har det varit nödvändigt att göra vissa modifikationer. För de äldsta vårdtagarna är andelen som får någon form av hjälp mycket hög. Eftersom fördelningen på ULF-ohälsograder inte är direkt uppmätt kommun för kommun utan statistiskt skattad inträffar i några fall att antalet vårdtagare i en ohälsogrupp överstiger antalet personer i befolkningen i samma ohälsogrupp. En orsak till detta fenomen kan också vara att ULF-undersökningen underskattar förekomsten av ohälsa hos de äldsta. För att undvika detta har i åldersgrupperna 85 år och äldre antalet

<sup>4</sup> Källa: Wimo A, Jönsson L. Demenssjukdomarnas samhällskostnader. Socialstyrelsen, Åldreuppdraget 2000:14.

personer per ohälsograd stämmts av så att andelen vårdtagare aldrig blir högre än 100 procent. Detta har gjorts genom modifiering av översättaren från SNAC PADL-index till ULF-index. Förfarandet för med sig en viss utjämning av kostnaderna mellan ohälsograderna, eftersom det innebär att vårdtagare, som annars skulle noterats som tillhörande gruppen ”svår ohälsa”, nu i stället ingår i gruppen med ”måttlig ohälsa” och på motsvarande sätt vårdtagare överförs från ”måttlig ohälsa” till ”lätt ohälsa”.

En annan modifikation i beräkningsförfarandet har gjorts, eftersom det visat sig att personer med utomnordisk härkomst enligt såväl fält- som SNAC-undersökningen får mindre insatser givet graden av ohälsa än personer som är födda i Norden. Då det är uppenbart orimligt att detta skulle leda till lägre normkostnader givet ohälsograden, har uppdelningen med avseende på härkomst tagits bort vid beräkningen av normkostnaderna per ohälsograd. Utomnordisk härkomst påverkar med denna inskränkning fortfarande ohälsöfördelningen, men inte normkostnaden givet denna ohälsa.

Som framgått ovan bygger skattningen av ohälsan bland de äldsta i befolkningen på en enda ULF-undersökning som genomfördes åren 1988/89. Materialet har här inte varit tillräckligt stort för att särskilja personer med utomnordisk bakgrund från de övriga. Även civilståndsvariabeln är något osäker beroende på mycket få observationer i vissa grupper – speciellt gifta kvinnor över 90 år. För de äldsta har det också visat sig mindre meningsfullt att särskilja grupperna ”full hälsa” och ”lätt ohälsa”. För att skapa större enhetlighet i beräkningsmetoden har denna uppdelning tagits bort för samtliga grupper. Detta har i praktiken ingen betydelse, eftersom den beräknade normkostnaden för dessa grupper är mycket låg.

### 3.3 Resultat

Tabell 5 visar antalet personer över 65 år samt antalet vårdtagare med fördelning på hemtjänst resp. heldygnsomsorg i de deltagande kommunerna i fält- resp. SNAC-undersökningen. Beteckningen GÅS-kommunerna<sup>5</sup> avser de Skåne-kommuner – Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad – som deltar i den skånska delen av SNAC-studien. Som framgår av tabellen varierar andelen vårdtagare ganska starkt mellan kommunerna, liksom även andelen med

---

<sup>5</sup> GÅS = Gott Åldrande i Skåne.

haldygnssomsorg resp. hemhjälp i ordinärt boende eller särskilt boende. Tillsammans motsvarar dock de undersökta kommunerna mycket väl riksgenomsnittet. Sammanlagt innefattar de undersökta kommunerna omkring 8 procent av den svenska befolkningen över 65 år.

Tabell 5. Antal invånare, vårdtagare, boende med heldygnssomsorg resp. mottagare av hemtjänst i de undersökta kommunerna 2002

	Antal personer över 65 år	Antal vårdtagare	D:o i procent av samtl. 65+	Andel av vårdtagarna med	
				hemtjänst	heldygnssomsorg.
<i>Fältkommunerna</i>					
Oskarshamn	5 047	722	14,3 %	60 %	40 %
Ragunda	1 609	287	17,8 %	53 %	47 %
Luleå	10 459	1 477	14,1 %	44 %	56 %
Krokom	2 560	436	17,0 %	58 %	42 %
Nordmaling	1 645	283	17,2 %	46 %	54 %
Vilhelmina	1 740	302	17,4 %	50 %	50 %
Kalmar	10 460	1 517	14,5 %	64 %	36 %
Surahammar	1 733	233	13,4 %	83 %	17 %
<i>Samtliga fältkommuner</i>	<i>35 253</i>	<i>5 257</i>	<i>14,9 %</i>	<i>55,5 %</i>	<i>44,5 %</i>
<i>SNAC-kommunerna</i>					
Nordanstig	2 154	317	14,7 %	51 %	49 %
Kungsholmen (stadsdel)	8 852	2 141	24,2 %	59 %	41 %
GÅS-kommunerna	70 265	12 740	18,1 %	59 %	41 %
<i>Samtliga SNAC-kommuner</i>	<i>81 271</i>	<i>15 198</i>	<i>18,7 %</i>	<i>58,9 %</i>	<i>41,1 %</i>
<i>Samtliga undersökta kommuner</i>	<i>116 524</i>	<i>20 455</i>	<i>17,6 %</i>	<i>58,0 %</i>	<i>42,0 %</i>



Tabell 6. Fördelning av de boende med heldygnsomsorg på PADL-grupper i procent

	<i>Ingen el. lätt nedsättning</i>	<i>Måttligt nedsatt</i>	<i>Nedsatt</i>	<i>Mycket nedsatt</i>	<i>Helt nedsatt</i>	<i>Medelvärde PADL-index</i>
<i>Fältkommunerna</i>						
Oskarshamn	5	21	24	27	23	13,1
Ragunda	12	30	16	27	16	11,1
Luleå	4	25	26	23	22	12,5
Krokom	6	26	17	24	26	12,7
Nordmaling	5	23	20	19	32	13,6
Vilhelmina	9	22	33	20	16	11,3
Kalmar	3	16	27	30	24	13,8
Surahammar	0	20	15	43	23	14,4
<i>Samtliga fält- kommuner</i>	<i>5</i>	<i>22</i>	<i>24</i>	<i>25</i>	<i>23</i>	<i>12,8</i>
<i>SNAC-kommunerna</i>						
Nordanstig	5	27	25	32	11	11,6
Kungsholmen (stadsdel)	6	19	21	26	28	13,7
GÅS-kommunerna	7	33	27	21	12	10,2
<i>Samtliga SNAC- kommuner</i>	<i>7</i>	<i>29</i>	<i>25</i>	<i>23</i>	<i>16</i>	<i>11,4</i>
<i>Samtliga under- sökta kommuner</i>	<i>6</i>	<i>27</i>	<i>25</i>	<i>24</i>	<i>18</i>	<i>11,8</i>

Tabell 6 visar att knappt en femtedel av vårdtagarna med heldygnsomsorg tillhör den grupp som betecknas helt nedsatta, dvs. personer med mycket stort hjälpbehov. En mycket liten andel av de boende med heldygnsomsorg har ingen eller endast lätt funktionsnedsättning. Variationen är dock stor mellan kommunerna och det finns inget tydligt regionalt mönster. I Nordmaling är andelen helt nedsatta dubbelt så hög som i Vilhelmina och tre gånger så hög som i Nordanstig. Generellt verkar dock gälla att ju lägre andelen vårdtagare är som har heldygnsomsorg ju mer nedsatta är dessa som genomsnitt (dvs. har högst genomsnittligt PADL-index).

Den motsvarande fördelningen på PADL-grupper av vårdtagarna med hemtjänst framgår av den följande tabellen 7.

Tabell 7. Fördelning av de boende med hemhjälp på PADL-grupper i procent

	<i>Ingen el. lätt nedsättning</i>	<i>Måttligt nedsatt</i>	<i>Nedsatt</i>	<i>Mycket nedsatt</i>	<i>Helt nedsatt</i>	<i>Medelvärde PADL-index</i>
<i>Fältkommunerna</i>						
Oskarshamn	42	39	14	5	0	3,95
Ragunda	45	40	8	5	2	3,70
Luleå	31	46	14	6	2	4,86
Krokom	56	29	11	3	1	3,14
Nordmaling	43	47	6	3	1	3,32
Vilhelmina	44	39	11	5	1	4,01
Kalmar	36	41	13	8	2	4,76
Surahammar	31	44	15	7	3	5,17
<i>Samtliga fältkommuner</i>	<i>38</i>	<i>41</i>	<i>13</i>	<i>6</i>	<i>2</i>	<i>4,39</i>
<i>SNAC-kommunerna</i>						
Nordanstig	37	40	18	5	0	3,79
Kungsholmen (stadsdel)	37	47	10	5	1	4,18
GÅS-kommunerna	19	59	13	7	1	5,05
<i>Samtliga SNAC- kommuner</i>	<i>30</i>	<i>51</i>	<i>12</i>	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>4,31</i>
<i>Samtliga undersökta kommuner</i>	<i>32</i>	<i>49</i>	<i>12</i>	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>4,33</i>

Det framgår här klart att vårdtagarna med hemtjänst i ordinärt eller särskilt boende (s.k. serviceboende) som genomsnitt är betydligt mindre nedsatta än de med heldygnsomsorg. Huvuddelen har lätt eller måttlig funktionsnedsättning och endast en mycket liten andel kan betecknas som helt nedsatta. Även här finns dock en högst betydande variation mellan kommunerna. I Nordmaling tillhör som exempel endast 10 procent de tre mest nedsatta grupperna, i Surahammar 25 procent. Detta rimmar väl med att Surahammar har den lägsta andelen vårdtagare med heldygnsomsorg. Kvarboendeprincipen, dvs. att vårdtagarna så länge som möjligt skall kunna bo kvar i eget boende, har här fått ett betydligt högre genomslag. Delvis beror givetvis möjligheterna att fullt ut tillämpa kvarboendeprincipen i hög grad på kommunens bebyggelsestruktur, men man

kan se att det även mellan glesbygdskommuner råder stora skillnader.

Möjligheterna till kvarboende beror givetvis också av hur stora insatser som ges till de boende. I den följande tabellen 8 visas det genomsnittliga antalet veckotimmar hemhjälp per PADL-grupp i resp. kommuner. Genom att på detta sätt dela upp efter graden av funktionsnedsättning är det möjligt att jämföra "generositeten" i biståndsgivningen. Inte överraskande visar det sig att det även här råder betydande skillnader mellan de undersökta kommunerna. Av tabell 8 framgår som exempel att man i Vilhelmina och i stadsdelen Kungsholmen i Stockholm ger mer än dubbelt så mycket hjälp till vårdtagare med ingen eller endast lätt funktionsnedsättning som i Surahammar och Nordmaling. Den generösa tilldelningen av hemhjälp i Vilhelmina gäller även vårdtagarna med högre grad av funktionsnedsättning. I gruppen "mycket nedsatta" får man här nästan dubbelt så många hjälptimmar som i Nordanstig eller Krokomb. För gruppen "helt nedsatta" är det vanskligt att göra jämförelser, eftersom det rör sig om mycket få personer.

Tabell 8. Genomsnittligt antal veckotimmar hemhjälp per PADL-grupp

	Ingen el. lätt nedsättning	Måttligt nedsatt	Nedsatt	Mycket nedsatt	Helt nedsatt	Medel- värde	Stand. medelvärde
<i>Fältkommunerna</i>							
Oskarshamn	4,0	11,5	21,3	25,4	25,2	10,5	11,3
Ragunda	3,6	12,2	14,7	35,6	37,0	10,1	11,4
Luleå	5,1	10,4	22,6	30,7	28,1	12,1	11,6
Krokomb	2,7	9,4	14,2	16,8	14,0	6,5	8,3
Nordmaling	2,4	8,2	21,8	19,3	36,0	7,1	9,0
Vilhelmina	5,3	12,8	26,2	31,3	55,3	12,5	13,6
Kalmar	2,7	8,3	17,1	24,9	29,8	9,1	8,8
Surahammar	2,1	6,1	8,6	17,4	22,6	6,6	6,0
<i>Samtliga fältkommuner</i>	<i>3,5</i>	<i>9,6</i>	<i>18,7</i>	<i>25,9</i>	<i>29,2</i>	<i>9,7</i>	<i>9,9</i>
<i>SNAC-kommunerna</i>							
Nordanstig	4,0	10,6	17,9	16,7	-	9,7	9,6
Kungsholmen (stadsdel)	5,3	10,4	16,0	27,7	35,7	10,2	10,8
GÅS-kommunerna	4,0	7,7	14,9	26,7	26,6	9,6	8,7
<i>Samtliga SNAC-kommuner</i>	<i>4,7</i>	<i>9,1</i>	<i>15,7</i>	<i>26,3</i>	<i>30,5</i>	<i>9,8</i>	<i>9,8</i>
<i>Samtliga kommuner</i>	<i>4,3</i>	<i>9,2</i>	<i>16,5</i>	<i>26,2</i>	<i>30,0</i>	<i>9,8</i>	<i>9,8</i>

Skillnader i medelvärdet av tilldelade insatser kan givetvis bero på skillnader i vårdtagarnas grad av funktionsnedsättning. En metod för att ta hänsyn till detta är att beräkna det s.k. standardiserade medelvärdet. Vid beräkningen av detta väger man samman den genomsnittliga insatsen per delgrupp (i detta fall PADL-grupp) med *den totala fördelningen på delgrupper* som vikter. Detta innebär att man beräknar vad medelvärdet för insatsen skulle ha varit, om alla kommuner haft samma fördelning när det gäller vårdtagarnas grad av funktionsnedsättning. Som man ser i tabell 8 är detta standardiserade medelvärde mer än dubbelt så högt i Vilhelmina som i Surahammar. Man ser också att standardiseringen *ökar* skillnaderna mellan kommunerna. Dessa båda kommuner representerar extremvärden. Övriga kommuner ligger relativt väl samlade kring medelvärdet 10 timmar hemtjänst per vecka.

Genom att fältundersökningen 2002 genomförts med en motsvarande metodik som den som användes vid undersökningen 1994 och i samma kommuner är det möjligt att direkt jämföra resultaten. Man kan därmed skapa en klar bild av de förändringar som skett inom äldreomsorgen de senaste åtta åren när det gäller andelen vårdtagare, i vilken utsträckning behoven tillgodoses med hemhjälp eller med heldygnsvård, förändringarna i graden av funktionsnedsättning i resp. boendeform samt hemhjälpinsatserna givet funktionsnedsättningen. Den jämförande redovisningen presenteras i bilaga 1.

Sammanfattningsvis visar denna jämförelse att andelen vårdtagare i den äldre befolkningen har sjunkit, att en högre andel av dessa än för åtta år sedan har heldygnsvård, att vårdtyngden i både heldygnsvård och bland vårdtagarna med hemhjälp har ökat samt att tilldelningen av hemtjänst givet funktionsnedsättningen har sjunkit. Samtliga dessa observationer kan sägas stämma väl med den rådande uppfattningen, som varit grundad på mer subjektiva iakttagelser eller på lokala undersökningar. Bakgrunden till utvecklingen är ökad resursknapphet. Undersökningens bidrag är att ha gett en tydlig kvantitativ grund för en fortsatt diskussion av dessa frågor.

## 4 De beräknade normkostnaderna

För varje kommun som deltagit i fältundersökningen samt för de kommuner, som bidragit med data som insamlats i SNAC-studien, har uppskattats den årliga kostnaden för äldreomsorgen per person i befolkningen uppdelat på delgrupper med avseende på åldersgrupp (65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89 och 90+ år), kön och civilstånd (gifta resp. övriga) samt ohälsograd enligt ULF (tre nivåer; fullhälsa och lätt ohälsa sammanslagna). Metoden för denna beräkning har redovisats ovan. Resultatet har därefter slagits samman till fältkommunerna resp. SNAC-kommunerna totalt och sedan till samtliga kommuner. Resultaten för resp. grupp av kommuner överensstämmer väl i stort men skiljer ibland när det gäller enskilda delgrupper och grader av ohälsa. I tabell 9 visas det sammanslagna resultatet i form av beräknad årlig normkostnad för äldreomsorgen per person givet ohälsograd, ålder, kön och civilstånd.

Tabell 9. Normkostnader för äldreomsorgen per person per ohälsograd, ålder, kön och civilstånd

		65–69 år	70–74 år	75–79 år	80–84 år	85–89 år	90– år
<i>Full hälsa eller lätt ohälsa</i>							
Kvinnor	Gifta	260	190	1 640	2 236	13 882	103 202
	Övriga	1 582	3 571	7 906	18 061	32 565	99 927
Män	Gifta	58	141	144	4 329	10 566	63 063
	Övriga	2 577	4 192	8 575	15 984	37 068	136 099
<i>Måttlig ohälsa</i>							
Kvinnor	Gifta	434	2 258	2 812	16 392	77 284	162 639
	Övriga	7 518	16 103	21 394	55 764	142 543	186 274
Män	Gifta	36	1 200	1 172	12 384	33 276	83 936
	Övriga	12 238	18 845	22 004	51 453	103 180	184 303
<i>Svår ohälsa</i>							
Kvinnor	Gifta	12 697	47 807	93 994	136 760	143 164	212 508
	Övriga	59 199	131 928	136 535	202 808	253 243	320 285
Män	Gifta	27 179	37 835	83 597	114 077	125 628	143 958
	Övriga	122 677	101 770	162 660	211 225	287 607	333 480

Som man kan förvänta sig ökar kostnaden starkt med ohälsograden. Gifta har lägre kostnader än övriga och äldre betydligt högre kostnader än yngre i alla ohälsograder. Skillnaden mellan gifta och övriga avspeglar skillnader i kommunernas prioritering och förmodligen också i efterfrågan på äldreomsorg. Makar har en bättre tillgång till informell omsorg från varandra – detta gäller givetvis speciellt män. Vid svår ohälsa utjämnas skillnaderna. När det gäller ensamstående ligger normkostnaden för kvinnor i de flesta fall under, men det är svårt att se några entydiga mönster – ibland är männens kostnad högre.

Begränsningarna i underlagets omfattning visar sig i att siffrorna hoppar en del. Det är här givetvis möjligt att utjämna siffrorna med hjälp av någon statistisk metod. Det är dock svårt att undvika att en sådan utjämning förvrider resultatet i något avseende. Genom att det är så många olika delgrupper erhålls en naturlig utjämning. Det spelar då mindre roll om stegen mellan två grupper inte är likformiga.

De höga normkostnaderna vid lätt och måttlig ohälsa för de äldsta sammanhänger till viss del med den ovan nämnda korrigeringen av översättningen från PADL-index till ULF ohälsograd. En del av de personer, som här noterats som tillhörande dessa båda lägre ohälsogrupper, har i själva verket svår ohälsa och får stora hjälpinsatser. Den motsvarande kostnaden har följt med till den lägre ohälsogruppen vid kostnadsberäkningen. En annan orsak är att äldre, mer allmänt skröpliga personer behöver mer hjälp än yngre vid en given nedsättning av funktionsförmågan, som till exempel ett rörelsehinder. Resultatet av de reviderade normkostnadsberäkningarna kan jämföras med de normkostnader för äldreomsorgen som tidigare tagits fram (Tabell 10).

Tabell 10. Kostnader per person per ohälsograd, ålder, kön och civilstånd, år 1994

		65–74 år	75–84 år	85–w
<i>Full hälsa</i>				
Kvinnor	Samboende	13	131	5 407
	Ensamboende	39	464	20 236
Män	Samboende	14	130	3 164
	Ensamboende	44	218	17 069
<i>Lätt ohälsa</i>				
Kvinnor	Samboende	146	2 104	14 483
	Ensamboende	1 149	7 262	1 9913
Män	Samboende	174	1436	5 013
	Ensamboende	2 492	13 577	30 311
<i>Måttlig ohälsa</i>				
Kvinnor	Samboende	906	7 025	58 874
	Ensamboende	6 342	19 149	68 271
Män	Samboende	878	2 896	22 029
	Ensamboende	11 705	35 995	104 053
<i>Svår ohälsa</i>				
Kvinnor	Samboende	20 874	76 300	278 981
	Ensamboende	58 222	128 185	221 722
Män	Samboende	21 815	50 045	151 973
	Ensamboende	110 009	170 907	226 657

Jämförbarheten försvåras något av ändrade indelningsgrunder. Kostnadsläget har också förändrats. I huvudsak kan man dock se att mönstren går igen. Äldre hade även år 1994 betydligt högre normkostnader än yngre och samboende lägre än ensamboende – med undantag för de äldsta kvinnorna med svår ohälsa. Skillnaderna mellan ensamstående män och kvinnor var emellertid då betydligt större – endast för äldre män med full hälsa var år 1994 normkostnaden lägre än för motsvarande grupp av ensamstående kvinnor.

Utgående från kostnaden per ohälsograd och fördelningen på hälsograder inom resp. delgrupp kan normkostnaden för delgruppen beräknas. Skillnaden i normkostnad mellan socioekonomiska grupper samt beroende nordisk eller utomnordisk härkomst avspeglar då hälsoskillnaderna mellan dessa grupper, medan norm-

kostnaden givet graden av ohälsa är densamma. I tabell 11 A–D redovisas de beräknade normkostnaderna per person givet kön, civilstånd, socioekonomisk grupp, härkomst och åldersgrupp.

*Tabell 11.* Normkostnader för äldreomsorg per person givet ålder, kön, civilstånd, härkomst och socioekonomisk grupp

*A. Giftnor*

	65–69 år	70–74 år	75–79 år	80–84 år	85–89 år	90– år
<i>Nordisk härkomst</i>						
Facklärdare arbetare	1 578	6 644	18 535	35 956	92 261	177 838
Ej facklärdare arbetare	1 562	6 564	18 330	35 603	92 203	174 518
Företagare/jordbrukare	1 601	6 753	18 805	36 434	82 588	170 122
Lägre tjänstemän	1 357	5 596	15 887	31 212	80 397	161 412
Mellan/högre tjänstemän	1 108	4 409	12 849	25 559	71 364	160 782
<i>Utomnordisk härkomst</i>						
Facklärdare arbetare	1 826	7 794	21 382	40 919	92 261	176 580
Ej facklärdare arbetare	1 806	7 700	21 155	40 531	92 203	173 812
Företagare/jordbrukare	1 852	7 917	21 679	41 431	82 588	169 028
Lägre tjänstemän	1 567	6 589	18 395	35 710	80 397	161 327
Mellan/högre tjänstemän	1 276	5 210	14 916	29 414	71 364	159 970

*B. Övriga kvinnor*

	65–69 år	70–74 år	75–79 år	80–84 år	85–89 år	90– år
<i>Nordisk härkomst</i>						
Facklärdare arbetare	10 133	26 293	39 407	77 792	152 158	225 059
Ej facklärdare arbetare	10 031	26 029	39 068	77 226	144 801	213 342
Företagare/jordbrukare	10 273	26 639	39 853	78 514	135 364	206 567
Lägre tjänstemän	8 785	22 811	34 940	70 274	124 479	196 304
Mellan/högre tjänstemän	7 237	18 784	29 633	61 037	116 604	188 719
<i>Utomnordisk härkomst</i>						
Facklärdare arbetare	11 604	30 036	44 082	85 404	152 158	222 903
Ej facklärdare arbetare	11 485	29 735	43 710	84 820	144 801	213 379
Företagare/jordbrukare	11 755	30 433	44 562	86 186	135 364	206 473
Lägre tjänstemän	10 062	26 113	39 177	77 404	124 479	195 150
Mellan/högre tjänstemän	8 285	21 511	33 259	67 378	116 604	187 569



## C. Giftnmän

	65–69 år	70–74 år	75–79 år	80–84 år	85–89 år	90– år
<i>Nordisk härkomst</i>						
Facklärdade arbetare	2 414	4 367	13 171	27 322	66 407	106 661
Ej facklärdade arbetare	2 381	4 312	13 010	27 058	62 450	106 768
Företagare/jordbrukare	2 457	4 437	13 381	27 654	57 485	100 359
Lägre tjänstemän	2 008	3 660	11 078	23 897	55 549	99 121
Mellan/högre tjänstemän	1 558	2 872	8 692	19 895	47 950	93 688
<i>Utomnordisk härkomst</i>						
Facklärdade arbetare	2 872	5 148	15 453	30 958	66 407	106 668
Ej facklärdade arbetare	2 834	5 086	15 268	30 664	62 450	106 868
Företagare/jordbrukare	2 918	5 233	15 697	31 334	57 485	100 353
Lägre tjänstemän	2 392	4 328	13 061	27 139	55 549	99 203
Mellan/högre tjänstemän	1 861	3 402	10 308	22 618	47 950	93 699

## D. Övriga män

	65–69 år	70–74 år	75–79 år	80–84 år	85–89 år	90– år
<i>Nordisk härkomst</i>						
Facklärdade arbetare	17 254	20 091	40 615	70 485	145 953	227 986
Ej facklärdade arbetare	17 070	19 901	40 257	69 939	137 678	221 279
Företagare/jordbrukare	17 503	20 336	41 087	71 199	127 393	214 825
Lägre tjänstemän	14 859	17 632	35 850	63 196	116 010	203 613
Mellan/högre tjänstemän	12 151	14 809	30 288	54 392	108 088	198 661
<i>Utomnordisk härkomst</i>						
Facklärdade arbetare	19 894	22 740	45 670	77 994	145 953	227 936
Ej facklärdade arbetare	19 685	22 520	45 269	77 398	137 678	221 292
Företagare/jordbrukare	20 178	23 011	46 198	78 767	127 393	214 557
Lägre tjänstemän	17 135	19 956	40 354	70 100	116 010	203 555
Mellan/högre tjänstemän	13 979	16 734	34 071	60 421	108 088	199 209

Normkostnaderna för de olika grupperna sammanhänger givetvis med ohälsöfördelningen. Samma mönster som observerats i tabell 3 går igen också här. För facklärdade resp. ej facklärdade arbetare samt företagare/jordbrukare är normkostnaderna genomgående ganska lika, lägre tjänstemän ligger omkring 15 procent lägre och gruppen mellan /högre tjänstemän ytterligare cirka 15 procent under. Skillnaderna i normkostnad mellan de olika socioekonomiska grupperna tenderar dock att minska med växande ålder. De är ungefär lika stora för män som för kvinnor och för giftna som för övriga.

Det är värt att notera att någon differentiering beroende på härkomst inte görs för de som är över 85 år. Att det ändå uppstår en sådan mindre effekt i gruppen 90 år och äldre beror på att dessa värden beräknats genom sammanvägning mellan åldersgrupperna 90–94 år och 95 år och äldre. Eftersom fördelningen mellan dessa åldersgrupper skiljer sig något mellan nordiskfödda och födda utom Norden uppstår en mindre avvikelse.

## 5 Diskussion

De normkostnader som nu beräknats har tagits fram på i princip samma sätt som tidigare. En skillnad är dock att kostnaderna nu brutits ner på femårsgrupper. En annan att de nya beräkningarna har gjorts med fem socioekonomiska grupper mot tidigare fyra. Gruppen jordbrukare / företagare har tillkommit. Vidare ingår nu etnicitet i själva den beräknade normkostnaden per delgrupp mot tidigare i form av en schablonmässig uppräknings. Till grund för beräkningarna ligger ett mycket fullständigt underlag i form av dels en särskild fältundersökning i åtta kommuner, dels motsvarande data från sju kommuner (inkl. Kungsholmens stadsdel) från den nationella SNAC-studien. Dessa kommuner representerar tillsammans omkring 8 procent av Sveriges befolkning över 65 år. Representativiteten i underlaget måste bedömas som god, vilket visas av att nyckeltalen sammantaget mycket väl motsvarar riksgenomsnittet.

En nyckelfråga i beräkningsmetodiken är uppskattningen av ohälsan inom olika delgrupper i den äldre befolkningen. Som tidigare har här utnyttjats SCB:s ULF-undersökning för att skatta ohälsafördelningen inom respektive delgrupp. Till skillnad från tidigare har det nu också varit möjligt att basera översättningen mellan SCB:s ohälsaindex och de index som används i vårdtagarundersökningarna på ett empiriskt underlag. Ett problem i sammanhanget är dock att huvuddelen av SCB:s ULF-undersökningar endast omfattar personer upp till och med 84 år. Det material som här använts för dem som är 85 år och äldre går tillbaka till en enstaka undersökning från 1988/89. Samtidigt pågår en utveckling, där de allra äldsta tenderar att ta i anspråk en allt större del av äldreomsorgen. Det vore givetvis i högsta grad önskvärt att få tillgång till ett modernare och mer fullständigt material avseende

hälsförhållandena i de högsta åldersgrupperna. SCB planerar nu en omfattande undersökning med en sådan inriktning och data som insamlas inom SNAC-studiens befolkningsdel kommer också successivt att ge ett alltmer tillförlitligt underlag.

Ett annat problem med ULF-undersökningarna är att det finns klara indikationer på att dessa underskattar förekomsten av ohälsa och vårdbehov hos de äldsta. I här redovisade beräkningar har detta kommit till uttryck genom att i vissa fall antalet registrerade vårdtagare med svår ohälsa i de undersökta kommunerna överstigit det motsvarande, uppskattade antalet personer i befolkningen i kommunen ifråga. Genom tekniken att skatta förekomsten av ohälsa i den enskilda kommunen utifrån rikssiffror och olika bestämningsfaktorer kan det aldrig undvikas att i enstaka fall anomalier av det här slaget uppkommer. Fenomenet har dock i några fall varit så utbrett att det slagit igenom även på aggregerad nivå, dvs. sammantaget för de undersökta kommunerna. Det har därför varit nödvändigt att införa en justering (på aggregerad nivå) på så sätt att antalet vårdtagare i en delgrupp och med en viss ohälsograd aldrig tillåts överstiga det uppskattade antalet personer i befolkningen i samma delgrupp och med samma grad av ohälsa. Överskjutande vårdtagare har flyttats till närmast lägre ohälsogrupp.

Ovanstående problem gäller endast de två högsta åldersgrupperna. Effekten av den valda lösningen är att det för dessa skett viss utjämning av normkostnaden mellan ohälsogrupperna. Från resursfördelningssynpunkt är dock detta ett mindre problem, eftersom inverkan av den socioekonomiska gruppen på ohälsan för de två högsta åldersgrupperna är mycket mindre utpräglad än för de yngre. Skillnaderna mellan olika kommuner när det gäller de äldstas ohälsoprofil blir därmed begränsade och ett skattningsfel får inte någon större betydelse för omfördelningen i skatteutjämnings-systemet<sup>6</sup>.

I föreliggande förslag har normkostnaderna beräknats efter en indelning av befolkningen i fem socioekonomiska grupper. Jämfört med tidigare har en utökning skett med en grupp – företagare och jordbrukare. Skälet härför har varit att få en mer differentierad beskrivning av ohälsofördelningen. Som framgått av tabell 11 ligger

---

<sup>6</sup> Om fördelningen på ohälsogrupper för en viss delgrupp, t.ex. gifta kvinnor 85–89 år, är densamma för två kommuner och man har samma antal personer i gruppen spelar givetvis normkostnaderna per ohälsogrupp ingen roll för kostnadsutjämnningen mellan dessa kommuner.

normkostnaderna i företag/jordbrukargruppen i de flesta fall mellan arbetare och tjänstemän, men i vissa fall blir normkostnaden högre än i övriga grupper. Det synes därför motiverat att också ha med denna kategori.

Beräkningen av normkostnaden för äldreomsorgen per socioekonomisk grupp förutsätter ett underlag som medger uppdelning av befolkningen i dessa grupper. Det underlag som står till buds är Folk- och bostadsräkningarna. Sådana genomfördes tidigare vart femte år, men sedan år 1990 har ingen ny undersökning gjorts. Detta är dock inget avgörande problem, eftersom det här rör sig om personer som till den helt övervägande delen lämnat yrkeslivet och man därför måste man gå tillbaka till tidigare undersökningar för att få yrkesuppgifter. Genom den metod som beskrivits ovan har 86 procent av den äldre befolkningen kunnat klassas efter socioekonomisk tillhörighet, vilket måste anses tillfredsställande. Ett växande problem i sammanhanget är dock att personer som invandrat efter år 1990 inte kan klassas med detta underlag. Eftersom den helt överhängande delen av invandrarna utgörs av yngre personer synes detta än så länge inte utgöra någon avgörande invändning mot att använda socioekonomisk grupp som indelningsgrund. På sikt kommer dock underlaget att successivt försämrats om inte folk- och bostadsräkningarna återupptas eller ersätts med en likvärdig registreringsmetod.

Vid bestämningen av normkostnaden per ohälsogrupp har ingen hänsyn tagits till socioekonomisk grupp eller etnisk bakgrund. Socioekonomisk grupp var överhuvudtaget inte med i fältundersökningen och utomnordisk bakgrund visade sig ge ett negativt bidrag med avseende på erhållna insatser givet övriga påverkande faktorer. Det finns naturligtvis inga skäl varför socioekonomisk grupp eller etnisk bakgrund i sig skall påverka tilldelningen av äldreomsorg. Inverkan på normkostnaden kommer i stället in indirekt genom att dessa båda faktorer påverkar ohälsa och vårdbehov.

Slutligen bör noteras att de fältundersökningar, som nu genomförts i ett antal kommuner, gett ett resultat som i sig har stort intresse som underlag för att bedöma utvecklingen av den svenska äldreomsorgen och hur väl de resurser som givits denna motsvarar behoven.

## Bilaga 1 Jämförelse mellan fältundersökningarna 1994 och 2002

Fältundersökningen 2002 genomfördes i samma kommuner som år 1994 med undantag för Dorotea kommun. Resultaten från 1994 års undersökning finns presenterade i betänkandet Utjämningskostnader och intäkter i kommuner och landsting, bilaga 7 (SOU 1994:144). Tyvärr finns grundmaterialet inte bevarat, varför den jämförande resultatredovisningen endast kan omfatta de tabeller, som redovisats i det ovan angivna betänkandet. Dessa tabeller innefattar också Solna och Sigtuna kommuner, där materialen insamlats inom ett särskilt forskningsprojekt – ÄSIM-projektet – och sålunda inte inom ramen för fältundersökningen. I dessa kommuner har det inte skett någon ny undersökning och de ingår därför inte i den nedanstående jämförelsen.

Vid 1994 års undersökning angavs "vårdtyngden" (egentligen graden av funktionsnedsättning eller vårdberoende) för de flesta kommunerna genom Katz ADL-index, i några fall (Ragunda, Kalmar) även genom det s.k. ÄSIM-index och i ett fall (Luleå) endast genom ÄSIM-index. I 2002 års undersökning har SNAC PADL-index fungerat som det huvudsakliga måttet på vårdtagarnas funktionsnedsättning, men de insamlade uppgifterna kan också användas för att konstruera Katz ADL-index och (efter imputering av variabeln "otrygghet") ÄSIM-index.

I fortsättningen redovisas jämförelsen uttryckt i Katz ADL-index.

Tabell 1 visar antalet innevånare över 65 år, antalet och andelen vårdtagare samt fördelningen av dessa mellan hemtjänst och boende med heldygnsomsorg år 1994 resp. 2002 i de aktuella kommunerna.

Tabell 1. Antal invånare, vårdtagare, boende med heldygnsomsorg resp. mottagare av hemtjänst i de undersökta kommunerna

År 1994

Kommun	Antal personer över 65 år	Antal vårdtagare	D:o i procent av samtl. 65+	Andel av vårdtagarna med	
				hemtjänst	heldygns- omsorg.
Oskarshamn	5 106	873	17,1 %	80 %	20 %
Ragunda	1 767	414	23,4 %	67 %	33 %
Luleå	9 131	1 551	17,0 %	64 %	36 %
Krokomb	2 747	562	20,5 %	65 %	35 %
Nordmaling	1 718	360	21,0 %	58 %	42 %
Vilhelmina	1 737	326	18,8 %	54 %	46 %
Kalmar	10 247	1 681	16,4 %	68 %	32 %
Surahammar	1 679	225	13,4 %	73 %	27 %
Samtliga fältkommuner	34 132	5 992	17,6 %	67 %	33 %

År 2002

Kommun	Antal personer över 65 år	Antal vårdtagare	D:o i procent av samtl. 65+	Andel av vårdtagarna med	
				hemtjänst	heldygns- omsorg.
Oskarshamn	5 047	722	14,3 %	60 %	40 %
Ragunda	1 609	287	17,8 %	53 %	47 %
Luleå	10 459	1 477	14,1 %	44 %	56 %
Krokomb	2 560	436	17,0 %	58 %	42 %
Nordmaling	1 645	283	17,2 %	46 %	54 %
Vilhelmina	1 740	302	17,4 %	50 %	50 %
Kalmar	10 460	1 517	14,5 %	64 %	36 %
Surahammar	1 733	233	13,4 %	83 %	17 %
Samtliga fältkommuner	35 253	5 257	14,9 %	56 %	44 %

Tabell 1 visar att antalet vårdtagare minskat i större eller mindre grad i samtliga kommuner utom Surahammar, där andelen av de äldre som fick äldreomsorg redan år 1994 var mycket låg. Såväl antalet som andelen av vårdtagarna med heldygnsomsorg har ökat. Nedskärningarna har i de här kommunerna alltså i första hand gällt hemtjänstinsatserna. Även här utgör dock Surahammar ett undantag.

En fråga är då hur utbyggnaden av boendet med heldygnsomsorg har påverkat förekomsten av funktionsnedsättning och vårdtyngden i dessa boenden. Tabell 2 visar fördelningen av vårdtagarna i heldygnsomsorgen på vårdberoendekategorier enligt Katz ADL för resp. år för samtliga kommuner utom Luleå, som år 1994 använde ÄSIM-skalan. I tabellen har de som ej kan klassificeras enligt Katz-skalan, den s.k. Ö-gruppen, utelämnats.

Tabell 2. Fördelning av de boende med heldygnsomsorg på Katz/ADL-grupper

År 1994

	Katz ADL-index							Medel- värde
	A	B	C	D	E	F	G	
Oskarshamn	3 %	15 %	8 %	9 %	19 %	23 %	23 %	4,87
Ragunda	2 %	9 %	16 %	17 %	9 %	14 %	33 %	4,96
Luleå	—	—	—	—	—	—	—	—
Krokom	3 %	20 %	5 %	4 %	9 %	28 %	31 %	5,04
Nordmaling	1 %	21 %	8 %	5 %	7 %	30 %	28 %	4,98
Vilhelmina	8 %	27 %	7 %	5 %	4 %	27 %	22 %	4,39
Kalmar	3 %	17 %	7 %	8 %	16 %	15 %	34 %	4,98
Surahammar	0 %	7 %	5 %	7 %	9 %	49 %	23 %	5,57
Samtliga kommuner	3 %	17 %	8 %	8 %	13 %	22 %	29 %	4,95

År 2002

	Katz ADL-index							Medel- värde
	A	B	C	D	E	F	G	
Oskarshamn	3 %	9 %	9 %	5 %	7 %	17 %	50 %	5,55
Ragunda	8 %	11 %	12 %	9 %	9 %	20 %	31 %	4,85
Luleå	5 %	10 %	10 %	8 %	9 %	15 %	43 %	5,26
Krokom	6 %	17 %	9 %	6 %	7 %	25 %	30 %	4,86
Nordmaling	3 %	10 %	12 %	5 %	12 %	9 %	48 %	5,30
Vilhelmina	5 %	12 %	17 %	12 %	14 %	12 %	29 %	4,70
Kalmar	1 %	5 %	9 %	6 %	10 %	10 %	60 %	5,90
Surahammar	0 %	10 %	10 %	3 %	13 %	13 %	53 %	5,65
Samtliga kommuner	4 %	9 %	10 %	7 %	9 %	15 %	46 %	5,35

Det framgår av tabell 2 att de boende med heldygnsomsorg i de aktuella kommunerna – med vissa undantag – som genomsnitt är mer funktionsnedsatta än för åtta år sedan. Undantagen är Ragunda och Krokomb, där vårdtyngden sjunkit i institutionsboendet. Andelen av de boende med heldygnsomsorg, som klassificerats som tillhörande den mest omsorgskrävande kategorin G har ökat från 29 procent till 46 procent. Framförallt den relativt lätta B-kategorin har minskat mycket kraftigt. För Luleå visar en jämförelse med utnyttjande av ÄSIM-index en liknande bild. Andelen vårdtagare i den tyngsta gruppen har ökat från 41 procent till 50 procent och det genomsnittliga vårdberoendet (enligt ÄSIM-index) har stigit drygt 10 procent, dvs. samma ökning som genomsnittet för övriga kommuner enligt Katz-skalan. Detta bekräftar bilden av en institutionell äldreomsorg med betydligt mer funktionsnedsatta vårdtagare än tidigare. Men det är också värt att notera att variationen mellan kommunerna är stor och snarast verkar ha ökat.

Den motsvarande utvecklingen för de boende med hemhjälp framgår av tabell 3. Liksom ovan är Ö-kategorin utelämnad.

Tabell 3. Fördelning av de boende med hemhjälp på Katz/ADL-grupper

År 1994

	Katz ADL-index							Genomsnitt
	A	B	C	D	E	F	G	
Oskarshamn	59 %	13 %	10 %	4 %	4 %	7 %	4 %	2,21
Ragunda	38 %	23 %	14 %	9 %	5 %	4 %	7 %	2,60
Luleå	–	–	–	–	–	–	–	–
Krokomb	38 %	19 %	8 %	4 %	6 %	12 %	13 %	3,09
Nordmaling	53 %	32 %	8 %	3 %	1 %	2 %	1 %	1,77
Vilhelmina	57 %	20 %	7 %	2 %	4 %	8 %	2 %	2,08
Kalmar	47 %	26 %	6 %	7 %	4 %	5 %	5 %	2,30
Surahammar	36 %	27 %	9 %	5 %	3 %	15 %	5 %	2,77
Samtliga kommuner	48 %	22 %	8 %	5 %	4 %	7 %	5 %	2,37



År 2002

	Katz ADL-index							Genomsnitt
	A	B	C	D	E	F	G	
Oskarshamn	39 %	20 %	15 %	7 %	6 %	7 %	6 %	2,67
Ragunda	41 %	22 %	9 %	7 %	9 %	5 %	5 %	2,58
Luleå	25 %	26 %	15 %	11 %	3 %	7 %	12 %	3,09
Krokom	47 %	22 %	10 %	8 %	4 %	7 %	1 %	2,25
Nordmaling	36 %	26 %	18 %	9 %	6 %	2 %	3 %	2,42
Vilhelmina	56 %	19 %	9 %	6 %	3 %	3 %	4 %	2,07
Kalmar	37 %	23 %	14 %	9 %	2 %	4 %	12 %	2,74
Surahammar	31 %	16 %	20 %	9 %	9 %	9 %	6 %	3,01
<i>Samtliga kommuner</i>	<i>37%</i>	<i>23%</i>	<i>14%</i>	<i>9%</i>	<i>4%</i>	<i>6%</i>	<i>8%</i>	<i>2,72</i>

Utvecklingen mot en högre genomsnittlig funktionsnedsättning gäller som framgår av tabell 3 även vårdtagarna med hemtjänst i ordinärt eller särskilt boende. Som genomsnitt har indexvärdet enligt Katz ADL ökat med knappt 15 procent. Ökningen gäller dock inte alla kommuner. I Krokom har det skett en kraftig minskning och i Ragunda och Vilhelmina kommuner är situationen i stort sett oförändrad. Andelen med maximal funktionsnedsättning enligt Katz-skalan har ökat från 5 procent till 8 procent, men variationen mellan kommunerna är mycket stor. Fortfarande har de flesta vårdtagarna med hemtjänst relativt begränsad funktionsnedsättning. Dock har andelen inom de två lägsta kategorierna sjunkit från 70 procent till 60 procent. I Luleå visar en motsvarande jämförelse med hjälp av ÅSIM-skalan på en mycket kraftig ökning av genomsnittsvärdet från 4,06 till 5,38, dvs. nästan en tredjedel. Andelen i den tyngsta kategorin har ökat från 3 procent till 11 procent. Även inom hemtjänsten bekräftar alltså den nya undersökningen en utveckling mot allt mer hjälpbehövande vårdtagare. Frågan är då om man nu också får mer hjälp än tidigare. Tabell 4 visar hur tilldelningen av veckotimmar hemtjänst har förändrats givet Katz/ADL-kategori.

Tabell 4. Genomsnittligt antal veckotimmar hemhjälp per Katz/ADL-grupp

År 1994

	Katz ADL-index							Genom- snitt	Stand. genomsnitt
	A	B	C	D	E	F	G		
Oskarshamn	5	13	17	21	28	40	50	13,1	14,4
Ragunda	3	7	9	13	16	21	25	8,6	7,9
Luleå	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Krokom	3	9	14	17	23	23	32	13,0	9,7
Nordmaling	5	11	22	30	42	40	34	10,4	14,5
Vilhelmina	6	10	20	22	32	33	40	12,0	13,6
Kalmar	4	8	13	17	21	25	32	9,6	10,0
Surahammar	2	8	12	16	24	28	47	12,0	10,0
Samtliga kommuner	4	9	15	19	25	29	36	11,2	11,2

År 2002

	Katz ADL-index							Genom- snitt	Stand. genomsnitt	D:o 1994
	A	B	C	D	E	F	G			
Oskarshamn	4	7	15	16	17	23	24	10,5	11,0	8,9
Ragunda	3	8	12	14	20	14	37	10,1	11,3	8,8
Luleå	4	8	11	15	16	27	28	12,1	10,7	9,3
Krokom	2	6	10	10	31	17	17	6,5	7,3	6,8
Nordmaling	2	4	9	9	20	23	33	7,2	8,8	7,3
Vilhelmina	5	12	20	19	18	28	50	12,5	16,3	13,2
Kalmar	3	6	10	13	15	22	24	9,2	8,9	7,4
Surahammar	2	4	6	8	10	13	23	6,6	6,1	5,2
Samtliga kommuner	3	7	11	13	17	21	26	9,7	9,7	8,1

Tabell 4 visar först och främst att det råder mycket stora skillnader mellan de undersökta kommunerna, när det gäller omfattningen av hemhjälpinsatserna, och att dessa skillnader tenderat att öka. Dessa skillnader skulle kunna bero på skillnader i vårdtagarnas grad av funktionsnedsättning. Genom att ange genomsnittsinnsatsen per Katz/ADL-kategori kan man kontrollera för denna inverkan. I kolumnen till höger om medelvärdet veckotimmar hemhjälp visas

det s.k. standardiserade medelvärdet, dvs. det medelvärde varje kommun skulle få om fördelningen på vårdberoendekategorier varit densamma. Som man kan se ökar då snarare skillnaderna i tilldelning av veckotimmar hemhjälp mellan kommunerna.

Det framgår vidare klart av jämförelsen per KatzADL-kategori i tabell 4 att den genomsnittliga hemhjälpsinsatsen sjunkit i alla kategorier med 25–30 procent. Detta gäller samtliga kommuner i fältundersökningen utom Ragunda och Vilhelmina, där bilden är mer splittrad och insatserna i vissa kategorier ökat. En motpol utgörs av Surahammar med mycket kraftiga neddragningar. Som medelvärde över samtliga kommuner i undersökningen har insatserna minskat från 11,2 veckotimmar till 9,7.

På samma sätt som vid den årsvisa jämförelsen kan man beräkna ett standardiserat medelvärde för år 2002 under antagandet att vårdberoendefördelningen varit densamma som år 1994. Resultatet av denna beräkning visas i kolumnen längst till höger. Detta ger vid handen en neddragning i relation till behoven mellan år 1994 och 2002 med nästan 30 procent från 11,2 till 8,1 timmar per vecka. Graden av neddragning varierar dock starkt. Den största relativa neddragningen inom hemtjänsten förefaller ha skett i Surahammars och Krokoms kommuner, där de uppgår till omkring hälften. Som kontrast visar motsvarande beräkning för Vilhelmina på en viss ökning. Även i Ragunda är insatserna i stort sett oförändrade mätt i relation till vårdtagarnas funktionsnedsättning. Någon jämförelse för Luleå är här tyvärr inte möjlig att göra, eftersom de siffror som redovisats för år 1994 förefaller vara felaktiga och originalmaterialet inte längre finns kvar.

Sammanfattningsvis bekräftar jämförelsen mellan resultaten från fältundersökningarna 1994 och 2002 mycket av den bild av äldreomsorgens utveckling, som tidigare kommit fram i olika sammanhang. Andelen vårdtagare i den äldre befolkningen har sjunkit, en högre andel av dessa än för åtta år sedan har heldygnsomsorg, vårdtyngden i både heldygnsomsorg och bland vårdtagarna med hemhjälp har ökat samt att tilldelningen av hemtjänst givet funktionsnedsättningen har sjunkit. Bakgrunden till utvecklingen är uppenbarligen ökad resursknapphet. Undersökningens bidrag är att ha gett en tydlig kvantitativ grund för en fortsatt diskussion av dessa frågor.

## Bilaga 2 Normkostnader för äldreomsorgen per inkomstgrupp

Den beräkning av normkostnader för äldreomsorgen, som redovisats i denna PM, har byggts på en indelning av den äldrebefolkningen efter socioekonomiska grupper. Under utredningsarbetet har emellertid också prövats möjligheten att i stället använda en indelning efter inkomstgrupper. Ett skäl härför var att olika analyser av ULF-undersökningen (se exempelvis rapporten ”Rik och frisk”, Stockholms Läns Äldrecentrum rapport 2000:4) visat ett mycket starkt samband mellan de äldres inkomstnivå och förekomsten av ohälsa. Det bedömdes också att aktuella siffror på de äldres inkomstfördelning per kommun skulle vara mer fullständiga och lättare att uppdatera än uppgifterna på socioekonomisk indelning. Exakt motsvarande beräkningar som redovisats ovan gjordes därför med indelningen efter socioekonomisk grupp ersatt med en indelning efter inkomst (summa förvärvs- och kapitalinkomst).

Som nämnts ovan finns ett tydligt samband mellan inkomst och ohälsa. Tabell 1 visar som exempel fördelningen på grad av ohälsa (ULF) vid en indelning efter inkomstkvintiler, där de 20 procenten med lägst inkomst utgör kvintilgrupp 1, de följande 20 procenten kvintilgrupp 2 osv., för gifta nordiskfödda kvinnor resp. män i åldersgruppen 75–79 år.

Tabell 1. Ohäls fördelning beroende på inkomst i åldersgruppen 75–79 år för gifta nordiskfödda personer i procent, kvinnor resp. män

(ULF-undersökningen 1996–2000; utjämnad modell; kvintilgrupper avs. summa förvärvs- och kapitalinkomst i riket)

#### Kvinnor

Inkomstgrupp	Full hälsa	Lätt ohälsa	Måttl. ohälsa	Svår ohälsa
Kvintilgrupp 5	26	47	18	10
Kvintilgrupp 4	19	45	23	14
Kvintilgrupp 3	18	45	23	14
Kvintilgrupp 2	16	43	25	17
Kvintilgrupp 1	12	39	28	21

#### Män

Inkomstgrupp	Full hälsa	Lätt ohälsa	Måttl. ohälsa	Svår ohälsa
Kvintilgrupp 5	31	46	15	8
Kvintilgrupp 4	23	46	20	11
Kvintilgrupp 3	22	46	20	12
Kvintilgrupp 2	19	45	22	14
Kvintilgrupp 1	15	42	26	18

Som framgår av tabell 1 är hälsoskillnaderna mellan inkomstgrupperna mycket betydande – avsevärt större än mellan de socioekonomiska grupperna. De äldres inkomster avspeglar i allt väsentligt de inkomster de har haft som aktiva. Sambandet mellan inkomst och hälsa tycks för de yrkesaktiva vara dubbelriktat – dålig hälsa ger låga förvärvsinkomster, men låg inkomst förefaller också vara en riskfaktor i sig för dålig hälsa.

På samma sätt som beskrivits ovan har normkostnader beräknats per ohälsograd givet ålder, kön, civilstånd och etnisk härkomst. Dessa normkostnader skiljer sig från de som redovisats ovan (huvuddelen, tabell 9), eftersom de skattade ohälsos fördelningarna i fält- och SNAC-kommunerna påverkas av om man använder socioekonomisk grupp eller inkomstgrupp som ohälsoprediktor. Som framgår av tabell 2 nedan jämfört med tabell 9 är dock avvikelserna relativt små.

Tabell 2. Normkostnader för äldreomsorgen per person givet ohälsograd, ålder, kön och civilstånd – beräkning utgående från inkomstgrupp

		65–69 år	70–74 år	75–79 år	80–84 år	85–89 år	90– år
<i>Full hälsa eller lätt ohälsa</i>							
Kvinnor	Gifta	275	199	1 714	2 575	19 543	129 499
	Övriga	1 653	3 614	7 882	19 448	39 539	153 034
Män	Gifta	56	135	131	4 127	11 310	74 541
	Övriga	2 648	4 069	8 047	16 088	41 012	162 339
<i>Måttlig ohälsa</i>							
Kvinnor	Gifta	409	2 087	2 611	16 480	100 317	181 034
	Övriga	7 071	15 079	20 207	55 324	147 620	244 130
Män	Gifta	2 762	1 331	1 272	13 752	34 323	91 056
	Övriga	12 768	19 109	21 916	54 564	103 040	185 546
<i>Svår ohälsa</i>							
Kvinnor	Gifta	11 587	42 2447	82 227	126 513	170 525	203 887
	Övriga	53 505	119 156	124 102	187 712	219 253	347 123
Män	Gifta	31 861	44 192	97 849	137 339	116 940	136 699
	Övriga	128 705	105 009	166 833	231 043	254 672	276 550

På samma sätt som beskrivits ovan när det gällde indelning efter socioekonomisk grupp har normkostnaderna beräknats per inkomstgrupp utgående från ohäls fördelningen per inkomstgrupp för respektive kombination åldersgrupp, kön, civilstånd och etnisk härkomst. Resultatet redovisas i tabell 3 nedan.

Tabell 3. Kostnader per person per inkomstgrupp, ålder, civilstånd och härkomst

*Gifta kvinnor*

	65–69 år	70–74 år	75–79 år	80–84 år	85–89 år	90– år
<i>Nordisk härkomst</i>						
Kvintil 1	1 885	7 381	19 216	39 164	108 267	181 252
Kvintil 2	1 507	5 761	15 398	32 073	125 756	186 125
Kvintil 3	1 315	4 917	13 375	28 159	106 054	174 345
Kvintil 4	1 291	4 815	13 139	27 692	88 085	171 751
Kvintil 5	964	3 363	9 602	20 519	101 001	174 948
<i>Utomnordisk härkomst</i>						
Kvintil 1	2 093	8 267	21 271	42 835	108 267	180 895
Kvintil 2	1 675	6 486	17 110	35 305	125 756	185 802
Kvintil 3	1 458	5 545	14 887	31 088	106 054	174 182
Kvintil 4	1 433	5 435	14 619	30 574	88 085	
Kvintil 5	1 064	3 807	10 688	22 766	101 001	174 988

*Övriga kvinnor*

	65–69 år	70–74 år	75–79 år	80–84 år	85–89 år	90– år
<i>Nordisk härkomst</i>						
Kvintil 1	12 681	31 116	43 723	86 373	140 687	263 696
Kvintil 2	10 335	25 410	36 864	75 240	154 720	277 975
Kvintil 3	9 083	22 342	33 068	68 822	129 912	251 733
Kvintil 4	8 933	21 975	32 610	68 017	116 535	235 337
Kvintil 5	6 728	16 493	25 605	55 577	123 775	245 242
<i>Utomnordisk härkomst</i>						
Kvintil 1	13 934	34 133	47 248	91 883	140 687	263 876
Kvintil 2	11 389	27 979	39 990	80 380	154 720	277 979
Kvintil 3	10 017	24 638	35 910	73 641	129 912	251 134
Kvintil 4	9 852	24 226	35 409	72 817	116 535	234 975
Kvintil 5	7 410	18 193	27 802	59 573	123 775	245 162

*Gifta män*

	65–69 år	70–74 år	75–79 år	80–84 år	85–89 år	90– år
<i>Nordisk härkomst</i>						
Kvintil 1	4 228	6 184	17 827	36 142	60 288	106 169
Kvintil 2	3 260	4 768	13 832	29 480	73 952	113 815
Kvintil 3	2 763	4 042	11 746	25 887	53 894	104 943
Kvintil 4	2 703	3 955	11 498	25 448	46 426	100 502
Kvintil 5	1 856	2 725	7 907	19 060	50 419	100 520
<i>Utomnordisk härkomst</i>						
Kvintil 1	4 766	6 970	20 012	39 677	60 288	106 263
Kvintil 2	3 692	5 396	15 619	32 478	73 952	113 703
Kvintil 3	3 132	4 581	13 299	28 568	53 894	104 774
Kvintil 4	3 068	4 485	13 022	28 090	46 426	100 646
Kvintil 5	2 112	3 098	9 010	21 043	50 419	100 498

*Övriga män*

	65–69 år	70–74 år	75–79 år	80–84 år	85–89 år	90– år
<i>Nordisk härkomst</i>						
Kvintil 1	24 350	25 555	49 020	88 577	134 898	215 460
Kvintil 2	19 515	21 023	40 671	75 447	152 476	222 811
Kvintil 3	16 976	18 607	36 143	68 062	122 306	207 124
Kvintil 4	16 684	18 312	35 599	67 155	107 744	199 294
Kvintil 5	12 298	14 028	27 478	53 238	115 506	203 682
<i>Utomnordisk härkomst</i>						
Kvintil 1	26 987	27 965	53 401	95 261	134 898	216 277
Kvintil 2	21 673	23 060	44 444	81 479	152 476	222 705
Kvintil 3	18 869	20 407	39 528	73 611	122 306	206 689
Kvintil 4	18 538	20 095	38 938	72 631	107 744	200 139
Kvintil 5	13 631	15 351	30 007	57 640	115 506	203 669

Man kan här notera en kraftig inverkan av inkomstgruppen på normkostnaden. Denna är större än den motsvarande inverkan av den socioekonomiska gruppen. För åldrarna över 85 år försvinner dock mycket av skillnaderna. På samma sätt som tidigare har ingen differentiering beroende på härkomst gjorts för de som är över 85 år, men en effekt uppstår ändå i gruppen 90 år och äldre beroende på skillnader i åldersfördelning bland de allra äldsta.



## Utvärdering av sjukvårdsmodellen i landstingens kostnadsutjämnning

### Referensgrupp:

Pontus Johansson, Landstingsförbundet  
Jens Thernström, Landstingsförbundet  
Åke Boalt, Region Skåne  
Leif Andersson, Västra Götaland  
Gunnar Eriksson, Västernorrland  
Lennart Tingvall, Finansdepartementet  
Nils Mårtensson, Finansdepartementet



## Innehåll

<b>Utvärdering av sjukvårdsmodellen.....</b>	<b>161</b>
Uppdrag .....	161
Sammanfattning.....	161
Modellkonstruktion och tidigare utvärdering.....	163
<i>Tidigare utvärdering .....</i>	<i>164</i>
Modellens stabilitet .....	164
<i>Effekter av ändrad struktur .....</i>	<i>166</i>
<i>Effekter av uppräknig till aktuell kostnadsnivå .....</i>	<i>167</i>
<i>Total förändring.....</i>	<i>168</i>
<i>Slutsats stabilitet.....</i>	<i>168</i>
Inga nya förklaringsvariabler eller förenklingar föreslås .....	169
Uppdatering av kostnadsunderlaget .....	170
<i>Korrigerig och översyn av vårdtung grupp.....</i>	<i>170</i>
<i>Uppdaterat kostnadsunderlag från 1998 till 2000 .....</i>	<i>171</i>
Modellutfall jämfört med faktiska kostnader.....	174
<i>Skillnad mellan sjukvårdskostnader och total sjukvårds-</i>	
<i>utjämnig.....</i>	<i>176</i>
<i>Delmodellen för små landsting bör läggas utanför sjukvårds-</i>	
<i>modellen.....</i>	<i>178</i>
Några orsaker bakom kostnadsskillnaderna.....	179
<i>Fasta och rörliga införanderegler .....</i>	<i>181</i>
Jämförelse av Skånes kostnadsdata .....	182
<i>Kostnadsunderlaget behöver utvecklas framöver .....</i>	<i>187</i>
Bilaga – diagram .....	188
Bilaga Teknisk beskrivning.....	193
<i>Hantering av utflyttare och avlidna.....</i>	<i>193</i>
<i>Variabeldefinition ej vårdtung befolkning.....</i>	<i>193</i>
<i>Variabeldefinition vårdtung befolkning.....</i>	<i>195</i>
<i>Kostnadsmatriser.....</i>	<i>196</i>



## Utvärdering av sjukvårdsmodellen

### Uppdrag

Uppdraget från Utjämningskommittén är att se över landstingens sjukvårdsmodell avseende:

- Modellens generella träffsäkerhet, hur ser den ut och kan träffsäkerheten förbättras.
- Stabiliteten över åren.
- Vilka uppdateringar behöver göras.
- Möjligheter till förenkling.

Först beskrivs vilka utvärderingar som företagits sedan tidigare. Sedan beskrivs hur sjukvårdsmodellen fungerar. Därefter analyseras modellens utveckling översiktligt och vilka förändringar och uppdateringar som utvärderats. Slutligen görs det en jämförelse mellan modellen och faktiska kostnader samt en utvärdering av kostnadsunderlaget.

### Sammanfattning

Sjukvårdsmodellen består av två delar, dels en modell som fångar upp skillnader i faktisk sjuklighet för några vårdtunga sjukdomar som är kostsamma, och dels en modell som fångar upp skillnader i behov utifrån demografiska och socioekonomiska skillnader.

Av sjukvårdsmodellens två delar varierar delmodellen för vårdtunga befolkning, mest mellan åren. Den beräknade standardkostnaden jämfört med genomsnittet förändras för de flesta landstingen med mellan +/- 50 kronor per invånare och år.

I sjukvårdsmodellen kalibreras utfallet till senaste kända kostnadsår som sedan räknas upp till aktuellt utjämningsår med hjälp av nettoprisindex. I 2003 års utjämningsår var uppräkningskoefficienten knappt 60 procent. Denna uppräkningskoefficient förstärker de underliggande förändringarna i modellen som beror på förändrad sjuklighet, demografisk struktur mm. Eftersom kostnaderna för hälso- och sjukvård ökat snabbt de senaste åren bör senaste tillgängliga kostnadsunderlag användas för utjämningsåret 2005. Därefter bör underlaget uppdateras vartannat år.

Kostnadsunderlaget, som baseras på Region Skåne, föreslås uppdateras från 1998 till 2000. Detta innebär att uppräkningskoefficienten blir

något lägre jämfört med i nuvarande modell. I nuvarande definition av vårdtunga grupper finns det några felaktigheter som rättats till. De förändringar som föreslås är att uppdatera kostnadsunderlaget och att korrigera de vårdtunga grupperna. Dessutom föreslås en smärre justering av ålderskategorierna för de vårdtunga grupperna så att åldersgränserna överensstämmer med den ej vårdtunga modellen.

Effekten på tilläggen eller avdragen av uppdateringen, exklusive gles bebyggelsestruktur, blir mellan +132 och -96 kronor per invånare. I genomsnitt blir förändringen ca 75 kronor per invånare. Korrigeringen av den vårdtunga kostnadsmatrisen påverkar utfallet med ca 25 kronor per invånare i genomsnitt. Modellens träffsäkerhet jämfört med faktiska kostnader år 2001 ökar något jämfört med nuvarande modell. Generellt sett fångar modellen upp de landsting som har lägre faktiska kostnader jämfört med genomsnittet genom att de får betala ett avdrag till systemet. Undantaget är dock Stockholms läns landsting som enligt modellen beräknas ha kostnader under snittet medan de faktiska kostnaderna överstiger den genomsnittliga kostnaden. Träffsäkerheten ökar när hänsyn även tas till den vårdtunga gruppen HIV, som inte baseras på registerdata, och merkostnader för gles bebyggelsestruktur. Träffsäkerheten försämras dock betydligt när även delmodellen små landsting tas med. Delmodellen för små landsting föreslås därför läggas separat och utgå från sjukvårdsmodellen.

För att utvärdera kostnadsunderlaget har kostnaderna för slutenvård i Skåne jämförts med uppgifter från Stockholm samt uppgifter från Socialstyrelsens patientregister. Kostnaden per ålder och kön i Skåne följer väl kostnaderna i Stockholm och kostnaderna i riket baserat på patientregistret. Avvikelseerna är störst för de äldsta åldersgrupperna där det är svårt att få jämförbart kostnadsunderlag. Kostnadsunderlaget bör dock utvecklas så snart det är möjligt. Det är viktigt att underlaget i Skåne även framgent är av god kvalitet och att data samlas in oavsett om vården bedrivs av bolag eller privata företag. Tillgång till uppgifter om läkemedel från Apotekets databas skulle öka kvaliteten avsevärt. Bland annat skulle diabetikerna kunna fångas upp som en vårdtunga grupp om man hade tillgång till data över läkemedelsuttagen.

## Modellkonstruktion och tidigare utvärdering

Efter förslag i utredningen ”Kostnadsutjämning för kommuner och landsting” (SOU 1998:151) beräknas fr.o.m. år 2000 vårdbehov eller vårdkonsumtion med hjälp av en s.k. matrismodell. Denna metod bygger på att det är möjligt att beskriva vårdbehovet för olika grupper av befolkningen. I matrismodellen delas befolkningen in efter ett antal kriterier som skall vara relevanta för att beskriva skillnader i vårdbehov. Matrisen i utjämningen av hälso- och sjukvård är uppbyggd av två delmodeller:

- Vårdtung delmodell. Den syftar till att fånga upp förekomsten av särskilt vårdkrävande sjukdomar; elakartad tumörsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, inflammatorisk ledsjukdom, artros, ischemisk hjärtsjukdom, höftfraktur, schizofreni och övriga psykoser. Data hämtas in från Socialstyrelsen. För att minska risken för slumpmässiga förändringar beräknas antal personer i resp. grupp som ett genomsnitt över tre år. De vårdtunga utgör ca 5 % av befolkningen och ca 40 % av kostnaderna.
- Övrig delmodell. Den beskriver hur vårdbehovet skiljer sig åt mellan landstingen utifrån demografiska och socioekonomiska skillnader hos befolkningen. Den övriga befolkningen delas in efter variablerna kön, ålder, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst och boende. Det är en stor matrismodell med ca 900 variabelkombinationer.

Kostnadsvikterna som används i modellen baseras sedan utjämningsåret 2002 på kostnader i Region Skåne år 1998. Kostnaderna kalibreras i utjämningen till genomsnittet för senaste kända kostnadsår. I utjämningen för 2003 kalibreras kostnaderna så att de i genomsnitt uppgår till 2001 års nivå, vilket innebär att modellkostnaderna räknas upp med drygt 50 procent. Därutöver räknas kostnaderna upp till utjämningsåret med ytterligare 2 år baserat på en prognos för nettoprisindex. Den totala uppräknningen blir ca 60 procent. Ju snabbare kostnaderna ökar för sjukvården desto större blir uppräknningen.

Utöver dessa delmodeller finns det modeller som syftar till att fånga upp merkostnader till följd av glesbebyggelsestruktur och små landsting. Dessa merkostnader kan inte sjukvårdsmodellen fånga upp. I denna analys bortses dock i huvudsak från dessa modeller. HIV ingår också som en vårdtung grupp men den baseras

inte på registerdata utan på en särskild beräkningsmodell som utgår från invånarantalet, därför ingår inte heller HIV i analysen nedan.

### Tidigare utvärdering

Sedan nuvarande kostnadsutjämningsmodell för hälso- och sjukvård infördes år 2000 har modellen setts över inför år 2002 i utredningen "Rättvis Kommunal Utjämningsmodell", (SOU 2000:127). Utredningen breddade kostnadsunderlaget, som tidigare enbart omfattade gamla Malmöhus läns landsting, till att omfatta hela Region Skåne.

I den utredningen utvärderades några variabler utöver de som används i nuvarande modell. Man undersökte om variablerna avliden och avstånd till sjukhus gav en högre förklaringsgrad. Även variabeln utbildning utvärderades. Slutsatsen blev att dessa variabler inte tillförde utjämningsmodellen tillräckligt för att man skulle komplettera modellen med någon eller några av dem.

Dessutom testades effekterna av att inte dela upp befolkningen på vårdtunga och övriga i modellen. I samband med detta gjordes en ny gruppering av variabler genom s.k. klustring. Effekten av denna förenklade modell blev dock en betydande försämring i träffsäkerheten mot observerad sjukvårdskonsumtion.

Slutsatsen av utredningens arbete blev att inte förändra modellens konstruktion eller innehåll. Kostnadsunderlaget uppdaterades emellertid och omfattar från och med 2002 hela Region Skåne och baseras på 1998 års kostnader. Utredningen fann att kostnadsunderlaget var stabilt och att den största effekten berodde på socioekonomiska och demografiska förändringar över tiden.

### Modellens stabilitet

**Förslag:** Skillnaden mellan sjukvårdsmodellens kostnader och faktiska kostnader riskerar bli betydande om kostnadsunderlaget uppdateras sällan. För att modellens utfall bättre ska följa kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvård bör kostnadsunderlaget för sjukvårdsmodellen uppdateras vartannat år.



En del av uppdraget är att utvärdera modellens stabilitet. För att särskilja vad som påverkar utfallet i modellen bör analysen delas upp på några delmoment. Av tekniska skäl analyseras utvecklingen mellan 2001 och 2003. Förändringar mellan åren påverkas av följande:

- Underliggande struktur t.ex. avseende ålder och andel personer i vårdtunga grupper.
- Ökade sjukvårdskostnader som innebär att uppräknigen blir högre.
- Uppdateringen av modellen år 2002 ("Rättvis Kommunal Utjämning").

I tabell 1 redovisas utvecklingen av standardkostnaden i landstingen jämfört med utvecklingen i riket, dvs. förändringen av tillägg eller avdrag. I jämförelsen är det enbart utfallet i sjukvårdsmodellen som presenteras, dvs. HIV och gles bebyggelsestruktur samt små landsting ingår *inte*. Utvecklingen enligt SCB innehåller effekter av såväl uppräknigen som uppdateringen av kostnadsmatrisen år 2002. För att beräkna utvecklingen uppdelad på struktur och uppräknigen används 2002 års kostnadsmatris för alla år. I analysen används standardavvikelsen som ett mått på stabiliteten.

Tabell 1. Genomsnittlig förändring av tillägg eller avdrag per år 2001–2003 med enhetlig kostnadsmatris, förändring enligt SCB, samt uppräknat tillägg eller avdrag i nivå år 2003. Kronor per invånare

Landsting	Genomsnittlig årlig förändring av tillägg eller avdrag 2001–2003, kr/inv					Förändring per år SCB	Tillägg/avdrag 2003
	Uppdelad förändring med enhetlig kostnadsmatris						
	Övrig bef	Vårdtung bef	Struktur tot	Uppräkning	Totalt		
Stockholm	-11	-6	-17	-34	-51	-68	-349
Uppsala	10	-21	-12	-63	-75	-55	-739
Sörmland	10	-3	8	22	30	26	244
Östergötland	-5	5	-1	-36	-37	-31	-433
Jönköping	2	19	21	20	41	65	165
Kronoberg	14	-15	-1	-14	-15	30	-171
Kalmar	1	-7	-6	18	12	29	240
Gotland	20	0	20	8	29	78	24
Blekinge	6	-2	4	10	14	30	104
Skåne	0	-13	-13	-9	-21	-33	-52
Halland	-2	25	23	-36	-13	50	-535
Västra Götaland	-3	20	17	28	45	27	274
Värmland	11	-63	-53	-10	-63	-41	93
Örebro	-3	-30	-34	-6	-39	-42	71
Västmanland	-3	26	23	-7	16	13	-185
Dalarna	-1	57	56	33	88	118	169
Gävleborg	10	-71	-61	28	-33	-49	583
Västernorrland	5	70	74	97	170	169	868
Jämtland	21	-9	12	18	31	40	172
Västerbotten	9	11	20	33	53	79	330
Norrbotten	22	16	38	61	100	109	602
Totalt	0	0	0	0	0	0	0
Std avv från 0.	10	32	32	36	59	67	383
Max	22	70	74	97	170	169	868
Min	-11	-71	-61	-63	-75	-68	-739

\*Exklusive HIV och ersättning för gles bebyggelsestruktur samt små landsting.

### Effekter av ändrad struktur

Effekter av ändrad struktur delas i tabellen upp på delmodellerna övrig ej vårdtung befolkning och vårdtung befolkning. Med strukturförändringarna avses bl a förändringar i andelen personer som är vårdtunga, förändringar i åldersstruktur, inkomstförhållanden osv.

Totalt har strukturförändringar mellan 2001 och 2003 inneburit förändringar av tillägg eller avdrag med i genomsnitt 32 kronor per invånare och år. Främst beror detta på utvecklingen i vårdtunga grupp. Ökar andelen personer i vårdtunga grupp långsammare jämfört med utvecklingen i riket blir effekten på tillägget eller avdraget negativt. Dessa förändringar får relativt stort genomslag eftersom vårdtunga individer kostar relativt mycket (mer än 10 gånger så mycket jämfört med ej vårdtunga befolkning). Förändringar i delmodellen för övrig befolkning är relativt små. Det sker inga stora svängningar i åldersstruktur, boendeförhållanden m.m. under en så kort tidsperiod (se även diagram 7–8 i diagrambilagan).

Generellt sett har utvecklingen i tillägg eller avdrag varit positiv för landsting med minskande folkmängd, framförallt gäller detta Västernorrland. Utvecklingen har varit negativ i Stockholm som också har den snabbaste befolkningsökningen.

### **Effekter av uppräknig till aktuell kostnadsnivå**

Kostnaderna för hälso- och sjukvård har ökat med i genomsnitt ca 8 procent i löpande priser de senaste åren och nettoprisindex (NPI) har i genomsnitt ökat med ca 2,0 procent. Underlaget i sjukvårdsmodellen baseras på 1998 års kostnader, vilket innebär att modellens kostnader måste räknas upp med ca 50 procent för att nå upp till 2001 års kostnadsnivå. Effekterna av detta blir i utjämnningen att landsting som har en högre beräknad standardkostnad än genomsnittet får större tillägg och tvärs om. Effekterna är störst för landsting med stora tillägg eller avdrag. Uppsalas avdrag och Västernorrlands tillägg ökar mest, vilket framgår av tabellen. I genomsnitt har tilläggen eller avdragen i sjukvårdsmodellen förändrats med 36 kronor per invånare och år mellan 2001 och 2003 till följd av uppräknigen.

## Total förändring

Sammantaget har tilläggen eller avdragen förändrats med i genomsnitt 59 kronor per invånare och år under perioden 2001–2003. Effekten av uppräkningsen har varit något större än effekten av uppdatering av den underliggande strukturen. Totalt sett förändras utfallet för hälften av landstingen med mellan +/-50 kronor per invånare och år. För den andra hälften hamnar förändringarna mellan +/- 100 kronor per invånare och år (se diagram 7–11 i diagrambilagan).

Den genomsnittliga variationen i tillägg eller avdrag är något mindre när samma kostnadsmatris används alla år (59 kronor per invånare) jämfört med utfallet enligt SCB:s beräkningar (67 kronor per invånare). SCB:s utfall påverkas av uppdateringen av kostnadsunderlaget 2002.

## Slutsats stabilitet

Delmodellen för *övrig befolkning* utvecklas stabilt. Delmodellen för *vårdtunga befolkning* varierar mer mellan åren. Orsaken till detta är främst förändringar i andelen av befolkningen som ingår i någon vårdtunga grupp jämfört med riket. Landsting med befolkningsminskning tenderar få en större andel personer i vårdtunga befolkning och tvärs om.

Underlaget till modellen baseras på registerdata och utvecklingen bör därmed generellt sett följa förändringar av sjukligheten i landstingen avseende vårdtunga grupper. Detta förutsätter att praxis för diagnosättning är likartad mellan åren och att det inte sker systematiska bortfall av diagnoser i inrapporteringen till Socialstyrelsen. Ett av kriterierna för vilka sjukdomsgrupper som ingår i modellen är att registrering i slutenvård inte skiljer sig påtagligt mellan landstingen. Det går inte att utvärdera om det finns systematiska skillnader i registreringen, men utvecklingen de senaste åren visar inte på att det skett några betydande förändringar i registreringen mellan landstingen.

*Uppräkningen* bidrar till variationer i utfallet eftersom kostnadsunderlaget baseras på Skånes kostnader år 1998. Uppräkningen för att nå till 2001 års kostnadsnivå i utjämningsmodellen är drygt 50 procent. Denna uppräknings förstärker förändringarna som beror på strukturella faktorer. Eftersom kostnaderna för hälso- och

sjukvård ökar relativt snabbt blir de kostnader som ligger till underlag för utjämningen snabbt ”gamla”. För att minska graden av uppräknings är det en fördel om kostnadsunderlaget uppdateras regelbundet.

Vilka *incitament* ger sjukvårdsmodellen landstingen? Modellen utgår från genomsnittliga förhållanden och går något landsting före i utvecklingen anpassas modellens utfall successivt när de övriga följer efter. Lyckas ett landsting med förebyggande arbete minska ohälsa gynnas man i utjämningen eftersom man ändå erhåller den genomsnittliga ersättningen. Om ett landsting exempelvis minskar vårdtiderna i slutna vård till förmån för behandling i öppen vård gynnas man också, om det leder till en effektivare och billigare vård. Det räcker med att en patient någon gång under en treårsperiod fått ett vårdtillfälle i en vårdtunga grupp för att denne ska räknas som vårdtunga.

### **Inga nya förklaringsvariabler eller förenklingar föreslås**

Det skedde en relativt omfattande utvärdering av modellen inför utjämningen år 2002, där några olika förklaringsvariabler testades. Fokus i detta arbete har främst lagts på att se över de vårdtunga grupperna och att uppdatera kostnadsunderlaget.

Några alternativa variabler har inte framkommit i utredningsarbetet. Utländsk härkomst har testats, men visar liksom tidigare snarare på en underkonsumtion av sjukvård. I likhet med utredningen ”Rättvis Kommunal Utjämning” har ett försök gjorts att ta bort den vårdtunga delmodellen och enbart använda delmodellen för övrig befolkning. I detta arbete har ingen ny beräkning av kostnadsmatrisen kunnat göras, utan beräkningarna har gjorts utifrån nuvarande indelning av matrisen för övrig befolkning. Resultatet blir liksom tidigare konstaterats en avsevärd försämring av modellens förklaringsvärde jämfört med faktiska kostnader. Även en renodlad åldersstandardisering har testats men den har också en betydligt lägre förklaringsgrad än nuvarande uppdelning av modellen i vårdtunga respektive ej vårdtunga del.

## Uppdatering av kostnadsunderlaget

**Förslag:** Nuvarande modell uppdateras med kostnadsunderlag från Region Skåne avseende år 2000. Inför utjämningsår 2005 bör senaste aktuella underlag användas. Framöver bör kostnadsunderlaget uppdateras vartannat år. Definitionen av de vårdtunga grupperna "Elakartad cancertumör" och "Höftfraktur" korrigeras. Åldersindelningen för de vårdtunga grupperna ändras så att den stämmer med den ej vårdtunga åldersindelningen. Delmodellen för små landsting bör flyttas från sjukvårdsmodellen och läggas som en separat modell.

Med anledning av analyserna kring modellens stabilitet föreslås en uppdatering baserat på kostnaderna i Region Skåne år 2000. För att modellen bättre ska följa med kostnaderna för faktiskt vårdbehov bör dock senaste aktuella kostnader användas inför utjämningsår 2005, då förslaget ska träda i kraft. Framöver bör kostnadsunderlaget uppdateras kontinuerligt, exempelvis vartannat år. Då ökar också följsamheten med kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården.

I arbetet med översynen har störst fokus lagts på att se över de vårdtunga grupperna och att uppdatera kostnadsunderlaget. Vissa korrigeringar har också gjorts av de vårdtunga grupperna.

### Korrigerings och översyn av vårdtunga grupp

Socialstyrelsen har gjort en översyn av definitionen av de vårdtunga grupperna. En del i denna översyn har varit att korrigera för vissa fel i den nuvarande definitionen. I sjukdomsgruppen elakartad tumör har felaktigt tumörer som upptäcks först vid obduktion tagits med. Dessa har inte kunnat behandlas för tumörsjukdom. Delar av sjukdomsgruppen höftfraktur har inte fångats upp av de diagnoser som använts. Effekterna av denna uppdatering är i genomsnitt ca 25 kronor per invånare. En smärre förändring av åldersindelningen har gjorts av de vårdtunga för att åldersgränserna ska stämma överens med övrig ej vårdtunga befolkning. Ålderskategorin 20–55 år ändras till 20–49 år och kategorin 56–74 år ändras till 50–74 år.

Socialstyrelsen har även tagit fram en något förändrad definition av de vårdtunga grupperna. Syftet var att ta bort diagnoser som inte

ansågs vara speciellt vårdkrävande. Resultatet visade dock att dessa diagnoser var relativt kostsamma, varför inga ytterligare förändringar i de vårdtunga grupperna föreslås. Dessutom blev effekten av att snäva in definitionen av de vårdtunga grupperna stor för vissa landsting. Förmodligen påverkar olika praxis diagnossättningen. Slutsatsen är att en bred definition av de vårdtunga grupperna är att föredra. För att ändra indelningen i den vårdtunga delmodellen krävs det ett mer omfattande arbete som också tar fasta på vilka skillnader det finns i diagnossättning mellan landsting och sjukhus.

Det finns inga studier över regionala skillnader i ohälsa avseende de vårdtunga grupper som ingår i utjämnningen. De studier som finns indikerar dock att graden av ohälsa är större i norra glesbygden där också medellivslängden är relativt kort (Socialstyrelsen, Folkhälsorapport år 2001, s. 56). De landsting som erhåller störst tillägg i den vårdtunga delmodellen är också de norra landstingen.

### **Uppdaterat kostnadsunderlag från 1998 till 2000**

Av tabell 2 framgår effekterna av att uppdatera kostnadsunderlaget från år 1998 till år 2000 i Region Skåne. Effekterna är preliminära eftersom beräkningarna för antalet personer i vårdtunga grupp baseras på ett genomsnitt av två år i stället för tre år.

Tabell 2. Standardkostnad och tillägg eller avdrag med nuvarande modell och uppdaterad modell\*. Vårdtunga grupper genomsnitt över 2 år. Utfall uppräknat till 2001 års kostnadsnivå. Kronor per invånare

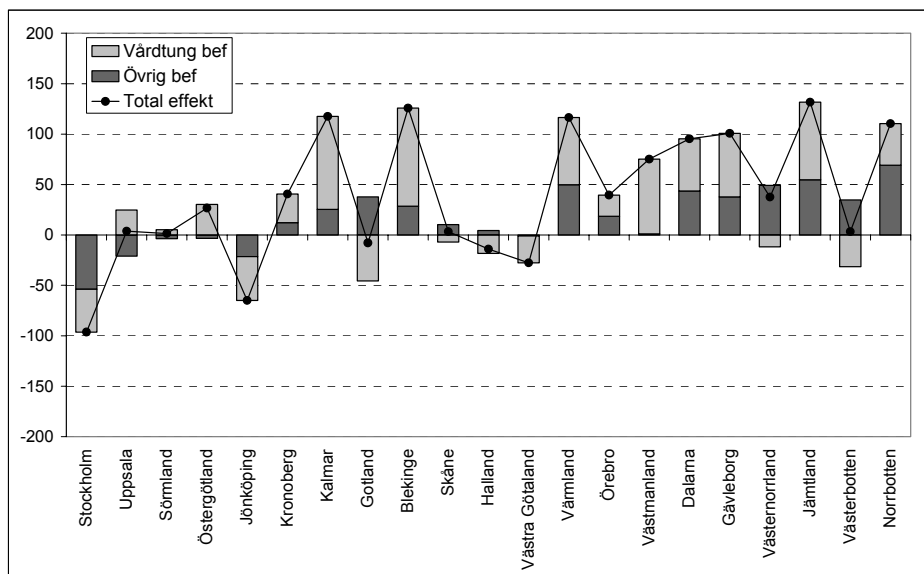
Landsting	Standardkostnad*		Tillägg eller avdrag		
	Nuvarande modell	Uppdaterad model	Nuvarande modell	Uppdaterad model	Differens
Stockholm	12 720	12 623	-303	-400	-97
Uppsala	12 263	12 267	-760	-756	4
Södermanland	13 250	13 252	227	230	2
Östergötland	12 621	12 648	-402	-375	27
Jönköping	13 147	13 082	124	60	-65
Kronoberg	12 796	12 836	-227	-187	40
Kalmar	13 254	13 372	231	349	117
Gotland	13 001	12 993	-22	-30	-8
Blekinge	13 086	13 212	63	190	126
Skåne	12 982	12 986	-41	-37	4
Halland	12 561	12 547	-462	-475	-14
Västra Götaland	13 285	13 258	262	236	-27
Värmland	13 084	13 200	61	178	116
Örebro	13 085	13 124	62	102	39
Västmanland	12 849	12 924	-174	-99	75
Dalarna	13 188	13 283	165	261	95
Gävleborg	13 502	13 602	479	579	100
Västernorrland	13 872	13 910	849	888	38
Jämtland	13 115	13 247	92	225	133
Västerbotten	13 336	13 339	313	316	3
Norrbotten	13 574	13 684	551	661	110
Riket	13 023	13 023	0	0	0

\*Exklusive HIV, merkostnader för gles bebyggelsestruktur och små landsting.

Effekten på tillägg eller avdrag blir mellan +132 och -96 kronor per invånare, i genomsnitt blir förändringen ca 75 kronor. Diagrammet nedan beskriver förändringen mellan nuvarande modell och uppdaterad modell uppdelad på vårdtunga och övrig befolkning.



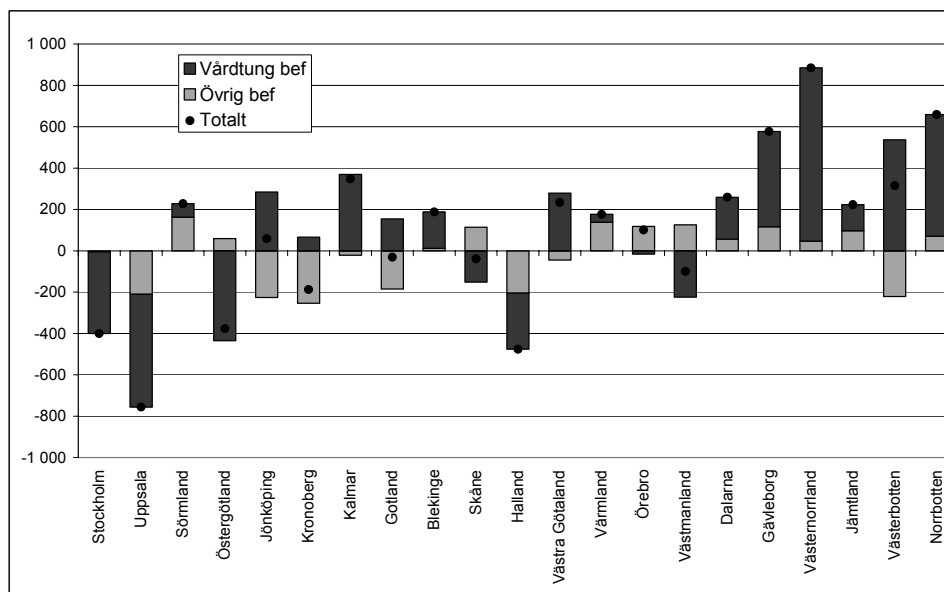
Diagram 1. Förändring av tillägg eller avdrag jämfört med nuvarande modell uppdelat på vårdtung respektive övrig befolkning år 2001. Kronor per invånare



Uppdateringen av den vårdtunga delmodellen förklarar den största delen av förändringarna, men även den övriga befolkningsmodellen påverkar vissa landsting i betydande grad. Korrigeringen av de vårdtunga grupperna (cancer samt höftfrakturer) bidrar i snitt med ca 25 kronor per invånare till förändringarna.

Av nedanstående diagram framgår hur stort tillägget eller avdraget blir med den föreslagna modellen, uppdelat på vårdtung respektive övrig befolkning. Kostnaderna är uppräknade till 2001 års kostnadsnivå.

Diagram 2. Tillägg eller avdrag uppdelat på vårdtung resp. övrig befolkning. Uppräknat till 2001 års kostnadsnivå. Kronor per invånare.



### Modellutfall jämfört med faktiska kostnader

En aspekt som ska belysas enligt uppdraget är modellens träffsäkerhet. Syftet med modellerna är inte att förklara alla variationer i faktiska kostnader. Kostnader varierar av flera skäl, bl.a. till följd av skillnader i effektivitet och ambitionsnivå. Utjämningen utgår exempelvis enbart från den genomsnittliga ambitionsnivån, lands-ting som vill satsa mer än andra på exempelvis ökad tillgänglighet får finansiera detta själva genom antingen högre skatt eller genom högre effektivitet.

Även skillnader i redovisning kan slå igenom, detta kan t ex gälla prissättningen av lokaler och verksamhetsfördelning mellan lands-ting och kommuner. I redovisningen för år 2001 ska landstingen enligt en ny verksamhetsindelning (VI 2000) bokföra kostnader för hälso- och sjukvården mer enhetligt än tidigare, vilket underlättar kostnadsjämförelser. Omläggningen år 2001 försvårar dock analyser av kostnadsutvecklingen över tiden. I denna analys begränsas jämförelsen till år 2001.

Skillnaderna mellan faktiska kostnader och utjämning varierar betydligt (tabell 3). Den uppdaterade modellen förklarar ungefär 53 procent av kostnadsvariationerna och den nuvarande modellen ca 46 procent. Den uppdaterade modellen förklarar därmed generellt sett något mer av de faktiska kostnadsskillnaderna mellan landstingen än den nuvarande modellen. I genomsnitt avviker utfallet i den uppdaterade modellen från faktiska kostnader med 715 kronor per invånare.

Generellt sett har landsting som betalar ett avdrag enligt modellen också en lägre kostnad än genomsnittet. Undantaget är dock Stockholms läns landsting där kostnaderna överstiger snittet i riket med 470 kronor per invånare medan modellens beräknade kostnad understiger rikets med 400 kronor per invånare.

Tabell 3. Kostnad för hälso- och sjukvård år 2001, samt differens mellan faktisk kostnad och utfall enligt nuvarande och uppdaterad modell\*. Kronor per invånare

Landsting	Kostnad för hälso- o sjukv.	Diff utjämning o kostnad	
		Nuv. mod	Uppdat. mod
Stockholm	13 493	-774	-871
Uppsala	11 749	514	518
Södermanland	11 994	1 256	1 258
Östergötland	11 930	690	717
Jönköping	12 033	1 114	1 049
Kronoberg	11 996	800	840
Kalmar	13 670	-416	-299
Gotland	13 097	-96	-104
Blekinge	13 718	-631	-505
Skåne	12 498	484	488
Halland	11 947	614	600
Västra Götaland	12 664	621	594
Värmland	14 137	-1 053	-937
Örebro	13 726	-640	-601
Västmanland	12 889	-41	35
Dalarna	13 471	-283	-188
Gävleborg	13 595	-94	7
Västernorrland	14 337	-465	-427
Jämtland	13 668	-553	-421
Västerbotten	13 654	-319	-316
Norrbottn	15 359	-1 785	-1 675
Riket	13 023	0	0

\* Exklusive HIV, gles bebyggelsestruktur och små landsting.

### Skillnad mellan sjukvårdskostnader och total sjukvårdsutjämn- ning

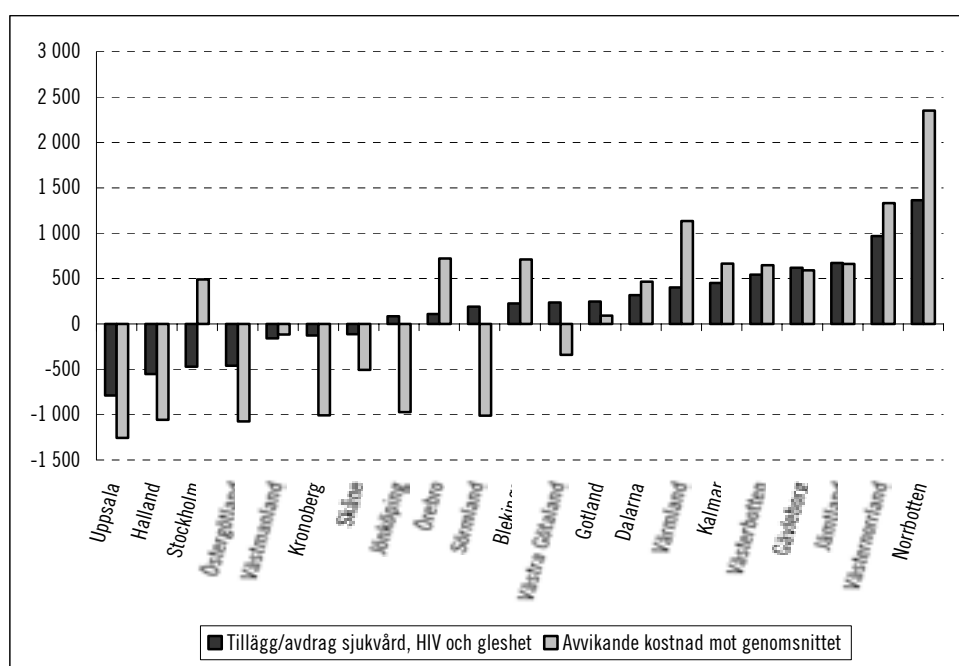
För att utvärdera differenserna i tabellen ovan bör även övriga delar i sjukvårdsmodellen beaktas. För vissa landsting spelar ersättning för merkostnader i gles bebyggelsestruktur och HIV roll. Delmodellerna för gles bebyggelsestruktur har setts över av Glesbygdsverket och jämförelsen utgår från en uppdaterad definition av dessa variabler. Analysen utgår enbart från den föreslagna uppdaterade modellen.

Tabell 4. Kostnad för hälso- och sjukvård 2001, uppdaterad utjämningsmodell inklusive delmodeller för HIV, gles bebyggelsestruktur men exklusive små landsting

Landsting	Kostnad 2001	Uppdaterad standardkostnad	Skillnad utjämnning & kostnad	Ersättning för HIV	Ersättning för gles bebygg.	Total diff utjämningskostnad
Stockholm	13 493	12 623	-871	47	-135	-959
Uppsala	11 749	12 267	518	-16	-36	466
Södermanland	11 994	13 252	1 258	-16	-43	1 200
Östergötland	11 930	12 648	717	-16	-87	614
Jönköping	12 033	13 082	1 049	-16	25	1 058
Kronoberg	11 996	12 836	840	-16	60	884
Kalmar	13 670	13 372	-299	-16	99	-216
Gotland	13 097	12 993	-104	-16	273	153
Blekinge	13 718	13 212	-505	-16	35	-486
Skåne	12 498	12 986	488	-3	-92	393
Halland	11 947	12 547	600	-16	-81	503
Västra Götaland	12 664	13 258	594	-7	-9	578
Värmland	14 137	13 200	-937	-16	220	-732
Örebro	13 726	13 124	-601	-16	5	-612
Västmanland	12 889	12 924	35	-16	-61	-42
Dalarna	13 471	13 283	-188	-16	56	-148
Gävleborg	13 595	13 602	7	-16	38	28
Västernorrland	14 337	13 910	-427	-16	80	-362
Jämtland	13 668	13 247	-421	-16	444	7
Västerbotten	13 654	13 339	-316	-16	224	-108
Norrbottn	15 359	13 684	-1 675	-16	699	-992
Riket	13 023	13 023	0	0	0	0

När man beaktar alla delar i utjämningsmodellen för hälso- och sjukvård (exklusive små landsting) förstärks generellt sett sambandet mellan de landsting som får ett avdrag enligt modellen och de som har en faktisk kostnad under snittet. Differensen ökar dock för Stockholm där standardkostnaden enligt modellen understiger de faktiska kostnaderna med 972 kronor per invånare. Landstingen i Värmland, Örebro och Norrbotten får ett tillägg i modellen men även deras standardkostnad understiger de faktiska kostnaderna med 600–900 kronor per invånare. I Sörmland och i Jönköping är standardkostnaden enligt modellen ca 1 000 kronor per invånare högre än de faktiska kostnaderna.

*Diagram 3.* Tillägg eller avdrag enligt uppdaterad modell och skillnad mellan faktisk kostnad och genomsnittlig kostnad (avvikande kostnad) år 2001. Kronor per invånare



Tabell 5 nedan visar hur stor del av de faktiska kostnadsvariationerna olika varianter av utjämningsmodellen förklarar. Sämst förklaringsgrad har den renodlade ålders- och könsstandardiserade

varianten. Den nuvarande definitionen av sjukvårdsmodellen (övrig samt vårdtung grupp, exklusive HIV) förklarar 46 procent av kostnadsskillnaderna mellan landstingen år 2001 medan den uppdaterade modellen förklarar drygt 50 procent av skillnaderna. Delmodellerna för HIV och gleshet ökar förklaringsgraden ytterligare och dessa tillsammans med den uppdaterade sjukvårdsmodellen fångar upp 65 procent av de faktiska kostnadsvariationerna mellan landstingen.

*Tabell 5.* Hur stor del av de faktiska kostnadsvariationerna olika modeller förklarar. Procent

<i>Utjämningsmodell</i>	<i>Förklaringsgrad</i>
Ålders- och könsstandardisering	16 %
Nuvarande sjukvårdsmodell	46 %
Uppdaterad sjukvårdsmodell	52 %
Uppdaterad sjukvårdsmodell inkl HIV	54 %
Uppdaterad sjukvårdsmodell inkl HIV och gleshet	65 %
Uppdaterad sjukvårdsmodell inkl HIV och gleshet samt små landsting	40 %

### **Delmodellen för små landsting bör läggas utanför sjukvårdsmodellen**

Ersättning för små landsting utgår till landsting med mindre än 200 000 invånare. Enligt modellen erhåller Gotland ca 1 400 kronor per invånare, Jämtland får ca 680 kronor, Blekinge får ca 470 kronor och Kronoberg får ca 200 kronor. Övriga landsting betalar ca 30 kronor per invånare. Det finns inte något beräkningsunderlag för denna delmodell som direkt kan härledas till merkostnader för hälso- och sjukvård. Som framgår av tabellen ovan är sambandet mellan ersättning enligt denna delmodell och faktiska kostnader mycket svagt. När sjukvårdsmodellen inklusive HIV och gles bebyggelsestruktur tillförs delmodellen för små landsting sjunker träffsäkerheten betydligt. Delmodellen för små landsting bör därför inte ingå sjukvårdsmodellen utan föreslås läggas utanför systemet.

### Några orsaker bakom kostnadsskillnaderna

Som tidigare nämnts är det inte helt enkelt att jämföra landstingens sjukvårdskostnader med varandra, vilket försvårar utvärderingen av utjämningsystemet. För att analysera kostnadsskillnaderna har fokus lagts på några faktorer som är relativt enkla att beräkna.

Gränssnittet mellan landsting och kommuner kan påverka kostnadsnivån. Vissa landsting har exempelvis mer av hemsjukvården kvar i verksamheten. Hemsjukvården har generellt sett växlats över till kommunerna. Jönköping, Gävleborg och Stockholm har dock kvar mer av denna verksamhet än övriga landsting vilket ökar deras kostnader mot rikssnittet med mellan 170 och 200 kronor per invånare. Kostnadsskillnader som beror på skillnader i gränssnitt fångas inte upp av utjämningsmodellen. Dessa kostnader hanteras främst via skatteväxlingar.

Löneläget skiljer sig också åt mellan landstingen. I genomsnitt är lönerna högst i Stockholm där de ligger 6,4 procent högre än riket i övrigt. Orsaken bakom den höga medellönen är framförallt att andelen läkare av totalt antal årsarbetare är större i Stockholm än i genomsnitt (12 procent jämfört med 9,5 procent). För att renodla effekten av skillnader i medellön måste skillnader i personalstruktur rensas bort.

Tabell 6. Skillnader i kostnader som beror på ansvar för hemsjukvården och löneskillnader\*. Index jämfört med riket och kronor per invånare, 2001

Landsting	Avvikande kostnad hemsjukvård kr/inv	Index medellön individuell personalstruktur (ojust)	Index medellön med rikets personalstruktur (just)	Effekt av högre medellön kr/inv (just)
Stockholm	173	106,4	102,6	218
Uppsala	-157	102,4	100,9	120
Södermanland	-87	96,6	99,6	-44
Östergötland	70	100,9	100,7	72
Jönköping	329	95,7	98,6	-153
Kronoberg	-146	96,2	99,9	-10
Kalmar	-12	97,3	99,4	-68
Blekinge	367	100,0	103,3	396
Skåne	-147	100,9	99,7	-35
Halland	-147	97,4	98,8	-108
Västra Götaland	-153	98,1	98,3	-191
Värmland	-144	97,1	99,6	-47
Örebro	-148	99,4	99,8	-21
Västmanland	-19	100,6	102,9	281
Dalarna	164	95,9	99,8	-17
Gävleborg	201	97,7	99,7	-35
Västernorrland	12	97,0	100,4	43
Jämtland	-140	98,6	100,7	82
Västerbotten	2	98,2	97,9	-308
Norrbottn	114	99,1	102,6	304
<i>Totalt</i>	<i>0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>0</i>

\*Källa för löneberäkningarna är Landstingsförbundets novemberstatistik uppräknat till lönesumma för helår. För merkostnader för hemsjukvård se Ekonominytt 24/02.

Genom att använda respektive landstings löner för läkare, sjuksköterskor m.m. och utgå från rikets fördelning av personalen på de olika personalkategorierna konstanthåller man för skillnader i personalstruktur. På så sätt renodlas effekten av skillnader i löneläget. Med denna justering har Blekinge de högsta medellönerna, där de ligger drygt 3 procent över snittet. Därefter är lönerna högst i Västmanland, Stockholm och i Norrbotten. Merkostnaden för dessa landsting varierar mellan drygt 200 och knappt 400 kronor per invånare.



Tabellen ovan är ett exempel på vad kostnadsskillnader mellan landsting kan bero på. En del av förklaringen till att modellen underskattar kostnaderna i Stockholm är högre kostnader för hemsjukvård och ett högre löneläge, vilket även gäller för Norrbotten. Däremot kan dessa faktorer inte förklara utfallet för Örebro eller Värmland.

### **Fasta och rörliga införanderegler**

En ytterligare orsak till skillnader mellan faktiska kostnader och beräknade kostnader enligt modellen kan också vara effekter av införanderegler. Det finns rörliga tillägg eller avdrag samt fasta införandetillägg. De rörliga tilläggen eller avdragen fasas ut med 120 kronor per invånare och år. Om ett landsting har ett tillägg kan också kostnaderna upprätthållas på en högre nivå jämfört med utfallet enligt utjämningen samtidigt som landsting med avdrag har begränsat utrymme att öka sina kostnader. Införandereglerna tillkom efter uppdateringen av sjukvårdsmodellen inför år 2000. Den främsta orsaken till dessa tillägg var att modellen för hälso- och sjukvård förändrades.

Tabell 7. Fast införandetillägg och rörligt införandeavdrag eller -tillägg år 2001, kronor per invånare

<i>Landsting</i>	<i>Fast införandetillägg</i>	<i>Rörligt tillägg/ avdrag</i>	<i>Summa</i>
Stockholm	544	360	904
Uppsala	0	-200	-200
Södermanland	0	-380	-380
Östergötland	0	-79	-79
Jönköping	0	-485	-485
Kronoberg	0	-773	-773
Kalmar	0	-409	-409
Gotland	0	0	0
Blekinge	0	-154	-154
Skåne	0	-44	-44
Halland	0	-268	-268
Västra Götaland	0	-140	-140
Värmland	0	0	0
Örebro	0	-295	-295
Västmanland	0	0	0
Dalarna	0	0	0
Gävleborg	0	0	0
Västernorrland	289	0	289
Jämtland	836	0	836
Västerbotten	651	0	651
Norrbotten	961	0	961
<i>Totalt</i>	<i>178</i>	<i>-41</i>	<i>137</i>

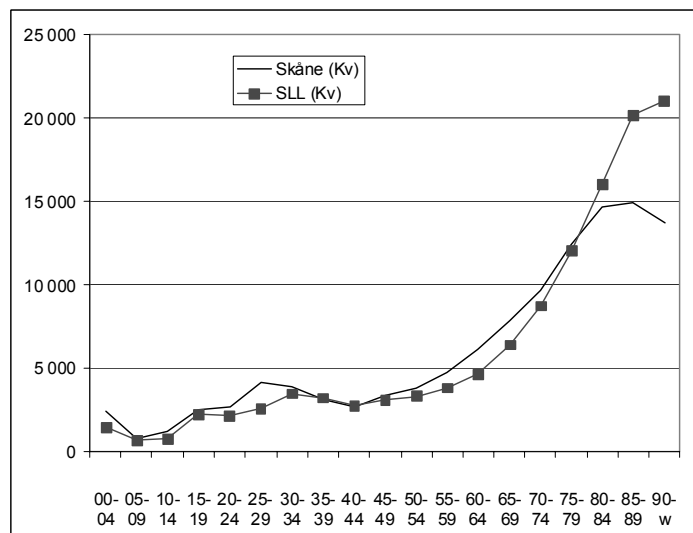
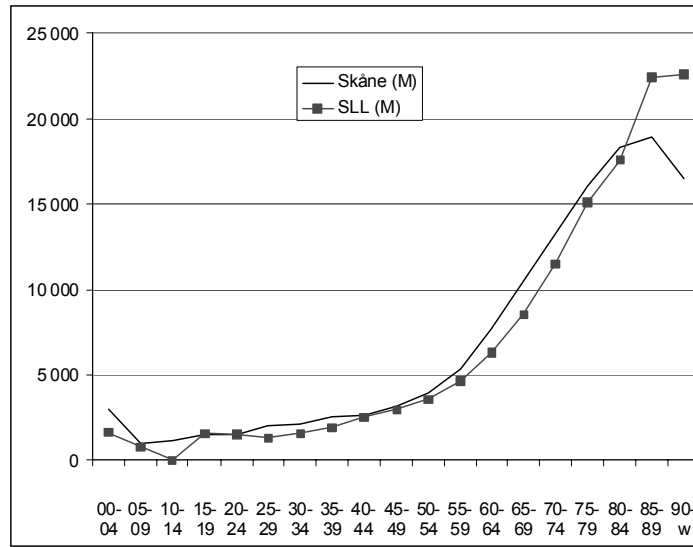
Tar man även med effekter av införanderegler i analysen över kostnadsskillnader ökar överensstämmelsen mellan utfallen i utjämnningen och faktiska kostnader. Landsting med införandetillägg kan upprätthålla en högre kostnadsnivå än enligt utjämnningen och tvärs om.

### Jämförelse av Skånes kostnadsdata

Det finns inga landsting utöver Skåne som har heltäckande kostnader avseende både slutna och öppna vård på individnivå. Där emot finns det vissa landsting som kan ta fram kostnader för slutna vård baserat på individer uppdelat på ålder och kön. Nedan redo-

visas en jämförelse mellan slutenvårdskostnader enligt registeruppgifter i Region Skåne och Stockholms läns landsting. Därutöver har data från den s k KPP-databasen använts tillsammans med Socialstyrelsens patientregister. KPP står för kostnad per patient och baseras på kostnader inom slutna vård för ca 10 sjukhus, som omfattar 25 procent av alla vårdtillfällen. Genom uppgifter från denna databas kan genomsnittliga kostnader för olika diagnosgrupper (DRG) beräknas. De kostnadsvikter som beräknas appliceras sedan på Socialstyrelsens patientregister som innehåller diagnoser för alla vårdtillfällen i Sverige. På så sätt kan kostnad per invånare för den slutna vården beräknas baserat på landstingens genomsnittliga mix av patienter. Kostnadsvikterna baseras dock enbart på de landsting som ingår i KPP-databasen.

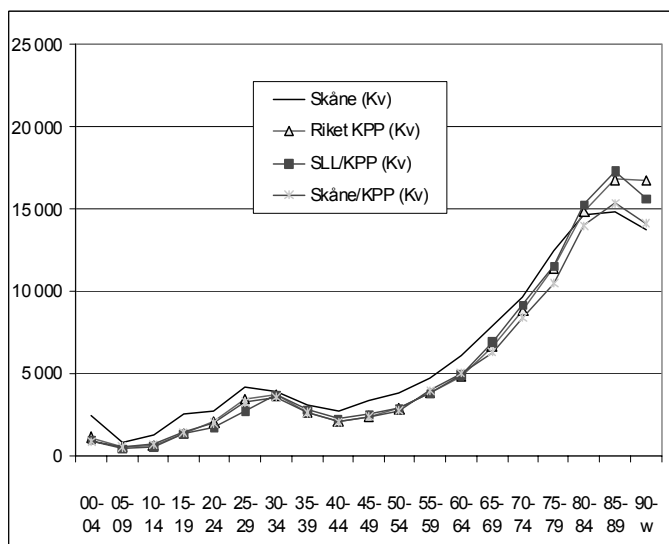
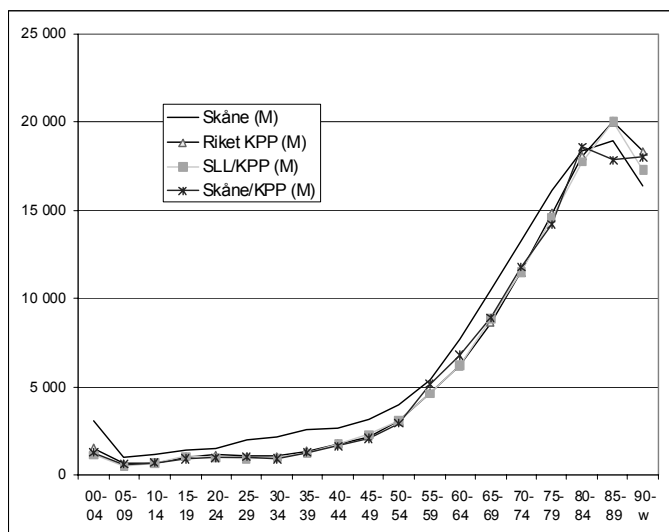
Diagram 4. Kostnad per person uppdelat på ålder och kön i Skåne och Stockholm för slutenvården, egna kostnadsvikter. Kronor per person år 2000



Uppgifter om kostnader baserat på ålder och kön för slutenvården har kunnat bearbetas från Region Skåne och Stockholms läns landsting (diagram 4). Kostnaderna följer ett likartat mönster både i Stockholm och i Skåne. De största avvikelserna gäller för åldersgrupperna 85–89 och 90-w. Kostnaderna ökar i Stockholm för dessa grupper medan de avtar i Skåne samtidigt som de befinner sig på en högre nivå i Stockholm. Enligt uppgifter från Stockholms läns landsting har landstinget en väl utbyggd geriatrisk vård, som i många landsting fördes över till kommunerna i samband med ÄDEL-reformen. Enligt EpC har också Stockholm betydligt fler patienter än Skåne på geriatrisk långvårdsklinik. Detta kan vara en förklaring till höga kostnader för de äldre i Stockholm.

I diagram 5 visas kostnadsprofilen för Skåne, liksom ovan, kompletterat med KPP-data och patientregistret. Kostnaderna tilltar generellt sett med ökande ålder, men kostnaderna för de allra äldsta faller dock något. Kostnaderna faller även i Stockholm för de allra äldsta när man applicerar de genomsnittliga kostnaderna från KPP-databasen på landstingets patientsammansättning. En orsak bakom detta är att geriatriken i de flesta landstingen till största delen hanteras av kommunerna. Därmed blir även genomsnittskostnaden i KPP databasen lägre för de äldsta. Det finns även vissa svårigheter att jämföra kostnader för de äldre eftersom gränssnittet mellan öppen och sluten vård spelar roll.

Diagram 5. Kostnad per person uppdelat på ålder och kön i Skåne, samt kostnadsvikter enligt KPP för riket, Stockholm och Skåne. Kronor per person år 2000



Jämförelserna försvåras av att kostnaderna inte är jämförbara i alla delar, exempelvis innehåller KPP-databasen inte kostnader för psykiatri medan dessa ingår i Skåne. Skillnaderna är störst för de

äldsta där det också finns svårigheter att erhålla jämförbart kostnadsunderlag. Kostnadsprofilerna från Skåne stämmer dock generellt sett överens med de alternativ som kunnat undersökas.

### **Kostnadsunderlaget behöver utvecklas framöver**

Eftersom kostnaderna i utjämningsen enbart baseras på Skåne är det centralt att dessa är av god kvalitet även framöver. En målsättning måste vara att förbättra och bredda kostnadsunderlaget så snart det är möjligt. För att heltäckande data även fortsättningsvis ska kunna samlas in måste man säkerställa att det blir möjligt även om vården bedrivs av bolag eller privata företag.

Individbaserade uppgifter finns till stor del inom slutenvården och utvecklingen mot individbaserad data även för öppen vård kan ytterligare förbättra möjligheterna att beskriva skillnader i vårdbehov framöver. En annan brist i nuvarande modell är exempelvis att diabetikerna, som är en vårdtung grupp, inte kan fångas upp via heltäckande register. Får man tillgång till läkemedelsuttag via databaser hos Apoteket skulle kvaliteten i kostnadsunderlaget öka väsentligt. Det skulle exempelvis bli möjligt att fånga upp diabetikerna och beräkna vårdbehovet för dessa oavsett om de behandlas inom slutenvården eller öppen vård. För närvarande är det dock inte möjligt att använda uppgifterna från Apoteket.

## Bilaga – diagram

Diagram 6. Förändring av tillägg eller avdra övrig befolkning 2001–2003. Kronor per invånare (enhetlig kostnadsmatris)

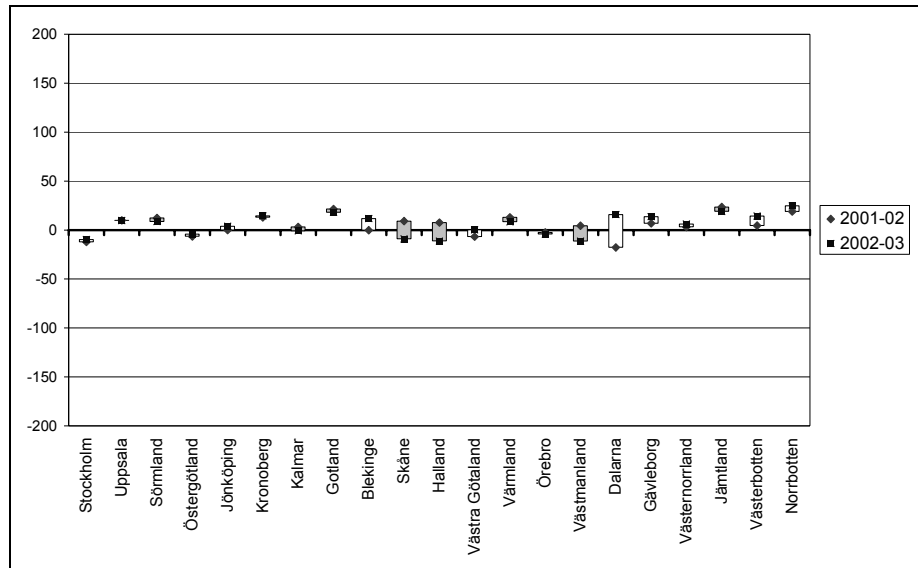




Diagram 7. Förändring av tillägg eller avdrag, vårdtung befolkning 2001–2003. Kronor per invånare (enhetlig kostnadsmatris)

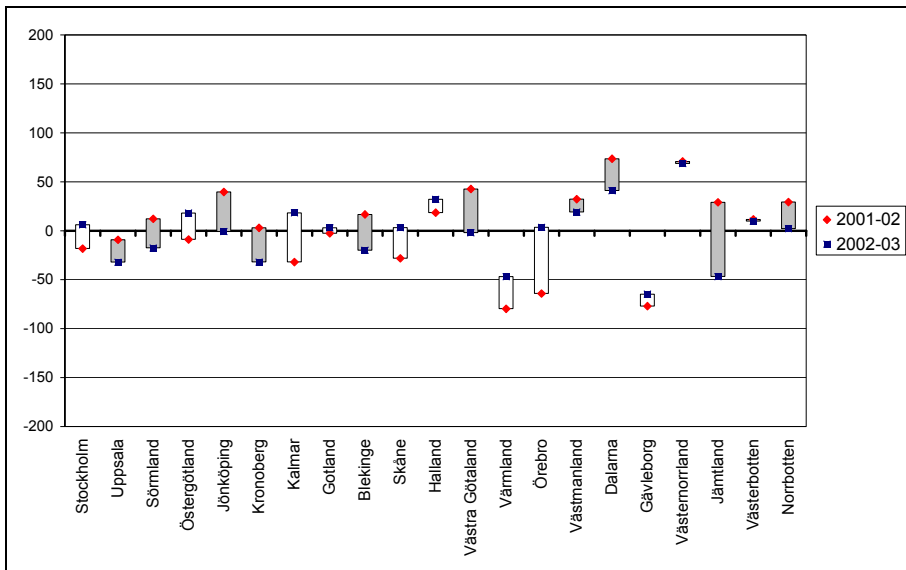


Diagram 8. Förändring av tillägg eller avdrag, totalt (enhetlig kostnadsmatris), 2001–2003

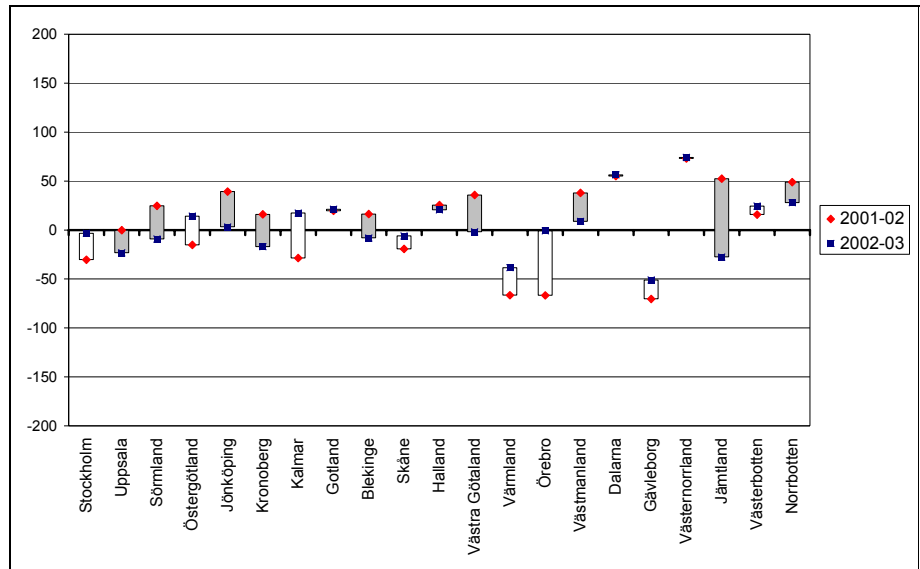


Diagram 9. Förändring av tillägg eller avdrag, inklusive uppräknig (enhetlig kostnadsmatris), 2001–2003

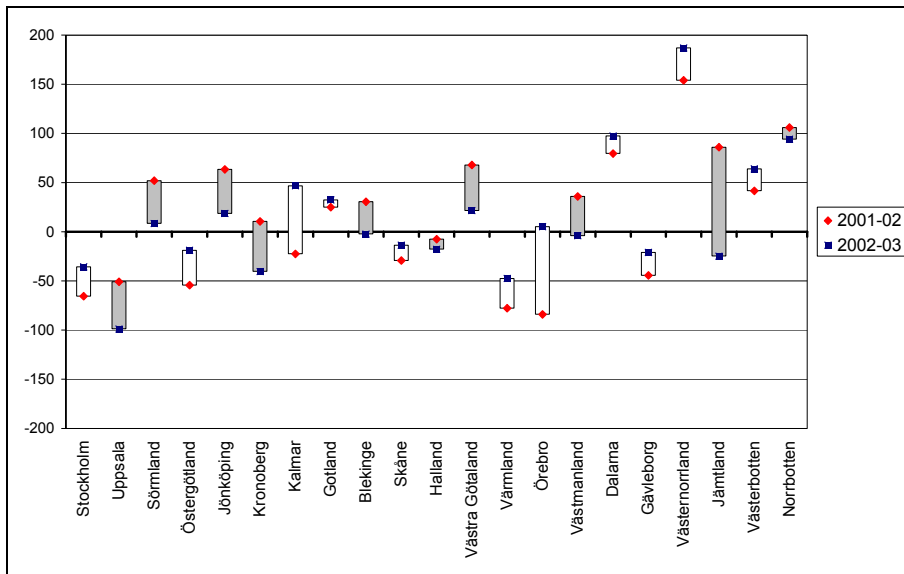
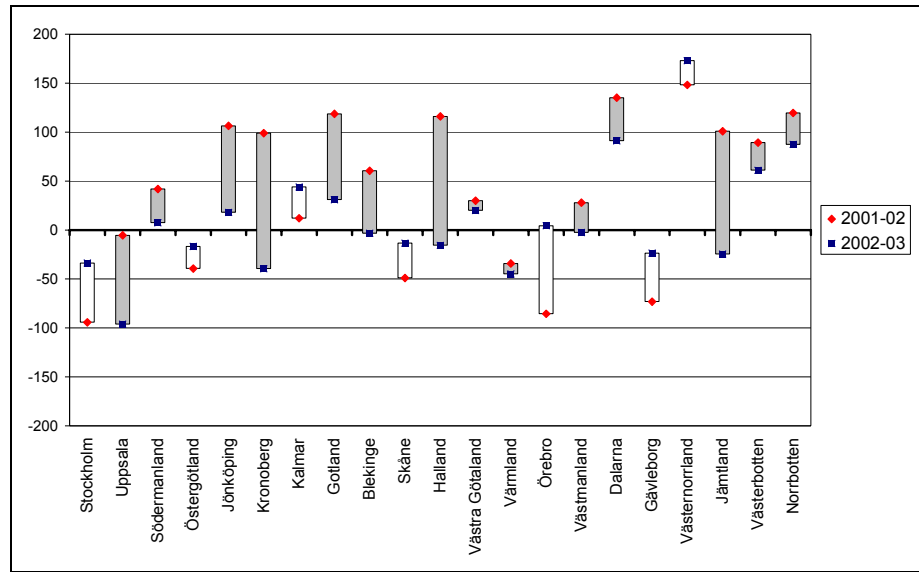


Diagram 10. Förändring av tillägg eller avdrag, enligt SCB 2001–2003. Förändrad kostnadsmatris 2002



## Bilaga Teknisk beskrivning

### Hantering av utflyttare och avlidna

Populationen som ingår i beräkningen av kostnadsmatriserna är de som bor i Region Skåne den 31 december 2000 samt de som avlidit under året. De som flyttat ut under året ingår således inte. Snittkostnaden för de som flyttade ut under året var 2 673 kronor per individ jämfört med 9 416 kr för de som bodde i regionen i slutet av året eller som avlidit under året.

Individer med negativ vårdkostnad sorterades bort (205 personer).

Vid beräkning av snittkostnaden för de vårdtunga ska de avlidna ingå i såväl täljaren som i nämnaren. Detta innebär att i den löpande uppdateringen ska de som ingår i vårdtung grupp samt de som avlidit och ingår i vårdtung grupp användas i antalsmatrisen.

När snittkostnaden för övrig befolkning tas fram ska kostnaderna för de avlidna ingå medan antalet avlidna inte ska tas med i nämnaren. Detta innebär att i de kombinationer av variabler där dödsrisken är hög kommer snittkostnaden också att vara relativt hög. De avlidnas kostnader ingår därmed i kostnadsmatrisen. När SCB hämtar in data om antalsmatrisen för de i övrig grupp används således enbart den existerande befolkningen den 31 december aktuellt år

### Variabeldefinition ej vårdtung befolkning

Nedan redovisas definitionen av de olika variablerna som ingår i modellen för ej vårdtung befolkning samt snittkostnad per person. Modellen består av knappt 800 variabelkombinationer som innehåller ett värde större än 0. Den genomsnittliga kostnaden per individ som ej är vårdtung uppgår till 6 086 kronor.

*Kön:*

1. Män
2. Kvinnor

*Ålder* baseras på åldern den 31 december, dvs. under året födda har ålder 0. Åldern är olika klassindelas för den vårdtunga respektive den ej vårdtunga gruppen.

*Civilstånd* har klassats i tre grupper:

1. Barn + gifta vuxna, vilket innebär samtliga personer under 18 år samt personer 18 år eller äldre som har registrerats som gift.
2. Tidigare gifta, vilket innebär änkor/änklingar och skilda.
3. Ogifta, vilket innebär ogifta personer 18 år och äldre.

*Sysselsättningsstatus* har också klassats i tre grupper:

1. Sysselsatta med kontrolluppgift samt personer yngre än 16 år.
2. Ej sysselsatta med kontrolluppgift.
3. Ej sysselsatta utan kontrolluppgift.

*Inkomst* är sammanräknad förvärvsinkomst för personer över 20 år. Medianinkomsten i riket var år 2000 161 544 kronor exklusive 0-inkomsttagare. I antalsmatrisen kodas barn upp till och med 15 år som nollinkomsttagare, även om de har en registrerad inkomst.

1. 0, nollinkomsttagare och barn.
2. 1–150 000, under median.
3. 150 001–, över median.

*Boendetyper* hämtas från fastighetsregistret:

- Småhus är alla med typkod < 300, dvs. inkluderar jordbruksfastigheter.
- Övriga är alla med typkod ≥ 300, i allmänhet flerbostadshus.

## Variabeldefinition vårdtung befolkning

Vårdtunga individer kostar i genomsnitt 75 267 kronor per individ. En person registreras som vårdtung om EpC har angivit någon av de åtta diagnosgrupperna:

Tabell 8. Definition av vårdtunga grupper enligt ICD9 och översättning till ICD10.

Grp	Benämning	ICD9	ICD10
1	Elakartad tumörsjukdom (ej vid obduktion)	140-208	C00-C97
2	Cerebrovaskulär sjukdom (stroke)	430-438	I60-I69,G45
3	Inflammatorisk ledsjukdom	274A, 696A, 710-712, 714, 725	M00-M03, M05-M11, M12.0, M31.5, M32- M34, M35.3
4	Artros	715	M15-M19
5	Ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt	410-413, 414, 425,428	I20-I25  I42 I50
6	Höftfraktur	820	S72.0, S72.1, S72.2
7	Schizofreni	295	F20-F21, F23.1- F23.2, F25
8	Övr psykosor	290-294, 296- 299	F00-F05  F06.0-F06.6 F06.8-F06.9 F09 F10.3-F10.9 F11.3-F11.8 F12.3-F12.9 F13.3-F13.9 F14.3-F14.9 F15.3-F15.9 F16.3-F16.9 F17.3-F17.9 F18.3-F18.9 F19.3-F19.9 F22 F23.0 F23.3-F23.9 F28-F34 F38-F39

Grp	Benämning	ICD9	ICD10
			F44.2 F44.8-F44.9 F53.1 F84

### Kostnadsmatriser

Matriserna baseras på kostnadsunderlag från Region Skåne år 2000.

Tabell 9. Genomsnittlig kostnad för vårdtunga grupper baserad på 2000 års kostnader i Region Skåne

Vårdning grupp	Kön	Ålder						Alla åldrar
		0-19	20-49	50-74	75-79	80-89	90-w	
Elakartad tumörsjukdom	Man	303 511	121 247	97 326	85 757	77 014	55 187	94 234
	Kvinna	311 424	97 112	97 373	91 137	76 920	53 934	93 730
Cerebrovaskulär sjukdom	Man	34 770	96 968	71 454	61 379	58 909	43 627	66 500
	Kvinna	234 067	103 400	76 860	60 859	54 593	44 694	63 087
Inflammatorisk ledsjukdom	Man	44 115	44 047	78 722	82 440	74 735	50 936	70 937
	Kvinna	49 960	67 510	75 760	74 231	69 619	53 330	71 195
Artros	Man	44 238	38 757	54 014	64 402	60 747	21 668	54 558
	Kvinna	33 523	46 605	53 224	63 865	54 147	41 024	54 963
Ischemisk hjärtsjukdom	Man	63 891	64 823	66 841	67 062	57 867	51 208	64 531
	Kvinna	112 583	85 604	64 508	61 433	53 444	41 544	58 534
Höftfraktur	Man	25 250	95 429	54 652	61 623	57 594	40 773	57 290
	Kvinna	22 743	77 311	60 518	55 053	50 207	46 000	52 121
Schizofreni	Man	256 117	230 582	155 857	81 694	75 437	75 437*	207 964
	Kvinna	30 370	207 234	176 668	113 673	91 136	91 136*	190 302
Övr psykoser	Man	105 351	97 892	85 212	80 543	60 851	44 679	87 586
	Kvinna	218 735	93 146	91 552	78 501	59 107	36 719	87 833
Genomsnittlig kostnad per ålder		154 442	105 421	78 612	70 483	60 457	45 732	75 267



Tabell 10. Genomsnittlig kostnad för ej vårdtunga baserad på 2000 års kostnader i Region Skåne, 0-inkomsttagare

Kön	Civiltstånd	Systemställning	Boende	Ålder											Alla åldrar
				0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	
Man	Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	10 973	5 674	3 604	3 407	3 964	1 214	578	703	1 935	709	4 554	
		Övriga	Småhus	12 569	6 468	4 131	3 862	3 363	1 566	0	2 023	100	5 617		
		Övriga	Småhus	1 731	0	557	3 993	11 115	3 862	0	0	0	0	0	
	Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	2 713	2 622	4 658	3 715	3 138	4 125	4 333	4 645	2 833	3 100		
		Övriga	Småhus	3 342	2 563	3 375	4 009	5 132	6 782	5 106	6 514	6 277	4 459		
		Övriga	Småhus	0	1 514	1 305	383	1 267	3 343	2 002	1 597	0	0		
	Kvinnor	Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	9 919	6 713	5 738	5 585	5 697	10 721	6 524	7 272	6 167		
			Övriga	Småhus	11 639	5 962	3 768	3 540	3 184	3 623	3 144	4 741	5 160	4 960	
			Övriga	Småhus	9 038	4 682	2 856	3 297	5 043	11 182	5 404	3 315	3 307	6 555	
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	430	0	1 516	1 352	325	7 161	0	314	1 028		
Övriga			Småhus	5 180	9 328	7 665	6 072	4 508	4 607	4 622	1 962	3 961			
Övriga			Småhus	5 849	10 534	9 481	8 581	7 440	6 724	7 435	7 016	6 686			
Kvinnor Totalt		Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	184	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	10 962	4 557	7 927	5 868	4 071	4 208	13 130	2 223	5 518		
	Övriga		Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621			
	Övriga		Småhus	953	1 061	1 475	355	0	4 088	2 857	1 515	0			
	Kvinnor Totalt	Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	2 017	2 046	1 383	32 543	2 586	5 009	0	0	0		
			Övriga	Småhus	547	5 646	2 622	3 398	4 066	0	0	0	0		
			Övriga	Småhus	5 183	3 315	3 150	6 159	3 663	3 711	14 442	19 134	4 372		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	5 931	6 702	6 791	7 108	7 283	4 258	7 375	5 690	5 306		
Övriga			Småhus	9 949	4 946	2 697	3 300	5 485	6 502	7 089	7 701	6 589			
Övriga			Småhus	10 810	5 468	3 391	3 422	4 294	5 095	5 140	6 169	5 839			
Kvinnor Totalt		Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	184	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	10 962	4 557	7 927	5 868	4 071	4 208	13 130	2 223	5 518		
	Övriga		Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621			
	Övriga		Småhus	953	1 061	1 475	355	0	4 088	2 857	1 515	0			
	Kvinnor Totalt	Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	2 017	2 046	1 383	32 543	2 586	5 009	0	0	0		
			Övriga	Småhus	547	5 646	2 622	3 398	4 066	0	0	0	0		
			Övriga	Småhus	5 183	3 315	3 150	6 159	3 663	3 711	14 442	19 134	4 372		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	5 931	6 702	6 791	7 108	7 283	4 258	7 375	5 690	5 306		
Övriga			Småhus	9 949	4 946	2 697	3 300	5 485	6 502	7 089	7 701	6 589			
Övriga			Småhus	10 810	5 468	3 391	3 422	4 294	5 095	5 140	6 169	5 839			
Kvinnor Totalt		Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	184	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	10 962	4 557	7 927	5 868	4 071	4 208	13 130	2 223	5 518		
	Övriga		Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621			
	Övriga		Småhus	953	1 061	1 475	355	0	4 088	2 857	1 515	0			
	Kvinnor Totalt	Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	2 017	2 046	1 383	32 543	2 586	5 009	0	0	0		
			Övriga	Småhus	547	5 646	2 622	3 398	4 066	0	0	0	0		
			Övriga	Småhus	5 183	3 315	3 150	6 159	3 663	3 711	14 442	19 134	4 372		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	5 931	6 702	6 791	7 108	7 283	4 258	7 375	5 690	5 306		
Övriga			Småhus	9 949	4 946	2 697	3 300	5 485	6 502	7 089	7 701	6 589			
Övriga			Småhus	10 810	5 468	3 391	3 422	4 294	5 095	5 140	6 169	5 839			
Kvinnor Totalt		Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	184	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	10 962	4 557	7 927	5 868	4 071	4 208	13 130	2 223	5 518		
	Övriga		Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621			
	Övriga		Småhus	953	1 061	1 475	355	0	4 088	2 857	1 515	0			
	Kvinnor Totalt	Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	2 017	2 046	1 383	32 543	2 586	5 009	0	0	0		
			Övriga	Småhus	547	5 646	2 622	3 398	4 066	0	0	0	0		
			Övriga	Småhus	5 183	3 315	3 150	6 159	3 663	3 711	14 442	19 134	4 372		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	5 931	6 702	6 791	7 108	7 283	4 258	7 375	5 690	5 306		
Övriga			Småhus	9 949	4 946	2 697	3 300	5 485	6 502	7 089	7 701	6 589			
Övriga			Småhus	10 810	5 468	3 391	3 422	4 294	5 095	5 140	6 169	5 839			
Kvinnor Totalt		Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	184	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	10 962	4 557	7 927	5 868	4 071	4 208	13 130	2 223	5 518		
	Övriga		Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621			
	Övriga		Småhus	953	1 061	1 475	355	0	4 088	2 857	1 515	0			
	Kvinnor Totalt	Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	2 017	2 046	1 383	32 543	2 586	5 009	0	0	0		
			Övriga	Småhus	547	5 646	2 622	3 398	4 066	0	0	0	0		
			Övriga	Småhus	5 183	3 315	3 150	6 159	3 663	3 711	14 442	19 134	4 372		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	5 931	6 702	6 791	7 108	7 283	4 258	7 375	5 690	5 306		
Övriga			Småhus	9 949	4 946	2 697	3 300	5 485	6 502	7 089	7 701	6 589			
Övriga			Småhus	10 810	5 468	3 391	3 422	4 294	5 095	5 140	6 169	5 839			
Kvinnor Totalt		Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	184	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	10 962	4 557	7 927	5 868	4 071	4 208	13 130	2 223	5 518		
	Övriga		Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621			
	Övriga		Småhus	953	1 061	1 475	355	0	4 088	2 857	1 515	0			
	Kvinnor Totalt	Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	2 017	2 046	1 383	32 543	2 586	5 009	0	0	0		
			Övriga	Småhus	547	5 646	2 622	3 398	4 066	0	0	0	0		
			Övriga	Småhus	5 183	3 315	3 150	6 159	3 663	3 711	14 442	19 134	4 372		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	5 931	6 702	6 791	7 108	7 283	4 258	7 375	5 690	5 306		
Övriga			Småhus	9 949	4 946	2 697	3 300	5 485	6 502	7 089	7 701	6 589			
Övriga			Småhus	10 810	5 468	3 391	3 422	4 294	5 095	5 140	6 169	5 839			
Kvinnor Totalt		Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621		
			Övriga	Småhus	184	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Tidigare gifta	Barn och förvärvsarbete	Småhus	10 962	4 557	7 927	5 868	4 071	4 208	13 130	2 223	5 518		
	Övriga		Småhus	11 175	18 148	10 256	9 265	8 873	7 543	5 296	4 277	5 621			
	Övriga		Småhus	953	1 061	1 475	355	0	4 088	2 857	1 515	0			
	Kvinnor Totalt	Gift-barn	Barn och förvärvsarbete	Småhus	2 017	2 046	1 383	32 543	2 586	5 009	0	0	0		
			Övriga	Småhus	547	5 646	2 622	3 398	4 066	0	0	0	0		
			Övriga	Småhus	5 183	3 315	3 150	6 159	3 66						



Tabell 12. Genomsnittlig kostnad för ej vårdfrunga baserad på 2000 års kostnader i Region Skåne, inkomst över median

Kön	Cytalind Gilt-barn	Systemållring Barn och förelärsarbets Ej förelärsarb med kontrollupp Övriga	Boende Småhus Övriga	Ålder											75- Ålprat					
				0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69		70-74				
Man	Tidigare gifta	Barn och förelärsarbets	4 013	1 259	3 014	2 831	3 101	4 480	5 704	7 338	12 516	3 807								
		Ej förelärsarb med kontrollupp	783		2 262	2 313	3 681	3 539	4 614	5 654	6 470	11 005	3 959							
		Övriga		284	6 446	4 454	12 393	8 181	8 319	8 103	12 971	0 064								
	Tidigare gifta	Barn och förelärsarbets		11 818	11 008	10 904	9 254	8 543	10 547	13 015	10 139									
		Ej förelärsarb med kontrollupp		0	2 884	9 162	11 890	8 909	8 536	11 750	14 300	11 408								
		Övriga		455	4 232	3 398	3 904	4 689	6 169	13 649	6 959	4 493								
	Ogifta	Barn och förelärsarbets		1 651	4 595	3 801	4 082	5 360	5 885	5 470	7 514	4 678								
		Ej förelärsarb med kontrollupp		15 146	3 770	4 690	12 590	13 381	9 465	13 807	12 356	11 221								
		Övriga					6 008	15 068	9 968	7 586	8 112	13 663	10 020							
	Kvinnor	Tidigare gifta	Barn och förelärsarbets	2 400	3 015	2 793	2 832	3 498	4 712	4 818	2 067	8 962	3 158							
Ej förelärsarb med kontrollupp			4 900	2 879	2 734	3 074	3 941	4 345	6 845	13 654	3 357	3 163								
Övriga				50	3 344	5 625	7 704	8 616	9 164	8 329	9 537	8 266	7 765							
Tidigare gifta		Barn och förelärsarbets	36 757	2 352	9 251	5 608	12 347	10 420	8 784	6 954	6 438	8 773								
		Ej förelärsarb med kontrollupp		0	3 807	6 197	12 664	14 910	15 720	9 566	9 841	10 040	11 695							
		Övriga		4 566	2 812	2 829	3 109	3 625	5 042	7 130	10 169	13 332	4 708							
Ogifta		Barn och förelärsarbets	5 996	13 410	11 412	6 324	4 897	5 508	5 633	19 643	7 093	5 626								
		Ej förelärsarb med kontrollupp	2 044	9 355	10 783	7 752	5 533	6 081	5 261	6 113	20 907	6 586								
		Övriga		7 769	11 714	9 011	12 892	10 255	6 697	7 618	14 900	8 895								
Kvinnor Totalt		Tidigare gifta	Barn och förelärsarbets	693		12 352	12 158	8 450	14 550	8 466	9 036	10 331	9 773							
	Ej förelärsarb med kontrollupp				18 116	10 916	7 721	8 328	7 750	6 276	10 710	6 442								
	Övriga				5 708	12 003	7 284	5 712	6 481	5 823	5 744	5 115	6 303							
	Tidigare gifta	Barn och förelärsarbets	10 070	7 859	7 797	6 400	6 770	6 485	13 943	8 656	6 782									
		Ej förelärsarb med kontrollupp		5 419	3 494	14 675	7 180	6 662	7 976	10 496	10 589	6 737								
		Övriga			27 657	11 305	8 113	12 725	7 466	7 876	13 446	9 440								
	Ogifta	Barn och förelärsarbets			2 837	22 852	15 364	11 163	8 345	8 666	10 517	9 644								
		Ej förelärsarb med kontrollupp			1 171	10 701	12 506	12 291	9 366	10 314	12 490	11 052								
		Övriga			694	7 703	8 821	6 859	4 765	6 265	6 079	6 960								
	Ogifta	Barn och förelärsarbets	12 880	6 354	5 912	6 810	5 900	6 078	6 552	4 125	8 038	6 148								
Ej förelärsarb med kontrollupp				0 439	9 231	9 816	6 803	12 424	4 232	7 210	11 912									
Övriga			1 815	5 170	33 389	12 675	5 779	7 424	5 841	9 514	10 332	9 845								
Kvinnor Totalt	Genomsnittlig kostnad per ålder		5 095	6 850	7 845	6 867	5 377	6 355	6 949	9 523	11 411	6 575								
		4 642	4 184	4 715	4 532	4 387	5 606	7 066	10 060	12 774	9 444									

# Genderanalys av kostnads- utjämnings delmodeller för äldreomsorg samt hälso- och sjukvård

Uta Betram, Socialdepartementet

## Genderanalys av utjämningsmodellen för äldreomsorg

### Sammanfattning

I kostnadsutjämnings delmodell för äldreomsorg har skillnaderna mellan nuvarande och föreslagna normkostnader mestadels ökat då det gäller fördelningen mellan gifta respektive ensamstående personer.

Både män och kvinnor får del av fler resurser som ensamstående än som gifta personer. Skillnaderna i resursfördelningen har dock minskat vid svår ohälsa men ökat vid måttliga och lätta ohälsotillstånd. En förklaring är här att kommunernas totala resurser har minskat och att kommunerna därför lägger en ökad andel av resurserna på de mest sjuka och de som inte har anhöriga.

Gifta mäns normkostnad i förhållande till gifta kvinnors normkostnad närmar sig i den nya beräkningsmodellen en mera jämlik fördelning vid svåra ohälsotillstånd. Vid måttliga och lätta ohälsotillstånd förefaller dock vid den kommunala behovsbedömningen fortfarande de gamla och traditionella skillnaderna slå igenom – dvs. att gifta män i större utsträckning än gifta kvinnor förutsätts kunna få frivillig vård av sin make och därför får mindre kommunala resurser. Detta mönster kvarstår trots att en första specialbearbetning av ULF-undersökningen år 2002 visar att närmare dubbelt så många kvinnor som män i befolkningen har hjälpbehov på grund av nedsatt hälsa.

Skillnaderna i ensamstående mäns normkostnad jämfört med ensamstående kvinnors normkostnad i den nya beräkningsmodellen har efter uppdateringen krympt i förhållande till situationen år 1994. Männen får dock fortfarande en större andel av resurserna än kvinnorna vid samma ohälsosituation.

Den uppdaterade beräkningsmodellen innebär således fortfarande att det underlag som utnyttjas för utjämningen fortfarande avspeglar en ojämlig fördelning av vårdresurserna mellan könen – fast i mindre utsträckning än det underlag som används i nuvarande modell. Detta förhållande binder dock inte upp biståndsbedömnarna i kommunerna. Deras beslut kan grundas helt på en individuell behovsbedömning.

Den ojämliga utjämningen mellan könen kan dock få negativ eller positiv betydelse för fördelningen av statsbidragen i sådana fall då enskilda kommuners fördelning mellan män och kvinnor i någon åldersgrupp avviker kraftigt från riksgenomsnittet

### **Nuvarande beräkningsmodell**

Fältundersökningen som genomfördes 1994 och som ligger till grund för nuvarande beräkningsmodell, resulterade i en för riksgenomsnittet betydligt lägre normkostnad för sammanboende/gifta män än för sammanboende/gifta kvinnor i samma ohälsogrupp. Avvikelse från denna generella trend förekom endast i åldersgruppen 65–74 år, vilket tyder på att kommunerna var mera generösa med sina biståndsbeslut till gifta män när hustrun fortfarande förvärvsarbetade, vilket förekommer främst inom den yngsta åldersgruppen män.

För gruppen övriga män och kvinnor, dvs. ensamboende personer, resulterade undersökningen i en för riksgenomsnittet betydligt högre normkostnad för män än för kvinnor i samma ohälsogrupp för de flesta åldersgrupper. Detta tyder på att kommunernas biståndsbeslut troligtvis inte enbart tog hänsyn till personernas fysiska status utan även till deras ”know how” inom området hemtjänst (service i hemmet och personlig omvårdnad). Traditionellt har denna kunskap legat mycket närmare kvinnornas än männens kunnande, speciellt när det gäller dessa äldre åldrar. För att möjliggöra jämförelse av normkostnaden mellan män och kvinnor år 1994 med år 2002 har normkostnaderna för år 2002 vägts samman till tioårsintervall. Observera att värden redovisas i löpande priser och

således inte kan jämföras mellan åren. Observera också att indelningen 1994 gällde samboende och ensamstående enligt folk- och bostadsräkningen (FoB), men att beräkningssystemet ändrades 2000 till att gälla indelningen i gifta och övriga, för att kunna få fram aktuell statistik. Denna förändring testades vid beslutstillfället och hade mycket begränsad påverkan på resultatet.

**Genomsnittliga normkostnader 1994.  
I löpande priser**

Svår ohälsa		65–74år	75–84 år	85–w år
Kvinnor	Samboende	20 874	76 300	278 981
	Ensamstående	58 222	128 185	221 722
Män	Samboende	21 815	50 045	151 973
	Ensamstående	110 009	170 907	226 657
<b>Måttlig ohälsa</b>				
Kvinnor	Samboende	906	7 025	58 874
	Ensamstående	6 342	19 149	68 271
Män	Samboende	878	2 896	22 029
	Ensamstående	11 705	35 995	104 053
<b>Lätt ohälsa</b>				
Kvinnor	Samboende	146	2 104	14 483
	Ensamstående	1 149	7 262	19 913
Män	Samboende	174	1 436	5 013
	Ensamstående	2 492	13 577	30 311
<b>Full hälsa</b>				
Kvinnor	Samboende	13	131	5 407
	Ensamstående	39	464	20 236
Män	Samboende	14	130	3 164
	Ensamstående	44	218	17 069

**Genomsnittliga normkostnader 2002.  
I löpande priser**

Svår ohälsa		65–74år	75–84 år	85–w år
Kvinnor	Gifta	27 483	99 518	176 383
	Övriga	92 479	159 177	270 551
Män	Gifta	38 383	115 497	121 375
	Övriga	116 182	198 507	262 640
<b>Måttlig ohälsa</b>				
Kvinnor	Gifta	1 246	7 566	104 463
	Övriga	11 673	38 136	176 736
Män	Gifta	708	6 541	40 214
	Övriga	16 026	37 054	122 699
<b>Full hälsa eller lätt ohälsa</b>				
Kvinnor	Gifta	241	1 977	34 770
	Övriga	2 690	13 111	78 793
Män	Gifta	93	1 580	22 227
	Övriga	3 314	11 335	76 127

Samhällsutvecklingen under de senaste årtionden har gått i riktning mot krav på större jämställdhet mellan könen. Samtidigt har kommunerna på grund av ökade besparingskrav tenderat att förutsätta anhöriginsatser i större utsträckning än tidigare år, när kommunala hemtjänstinsatser beviljas främst till gifta personer. För att kunna fånga in den senaste utvecklingen, har det varit angeläget för Utjämningskommittén att låta genomföra en ny fältundersökning. Avsikten är att koppla denna till aktuella ULF-resultat gällande hälsostatus för åldersgrupperna 65 år och äldre i totalbefolkningen. Syftet är att den befintliga samhällssituationen ska slå fullt igenom inom utjämningsystemet. Det i nuvarande beräkningsmodell använda resultatet härrör från ULF-undersökningen 1988/89.

Tyvärr så hinner den nya fördjupade ULF-hälsoundersökningen för åldrarna 85 år och äldre inte avsluta sitt arbete inom den tidsram som utjämningskommittén har till sitt förfogande innan dess betänkande skall överlämnas till regeringen. De normkostnadsberäkningar som presenteras i detta betänkande, är således endast baserade på fullständig aktuellt siffermaterial för åldersgrupperna 65 t o m 84 år. Resultat för personerna 85 år och äldre relateras fortfarande till ULF-undersökningen 1988/89 (gråfärgad sifferkolumn). Om regeringen beslutar i enlighet med utjämningskommitténs förslag att tillsätta ett mindre permanent organ med ansvar för en kontinuerlig uppföljning, kan ULF-materialet uppdateras om ca ett år då den för närvarande pågående ULF-undersökningens resultat förväntas bli klar.

I nedanstående tabeller redovisas resultat från fältundersökningen 1994 kopplat till ULF-undersökningen 1988/89, som ligger till grund för den befintliga beräkningsmodellens normkostnad och som jämförelse visas resultat från den nya fältundersökningen 2002 kopplad till resultat från senast publicerade ULF-undersökningar (1996–2000):

**Fältundersökningen 1994**

Normkostnader för äldreomsorgen per person  
givet ohälsogrupp, ålder, kön o samboende/ensamstående

**Samboende mäns normkostnad 1994**

i förhållande till samboende kvinnors normkostnad

i respektive ohälsogrupp/ålder beräknat som kvot

	65-74	75-84	85-w
Svår ohälsa	1,05	0,66	0,54
Måttlig ohälsa	0,97	0,41	0,37
Lätt ohälsa	1,19	0,68	0,35
Full hälsa	1,08	0,99	0,59

**Ensamstående mäns normkostnad 1994**

i förhållande till ensamstående kvinnors normkostnad

i respektive ohälsogrupp/ålder beräknat som kvot

	65-74	75-84	85-w
Svår ohälsa	1,89	1,33	1,02
Måttlig ohälsa	1,85	1,88	1,52
Lätt ohälsa	2,17	1,87	1,52
Full hälsa	1,13	0,47	0,84

**Fältundersökningen 2002**

Normkostnader för äldreomsorgen per person  
givet ohälsograd, ålder kön och civilstånd

(OBS! De gråfärgade åldersgrupperna är kopplade till  
ULF-undersökningen från 1986, således till ett icke  
aktuellt hälsotillstånd för denna åldersgrupp.)

**Gifta mäns normkostnad 2002**

i förhållande till gifta kvinnors normkostnad

i respektive ohälsogrupp/ålder beräknat som kvot

	65-74	75-84	85-w
Svår ohälsa	1,40	1,16	0,69
Måttlig ohälsa	0,57	0,86	0,38
Lätt ohälsa / full hälsa	0,38	0,80	0,64

**Övriga mäns normkostnad 2002**

i förhållande till övriga kvinnors normkostnad

i respektive ohälsogrupp/ålder beräknat som kvot

	65-74	75-84	85-w
Svår ohälsa	1,26	1,25	0,97
Måttlig ohälsa	1,37	0,97	0,69
Lätt ohälsa / full hälsa	1,23	0,86	0,97

I tabellen redovisas som jämförelse kvoten av normkostnaden för män dividerad med normkostnaden för kvinnor för respektive ohälsogrupp, ålder, kön och civilstånd. Ju närmare resultatet ligger till 1,0 desto större är likheten i fördelningen av resurserna mellan könen för personer i samma ohälsogrupp. Resultat över 1,0 visar att genomsnittlig fler resurser läggs på män, medan resultat under 1,0 beror på att genomsnittligt fler resurser läggs på kvinnor från kommunernas sida. Observera att de gråfärgade åldersgrupperna från fältundersökningen år 2002 inte visar en reell förändring mellan mättidpunkterna, då de fortfarande är relaterade till 1988/89 års ULF-resultat.



### **Gifta mäns normkostnad i förhållande till gifta kvinnors i den uppdaterade beräkningsmodellen**

År 2002 kan en viss förändring iakttas jämfört med situationen 1994 för åldersgrupperna 65–84 år. Normkostnaden är nu högre för gifta män med svår ohälsa än för gifta kvinnor med svår ohälsa. Speciellt hög är den för åldersgruppen 65–74 år. Detta tyder på att kommunen går in med hemtjänst när den oftast något yngre maken fortfarande förvärvsarbetar. När gifta kvinnor drabbas av svår ohälsa, läggs i genomsnitt inte lika stora kommunala resurser på dessa. En förklaring kan vara att maken oftast är äldre och förvärvsarbetar inte längre, vilket gör att kommunen i högre utsträckning förutsätter att maken utför hjälpinsatser.

För åldersgruppen 75-84 år med svår ohälsa ligger kvoten betydligt närmare jämviktspunkten, men fortfarande över 1,0 vilket visar att något fler resurser läggs på den gifte mannen om denne är drabbad. Detta tyder på att kommunala vårdbedömningar stödjer maken i sina vårdande insatser något mer än en vårdande make när svår ohälsa är orsak till kommunala hjälpinsatser. En förklaring skulle kunna vara att den vårdande makans hälsotillstånd i genomsnitt är något sämre än en vårdande makes. Detta antagande får stöd i resultatet som kan utläsas från den första delen av en nu pågående, men ännu ej offentligt publicerade ULF-undersökningen (här publiceras en av Socialstyrelsen beställd specialbearbetning). Tabellen visar att ungefär dubbelt så många kvinnor som män efter 65 års ålder anger att de på grund av ohälsa behöver hjälp med sina dagliga sysslor. Speciellt stora skillnader i hjälpbehovet mellan könen visar sig för åldrarna 65–85 år.

Resultat från en första specialbearbetning av de första två kvartalens resultat från ULF-undersökningen 2002:

ULF-intervjuernas resultat omräknat till totalbefolkningen efter åldersgrupp och kön avseende om de intervjuade på grund av ohälsa har uppgivit att de har behov av hjälp med sina dagliga sysslor

Ålders- grupp	Män			Kvinnor			Summa		
	Antal i totalbefolk- ningen	Antal med behov av hjälp	Procent av totalbef.	Antal i totalbefolk- ningen	Antal med behov av hjälp	Procent av totalbef.	Antal i totalbefolk- ningen	Antal med behov av hjälp	Procent av totalbef.
65-69	182 444	11 717	6,4	197 833	24 224	12,2	380 277	35 941	9,5
70-74	163 356	14 851	9,1	195 071	40 559	20,8	358 427	55 410	15,5
75-79	141 846	27 996	19,7	187 298	64 981	34,7	329 144	92 977	28,2
80-84	100 397	25 099	25,0	156 089	68 753	44,0	256 486	93 853	36,6
85-89	47 005	25 639	54,5	93 730	59 546	63,5	140 735	85 185	60,5
90-94	14 888	11 166	75,0	39 892	33 908	85,0	54 780	45 075	82,3
95-110	2 372	2 372	100,0	9 839	9 839	100,0	12 211	12 211	100,0
<b>Summa</b>	<b>652 308</b>	<b>118 840</b>	<b>18,2</b>	<b>879 751</b>	<b>301 811</b>	<b>34,3</b>	<b>1 532 060</b>	<b>420 651</b>	<b>27,5</b>

Normkostnaden *vid måttlig ohälsa* är enligt fältundersökningen år 2002 betydligt högre för gifta kvinnor än för gifta män för de två yngre åldersgrupperna (65–74 resp. 75–84 år). Skillnaden är ungefär av samma storleksordning som den var 1994. Denna högre normkostnad för de gifta kvinnorna tyder på att kommunerna även år 2002 tycks förlita sig mera på att en hustru kan klara situationen med lägre eller utan kommunala insatser vid en makes måttliga ohälsotillstånd, än när en gift kvinna är drabbad av måttlig ohälsa och en make förväntas stödja sin hustru. Här slår således inte igenom att kvinnornas hälsa och rörlighet i allmänhet är oftare nedsatt än männens.

Vid skillnaderna av normkostnaden *vid lätt ohälsa/full hälsa* till gifta män respektive gifta kvinnor visar fältundersökningen 2002 en större ojämlikhet i fördelningen av resurserna mellan gifta kvinnor och män än i fältundersökningen 1994. Giftna kvinnor förutsätts år 2002 i större utsträckning än gifta män klara situationen med en sjuklig make med mindre kommunal hjälp eller utan kommunal hjälp trots att det statistiskt sett förekommer oftare att en man med nedsatt hälsa är gift med en kvinna med nedsatt hälsa än tvärtom.

### Övriga/ensamstående mäns normkostnad i förhållande till övriga/ensamstående kvinnors i den uppdaterade beräkningsmodellen

År 2002 ligger normkostnaden för åldersgrupperna 65–84 år till ensamstående män med *svår ohälsa* betydligt närmare balanspunkten än vad den gjorde 1994. Den ligger dock fortfarande 25 procent över 1,0, vilket tyder på att ensamstående män får kommunala hjälpinsatser i större utsträckning än ensamstående kvinnor med svår ohälsa. Skillnaden har dock krympt i förhållande till situationen 1994.

Inom gruppen personer med *måttlig ohälsa* ligger normkostnaden år 2002 över 30 procent högre för ensamstående män i åldern 65–74 år än för kvinnor i samma åldersgrupp. Inom gruppen 75–84 år fördelas resurserna ungefär lika mellan könen. I jämförelse med fördelningen av resurserna år 1994 har skillnaden krympt avsevärt.

Vid *lätt ohälsa/full hälsa* är resurserna fördelade till förmån för ensamstående män i den yngsta åldersgruppen (20 %) och till förmån för ensamstående kvinnor (15 %) i gruppen 75–84 år. Detta kan vara en slump då det underliggande materialet från fältundersökningen för denna ohälsogrupp är mycket begränsat. I jämförelse med år 1994 innebär det dock att resursernas fördelning inte längre ensidigt gynnar ensamstående män.

### Skillnaden i resursfördelningen mellan gifta respektive ensamstående personer i den uppdaterade beräkningsmodellen

Vid *svår ohälsa* har skillnaden i resursfördelningen krympt jämfört med år 1994 och numera är skillnaden ungefär lika stor mellan ensamstående och gifta män och kvinnor. För *kvinnor* är resursfördelningen år 2002 mellan 2 till 3 gånger större för ensamstående än för gifta. För *männen* är normkostnaden också mellan två till tre gånger större för ensamstående än för gifta.

Vid *måttlig ohälsa* har skillnaden i resursfördelningen *ökat* jämfört med år 1994, både mellan män och kvinnor. För kvinnor är resursfördelningen år 2002 mellan 5–9 gånger större för ensamstående än för gifta. För *män* är den år 2002 mellan 6–23 gånger större för ensamstående än för gifta.

Vid *lätt ohälsa/full hälsa* har skillnaden i resursfördelningen *ökat* jämfört med år 1994 för både män och kvinnor. För *kvinnor* är resursfördelningen år 2002 mellan 7–11 gånger större för ensamstående än för gifta. För *män* är den år 2002 mellan 7–36 gånger större för ensamstående än för gifta.

### Skillnader i resursfördelningen mellan samboende/gifta och ensamstående personer

1994				2002			
	<u>65-74</u>	<u>75-84</u>	<u>85-w</u>		<u>65-74</u>	<u>75-84</u>	<u>85-w</u>
<b>Svår ohälsa</b> , ensamstående i förhållande till samboende/gifta				<b>Svår ohälsa</b> , Övriga i förhållande till gifta			
kvinnor	3	2	1	kvinnor	3	2	2
män	5	3	1	män	3	2	2
<b>Måttlig ohälsa</b> , ensamstående i förhållande till samboende/gifta				<b>Måttlig ohälsa</b> , Övriga i förhållande till gifta			
kvinnor	7	3	1	kvinnor	9	5	5
män	13	12	5	män	23	6	6
<b>Lätt ohälsa</b> , ensamstående i förhållande till samboende/gifta				<b>Lätt ohälsa/full hälsa</b> , övriga i förhållande till gifta			
kvinnor	8	3	1	kvinnor	11	7	2
män	14	9	6	män	36	7	3
<b>Full hälsa</b> , ensamstående i förhållande till samboende/gifta							
kvinnor	3	4	4				
män	3	2	5				

### Utjämningsystemets påverkan på kommunernas biståndsbedömningar

Utjämningsystemets ojämlika fördelning av normkostnaden mellan könen påverkar inte kommunernas möjligheter att genomföra en fullständig fri och endast av det individuella behovet ledd fördelning av biståndsinsatserna, då biståndsbedömningen i kommunerna inte är uppbyggnad av utjämningsmodellens utformning.

### **Utjämningsystemets påverkan av utjämningen av statsbidragen**

Den ojämlika fördelningen av normkostnaderna mellan könen påverkar i allmänhet inte utjämningen av kostnaderna mellan kommunerna så länge kommunernas andel män och kvinnor i varje åldersgrupp motsvarar riksgenomsnittet. Den kan dock få antingen negativ eller positiv betydelse i sådana fall då enskilda kommuners fördelning mellan män och kvinnor i någon åldersgrupp avviker kraftigt från riksgenomsnittet.

### **Genderanalys – Skillnader i de genomsnittliga kostnaderna för män respektive för kvinnor i hälso- och sjukvårdsmodellen**

Skillnaden mellan den genomsnittliga kostnadsnivån för män och för kvinnor har jämnats ut för de vårdtunga diagnosgrupperna och närmar sig en jämviktskostnad. Den högsta skillnaden i den för år 2000 uppdaterade beräkningen utgör tio procent i jämförelse med 30 procent år 1998.

Skillnaden mellan den genomsnittliga kostnadsnivån för män och kvinnor för ej vårdtunga grupper har krympt totalt sett. I de äldsta åldrarna syns dock en ökande kostnadsskillnad mellan män och kvinnor bland personer med inkomster under och över median och en kraftigt minskande kostnadsskillnad mellan män och kvinnor bland 0-inkomsttagare.

### **Modellen för de vårdtunga diagnosgrupperna**

Den nuvarande beräkningsmodellen för den vårdtunga delmodellen uppvisade skillnader i den genomsnittliga kostnaden för de olika diagnosgrupperna som till övervägande del – i sex av åtta fall – var högre för män (upp till 30 procent) än för kvinnorna i respektive diagnosgrupp.

Efter uppdatering av kostnadsmatrisen till nivån för år 2000 och rättelse av vissa fel har skillnaderna krympt avsevärt. Fyra diagnosgrupper uppvisar numera i princip samma genomsnittliga kostnader för män som för kvinnor och för fyra av diagnosgrupperna är

kostnaderna för män högst tio procent högre än för kvinnorna – en variation som är betydligt mindre uppseendeväckande än tidigare.

Vårdtunga diagnosgrupper	Kön	Genomsnittskostnad		Kostnaden för män i förhållande till kostnaden för kvinnor, kvot	
		1997–99	2000	1997–99	2000
1. Elakartad tumörsjukdom	Män	78 904	94 234	1,14	1,01
	Kvinnor	69 155	93 730		
2. Cerebrovaskulär sjukdom (stroke)	Män	61 286	66 500	1,11	1,05
	Kvinnor	55 183	63 087		
3. Inflammatorisk ledsjukdom	Män	56 982	70 937	0,93	1,00
	Kvinnor	61 477	71 195		
4. Artros	Män	49 212	54 558	1,04	0,99
	Kvinnor	47 109	54 963		
5. Ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt	Män	58 643	64 531	1,10	1,10
	Kvinnor	53 520	58 534		
6. Höftfraktur	Män	53 170	57 290	1,29	1,10
	Kvinnor	41 070	52 121		
7. Schizofreni	Män	193 795	207 964	1,22	1,09
	Kvinnor	159 093	190 302		
8. Övriga psykosor	Män	81 836	87 586	0,90	1,00
	Kvinnor	90 595	87 833		

### Modellen för genomsnittlig kostnad för ej vårdtunga

Beräkningsmodellen för ej vårdtunga grupper uppvisar inga större förändringar mellan åren 1998 och år 2000 när det gäller skillnader i genomsnittskostnad för män och för kvinnor. Befintliga skillnader har dock krympt något mellan åren när det gäller genomsnittssiffror för samtliga åldrar.

För 0-inkomsttagare är den genomsnittliga kostnaden nästan lika för män och kvinnor. Detta beror framförallt på att nästan 96 procent av de i denna grupp ingående personerna (27 procent av samtliga) är under 20 år. I dessa åldrar har pojkar högre sjukvårdskostnader upp till 15 år och flickor högre sjukvårdskostnader mellan 15 och 19 år. Skillnaderna i sjukvårdsbehovet för dessa åldrar är allmänt kända och baserade på verifierade behov men

jämnar ut sig i totalen. Skillnaderna från de yngre åldrarna är så dominerande att de överskuggar skillnaderna i den vuxna befolkningen. Det åldersfördelade materialet visar dock att männen i 1998 års beräkningar i genomsnitt hade betydligt lägre sjukvårdskostnader än kvinnorna upp till 60-års åldern men i de äldre åldrarna nästan 50 procents högre kostnader än kvinnorna. Denna skillnad har dock jämnats ut kraftigt i beräkningarna för år 2000 och genomsnittskostnaden är nu nästan lika stor för bägge könen.

För personer med *inkomst under medianen* respektive med *inkomst över medianen* är den genomsnittliga sjukvårdskostnaden betydligt lägre för män än för kvinnor. Skillnaden utgör 20 procent för personer med inkomst under medianen och 30 procent för personer med inkomst över medianen. Skillnaden mellan inkomstgrupperna kan med all sannolikhet förklaras av skillnader i livsstil, utbildningsnivåer och skillnader i arbetsmiljön. De mest slitsamma jobben är oftast de lägre betalda.

Skillnaden mellan könen kan framförallt bero på att det finns så många fler kvinnor än män i de högsta åldrarna, där sjukvårdskostnaderna är så mycket högre. Men också för yngre vuxna är det generellt belagt att kvinnornas sjukvårdsbehov är högre än männens (kvinnors barnafödande mm), vilket återspeglas i tabellen med åldersfördelade data.

2000 års beräkningar visar i jämförelse med 1998 års att den genomsnittliga kostnaden för män i de äldsta åldrarna i inkomstgrupperna under respektive över median har ökat i jämförelse med kvinnornas i samma inkomstgrupp och är nu högre. Denna utveckling går tvärt emot utvecklingen i gruppen 0-inkomsttagare.

Ej vårdtunga grupper	Kön	Genomnittskostnad		Kostnaden för män som andel av kostn. för kvinnor, kvot	
		1997-99	2000	1997-99	2000
0-inkomstagare	Män	4 561	4 736	1,03	1,00
	Kvinnor	4 414	4 742		
Personer med inkomst under median	Män	5 729	6 765	0,78	0,82
	Kvinnor	7 318	8 217		
Personer med inkomst över median	Män	3 913	4 708	0,68	0,72
	Kvinnor	5 755	6 575		



Ej vårdnings grupper Samsviftning kostnad för olika åldrar	Kön	Ålder												
		0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74	75-*
<i>0-inkomstgrupper</i>														
1998	Män	11 251	6 589	4 076	3 165	3 192	3 250	2 904	4 111	5 287	4 623	6 948	7 117	9 008
	Kvinnor	19 074	5 603	3 337	2 946	5 043	5 991	6 127	6 836	6 479	5 195	4 843	4 664	6 392
	Kvot, kostn f män som andel av kostn f kvinnor	1,12	1,18	1,22	1,07	0,63	0,54	0,47	0,60	0,82	0,89	1,43	1,53	1,41
2000	Män	11 639	5 962	3 768	3 540	3 184	3 623	3 144	4 741	5 150	4 960	5 588	6 317	5 595
	Kvinnor	19 810	5 468	3 391	3 422	4 234	5 066	5 140	6 169	5 839	5 309	5 894	6 100	5 535
	Kvot, kostn f män som andel av kostn f kvinnor	1,08	1,09	1,11	1,03	0,74	0,72	0,61	0,77	0,88	0,93	0,95	1,04	1,01
<i>Personer med lokalförbruk</i>														
1998	Män	0	6 965	4 972	4 023	3 665	2 497	3 122	4 691	6 466	6 841	6 921	8 685	9 671
	Kvinnor	0	4 891	3 630	3 162	5 271	5 297	6 690	7 091	6 994	8 005	7 383	7 981	9 542
	Kvot, kostn f män som andel av kostn f kvinnor	-	1,41	1,37	1,27	0,68	0,47	0,47	0,66	0,92	0,85	0,94	1,09	1,01
2000	Män	-	-	-	-	3 163	3 161	4 768	6 486	7 917	7 809	8 521	9 667	11 436
	Kvinnor	-	-	-	-	5 470	5 972	8 458	7 950	8 031	8 542	8 334	9 044	10 232
	Kvot, kostn f män som andel av kostn f kvinnor	-	-	-	-	0,58	0,53	0,56	0,82	0,99	0,91	1,02	1,07	1,12
<i>Personer med lokalförbruk</i>														
1998	Män	-	-	0	1 615	458	2 470	2 533	2 712	3 137	4 164	6 420	8 348	10 717
	Kvinnor	-	-	0	8 151	0	5 911	6 324	6 224	4 741	5 504	6 194	8 573	11 181
	Kvot, kostn f män som andel av kostn f kvinnor	-	-	-	0,20	-	0,42	0,40	0,44	0,66	0,76	1,04	0,97	0,96
2000	Män	-	-	-	-	4 566	2 912	2 829	3 109	3 625	5 042	7 130	10 189	13 332
	Kvinnor	-	-	-	-	5 085	6 850	7 845	6 867	5 377	6 355	6 949	9 523	11 411
	Kvot, kostn f män som andel av kostn f kvinnor	-	-	-	-	0,90	0,43	0,36	0,45	0,67	0,79	1,03	1,07	1,17