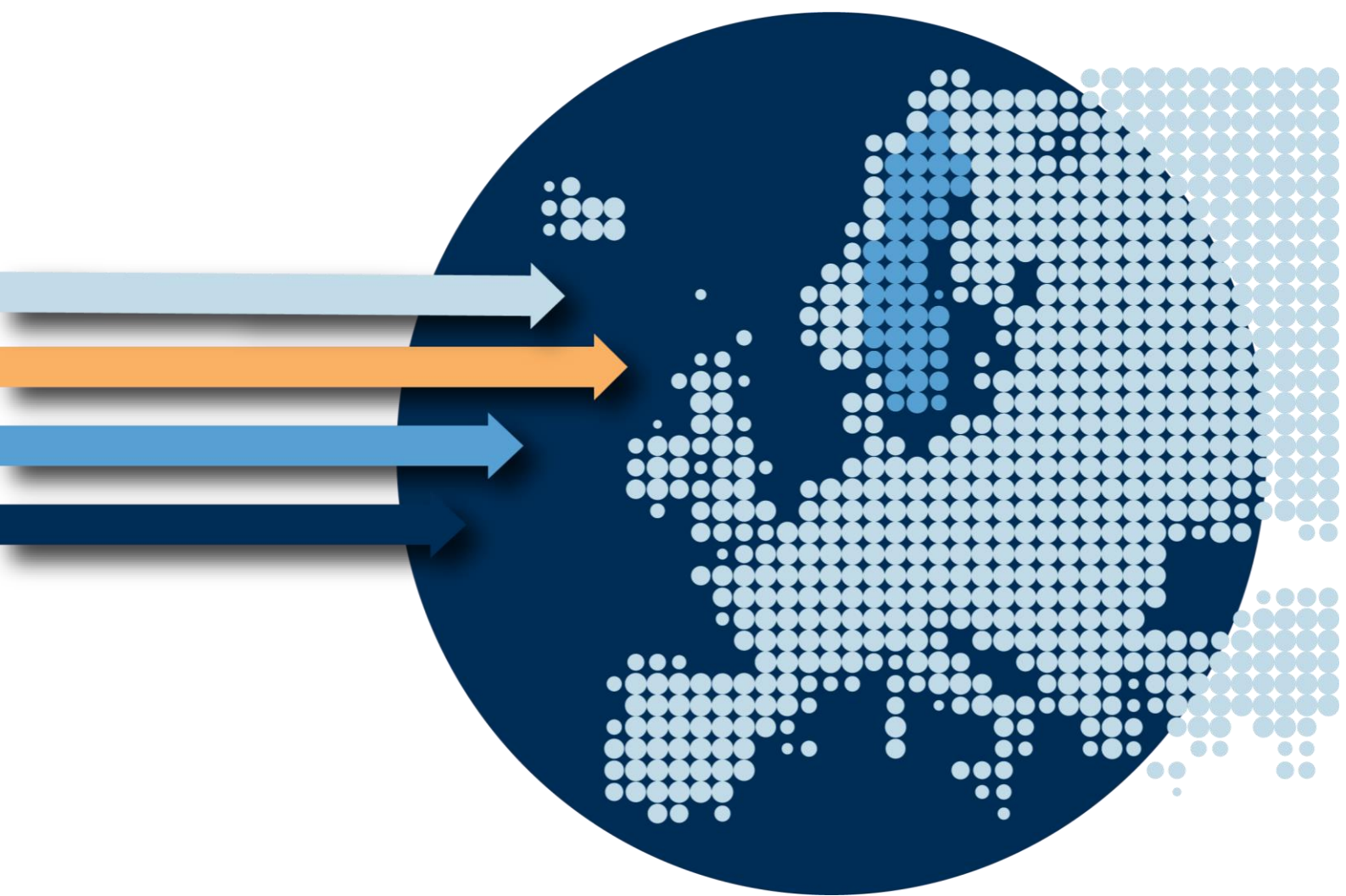


Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige



Katarina Gralén
Frida Hjalte
Ulf Persson



IHE RAPPORT
2019:5

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSUTGIFTERNAS UTVECKLING I SVERIGE

Katarina Gralén
Frida Hjalte
Ulf Persson

IHE – Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi

Citera rapporten som:

Gralén K, Hjalte F & Persson U. Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige. IHE Rapport 2019:5, IHE: Lund.

Denna rapport har finansierats av Bengt Jönssons stiftelse för hälsoekonomisk forskning

IHE RAPPORT 2019:5

e-ISSN: 1651-8179

Rapporten kan laddas ner från IHE:s hemsida



www.ihe.se | ihe@ihe.se

Sammanfattning

Utvecklingen av hälso- och sjukvårdens utgifter är en ständigt aktuell fråga. Redan 1981 publicerade IHE en rapport om sjukvårdskostnadernas utveckling och bestämningsfaktorer, och nu snart 40 år senare presenteras en ny rapport. Syftet med denna rapport är att beskriva utvecklingen av hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige över tid, samt kompletterande statistik som kan bidra till förklaringar av förändringarna. I rapporten presenteras också jämförande statistik för ett antal andra länder. Majoriteten av statistiken är hämtad från SCB:s hälsoräkenskaper och OECD.

Utgifterna för hälso- och sjukvård motsvarade 505 miljarder kronor år 2017. Över tid har hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP i Sverige ökat från 5,5 procent år 1970 till 11,0 procent år 2018. Antalet sysselsatta läkare och sjuksköterskor har också ökat, medan antalet vårdplatser har sjunkit markant sedan 1970. I jämförelse med andra länder utgör hälso- och sjukvården en relativt hög andel av BNP i Sverige, medan både Frankrike och Tyskland ligger något högre. Sverige har också relativt många läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare jämfört med andra länder, medan Sverige har relativt få vårdplatser per invånare och ett lågt genomsnittligt antal vård dagar vid sjukhusvistelse.

Det är viktigt att förstå orsakerna bakom ökningen av hälso- och sjukvårdsutgifterna, eftersom det annars kan leda till ineffektiva åtgärder och i förlängningen ojämlik tillgång till hälso- och sjukvård. Genomgången av den långsiktiga utvecklingen av hälso- och sjukvårdsutgifterna visar att utgiftsökningen mer kan förklaras av ökningarna i befolkningens storlek än av att åldersstrukturen har ändrats. En annan förklaring till ökningarna är förändringar i de relativa priserna, det som kallas Baumol-effekten. Ökningen av det relativa priset på sjukvård beror på att produktivitetsutvecklingen är snabbare i de varuproducerande sektorerna än inom tjänstesektorer som utbildning och sjukvård. Det gör att kostnaden per besök och vårdtillfälle ökar. Denna ökade kostnad måste finansieras, även om innehållet ändras och resultatet förbättras, vilket ställer krav på prioriteringar baserade på en avvägning mellan kostnad och värde.

Frågan om utgiftsökningarna inom hälso- och sjukvård är idag både aktuell och viktig eftersom landsting/regioner och kommuner, som tillsammans finansierar 82 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna, i flera fall fått försämrat resultat och i några fall underskott. Samtidigt fortsätter behov och efterfrågan på hälso- och sjukvård att öka.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Förord.....	5
1. Inledning.....	6
2. Metod.....	7
3. Utgifter för hälso- och sjukvården.....	8
3.1 Utgiftskategorier för hälso- och sjukvård.....	10
3.1.1 Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster	11
3.1.2 Äldre och personer med funktionsnedsättning	13
3.1.3 Medicinska varor inklusive läkemedel till öppenvårdspatienter	14
3.2 Finansiärer inom hälso- och sjukvården.....	16
3.3 Hälso- och sjukvårdens andel av BNP	18
4. Beskrivande statistik och analys av hälso- och sjukvårdsutgifternas ökning	21
4.1 Andel äldre i befolkningen.....	22
4.2 Läkemedel	25
4.3 Sysselsatta i sjukvården.....	27
4.4 Vårdplatser vid sjukhus	29
4.5 Kostnad per vårdtillfälle.....	30
5. Internationell jämförelse.....	32
5.1 Hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP i Europa och USA.....	32
5.2 Sysselsatta i hälso- och sjukvården	35
5.2.1 Läkare	35
5.2.2 Sjuksköterskor	36
5.3 Vårdplatser på sjukhus	37
5.4 Sambandet mellan sjukvårdsutgifter och BNP/BNI per capita	38
6. Slutsatser och diskussion.....	41
Referenser	44
Bilagor 1-7	46

Bilaga 1: Häls- och sjukvårdens utgifter i löpande priser.....	47
Bilaga 2: Index för häls- och sjukvård.....	48
Bilaga 3: Häls- och sjukvårdens utgifter i 2017-års prisnivå	49
Bilaga 4: Finansiärer av häls- och sjukvården i löpande priser	50
Bilaga 5: Finansiärer av häls- och sjukvården i 2017-års prisnivå.....	51
Bilaga 6: Beräkning av ålderseffekt för häls- och sjukvård (offentligt finansierad välfärdskonsumtion).....	52
Bilaga 7. Beräkning av ålderseffekt inklusive kostnad för äldre och funktionsnedsatta för häls- och sjukvård (offentligt finansierad välfärdskonsumtion).....	53

Förord

Hälso- och sjukvårdssektorn i Sverige och andra länder står inför nya utmaningar och dess utgifter ökar. Samtidigt medför den tekniska och medicinska utvecklingen att fler sjukdomar kan behandlas och även botas.

I denna rapport redovisas hur utgifterna för hälso- och sjukvård har utvecklats i Sverige över tid, samt bakomliggande statistik som kan bidra till en förståelse till utvecklingen. Dessutom ingår en jämförelse med ett antal andra länder.

Hälso- och sjukvårdssektorns ökade utgifter samt ökande andel av BNP är en ständigt aktuell fråga. IHE publicerade år 1981 rapporten ”Sjukvårdskostnadernas utveckling och bestämningsfaktorer” av Bengt Jönsson (1), och när nu IHE fyller 40 år så publicerar vi en rapport som undersöker dagens situation.

Vi vill tacka Bengt Jönsson för värdefulla kommentarer på rapporten och Gunnar Brådvik för bidrag till statistiksammanställning och avsnittet om inkomstelasticitet.

Lund i augusti 2019

Peter Lindgren

VD, IHE

1. Inledning

Utgifterna för hälso- och sjukvård uppgick år 2017 till 505 miljarder kronor, vilket motsvarar 11 procent av Sveriges bruttonationalprodukt (BNP). SKL konstaterar att välfärdsbehoven generellt ökar, bland annat till följd av en kraftigt ökande befolkning och en förändrad åldersstruktur i befolkningen (2). Bland regionernas utmaningar nämns rekryteringsbehov, kostnadsutveckling och finansieringsgapet mellan sektorns tillgängliga resurser och kommuners och regioners åtaganden. Därmed finns behov av besparingar och effektiviseringar de närmaste åren för att möta de ökade behoven och den förväntade lägre ökningen av skatteinkomsterna.

Frågor kring vad som driver kostnadsutvecklingen, vad som kan göras för att minska kostnaderna och förbättra vården är därför centrala för sjukvårdspolitiken. Svaren på dessa frågor är avgörande för hur mycket vi kan och vill öka de offentliga utgifterna för sjukvården, och vad medborgarna får för de pengar som fördelas till verksamheten. Men frågorna har inga enkla svar bland annat därför att verksamhetens innehåll hela tiden förändras, både som en följd av utvecklingen inom sektorn, t.ex. den medicinska kunskapen och metoderna, och förändringar utanför sektorn som utvecklingen av informations- och kommunikationsteknologi och internationalisering av sjukvårdens marknader.

IHE publicerade år 1981 rapporten ”Sjukvårdskostnadernas utveckling och bestämningsfaktorer” av Bengt Jönsson med syftet att undersöka hur sjukvårdskostnaderna utvecklats under 1970-talet och analysera möjliga orsaker till sjukvårdskostnadernas ökning [1]. Rapporten bidrog även med en, med facit i hand, realistisk prognos över hur utvecklingen av sjukvårdskostnaderna i förhållande till BNP skulle se sig fram till år 2000.

Syftet med denna rapport är att beskriva hur utgifterna för hälso- och sjukvård har utvecklats i Sverige över en längre tid, samt att presentera statistik om till exempel antal läkare och vårdplatser som kan bidra med förståelse för utvecklingen. Dessutom beskrivs situationen översiktligt för ett antal andra länder för att sätta Sverige i ett perspektiv. Denna beskrivning används för att redovisa och kommentera några slutsatser om vad vi lärt under de drygt 40 år som hälsoekonomer samlat in och studerat data över sjukvårdsutgifterna

Rapporten inkluderar utgifter för hälso- och sjukvård i Sverige såsom de redovisas i SCB:s hälso-räkenskaper. Dessa fokuserar på utvecklingen av olika typer av utgifter och hur utgifterna finansieras. En parallell IHE-rapport ”Samhällets kostnader för sjukdomar år 2017” beskriver hälso- och sjukvårdskostnader ur ett bredare samhällsperspektiv och inkluderar även de indirekta kostnaderna i form av produktionsbortfall, fördelat på olika sjukdomsgrupper.

2. Metod

Hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige 2001-2017 som redovisas i denna rapport baseras på publicerad statistik från SCB:s hälsoräkenskaper (3). Hälsoräkenskaperna är en kombination av data från nationalräkenskaperna och uppgifter från kommuners och landstings räkenskapssammandrag. Det innebär att hälso- och sjukvårdsutgifterna kan beräknas och redovisas på mer detaljerad nivå än nationalräkenskaperna. Hälsoräkenskaperna omfattar Sveriges totala utgifter för hälso- och sjukvård, det vill säga det inhemska användandet av medicinska varor och tjänster samt sjukvårdsproducenternas investeringar. Beräkningarna för hälsoräkenskaperna följer de internationella riktlinjer som OECD, WHO och EU fastställer i manualen ”A System of Health Accounts, SHA 2011” (4).

SCB anger hälsoräkenskaperna i löpande priser, och har därför i denna rapport räknats om till fasta priser i 2017-års prisnivå med hjälp av SCB:s konsumtionsprisindex 2017 för huvudgruppen hälso- och sjukvård (5). SCB redovisar hälsoräkenskaperna för åren 2001–2017, medan data för tidigare år inte redovisas. Data för åren 2001–2010 är dock inte helt jämförbara med åren 2011–2017, eftersom det finns ett tidsseriebrott för området hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning till följd av att SHA-manualen ändrades 2011. Utgiftskategorin omsorg för äldre och för personer med funktionsnedsättning som före 2011 endast omfattade den medicinska delen (det vill säga motsvarar den vård som personer mottar enligt svensk hälso- och sjukvårdslag) utvidgades då till att även omfatta omvårdnadsdelen (ADL, Aktiviteter i Dagligt Liv), exempelvis födointag, toalettbesök och hygien.¹ (6).

Övrig beskrivande data hämtas framför allt från SCB, OECD och Socialstyrelsen. Möjligheten att jämföra data mellan länder påverkas av faktorer som hur respektive land utformar sin sjukvård och vilken data som är tillgänglig i respektive land. I denna rapport anges de definitioner som respektive källa anger.

Data redovisas för så långa tidsserier som är möjligt. Eftersom det finns olika källor för data så skiljer sig därför de redovisade tidsintervallen åt.

¹ Servicedelen (iADL, instrumentella Aktiviteter i Dagligt Liv), exempelvis matlagning, inköp och städning, redovisas utanför hälso- och sjukvårdsbegreppet (6).

3. Utgifter för hälso- och sjukvården

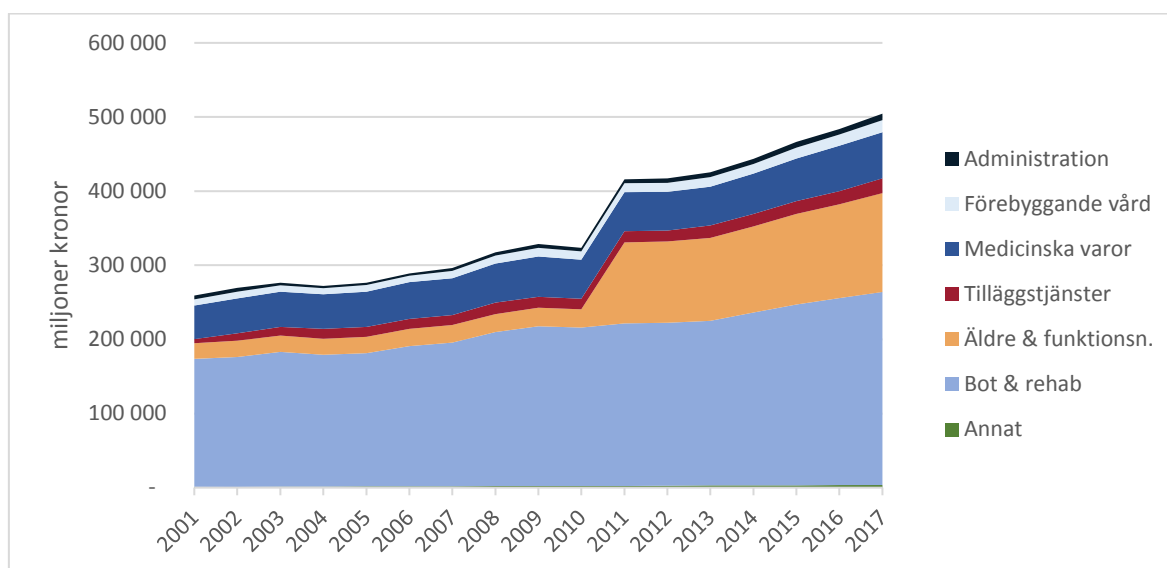
Utgifterna för hälso- och sjukvård i SCB:s hälsoräkenskaper (3) är uppdelad i följande delkategorier i linje med det internationella systemet ”A System of Health Accounts, SHA 2011”(4):

- Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster
- Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning
- Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter
- Tilläggstjänster inom sjukvården
- Förebyggande vård
- Administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar
- Andra hälso- och sjukvårdsändamål

I Figur 1 och 2, samt Bilaga 1 och 3 redovisas hälso- och sjukvårdsutgifterna för perioden 2001–2017.

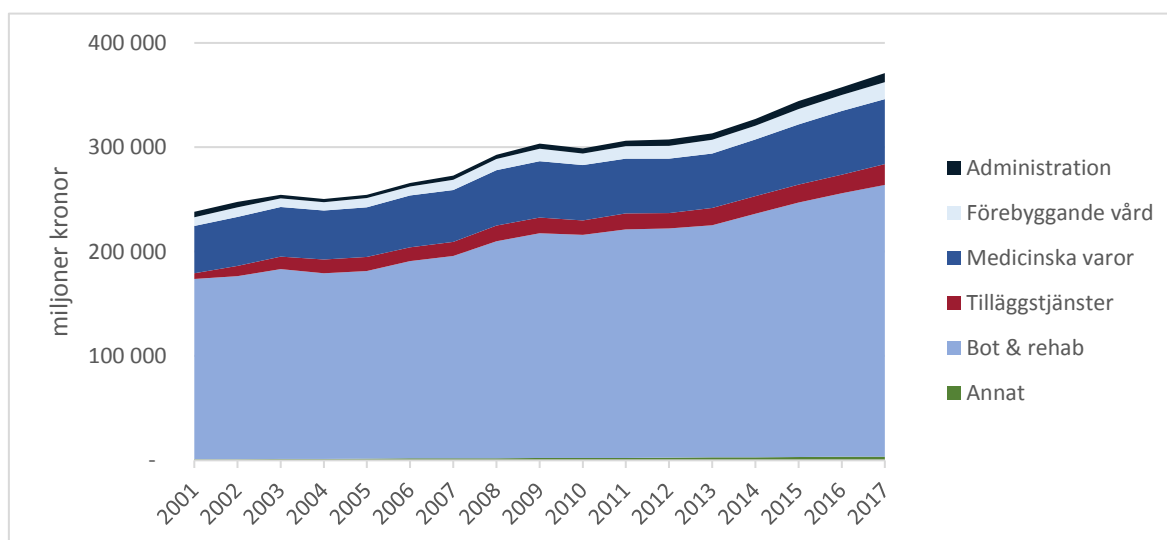
Mellan år 2001 och år 2017 fördubblades de totala utgifterna för hälso- och sjukvård i Sverige, från 259 miljarder kronor år 2001 till 505 miljarder kronor år 2017 (95 procents ökning). I Figur 1 syns en kraftig ökning av utgifterna för omsorg för äldre och för personer med funktionsnedsättning mellan 2010 och 2011, som är en följd av ändringen i SHA-manualen där utgiftskategorin vidgades till att även innefatta en omvårdnads- och servicedel.

Nedan ges en kort översikt över de olika utgiftskategoriernas storlek, som därefter beskrivs mer utförligt i efterföljande avsnitt. Den största utgiftskategorin både 2001 och 2017 är ”Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster” där även rekvisitionsläkemedel ingår. Denna kategori har ökat med 51 procent, från 173 miljarder kronor till 261 miljarder kronor. Utgiftskategorin ”Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning” har till följd av justeringar i definitionen ökat med 533 procent, från 21 miljarder kronor till 133 miljarder kronor, medan kategorin ”Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter” har ökat med 37 procent, från 45 miljarder kronor till 62 miljarder kronor. De mindre utgiftskomponenterna har också ökat, men är fortfarande små: ”Tilläggstjänster inom sjukvården”, som inte har ett specifikt sjukvårdsändamål exempelvis laboratorieverksamhet, röntgen och ambulanstransport 261 procent; ”Förebyggande vård”, såsom skolhälsovård 95 procent; ”Administration av hälso- och sjukvård och försäkringar” 61 procent samt ”Andra hälso- och sjukvårdsändamål” 247 procent. Siffror för utgifterna respektive år ges i Bilaga 1 (löpande priser) samt Bilaga 3 (fasta priser, 2017-års prisnivå).



Figur 1: Utveckling av hälso- och sjukvårdens utgifter år 2001–2017 (2017-års prisnivå)

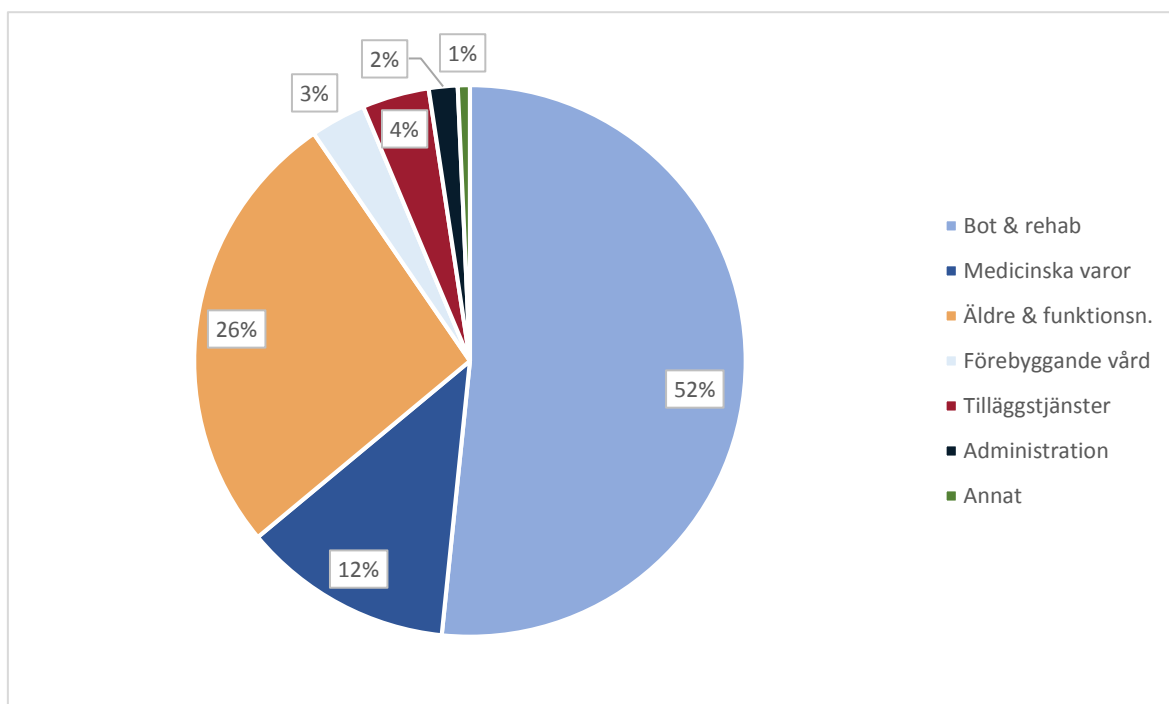
För att bättre illustrera den ”rena” förändringen i utgifter för hälso- och sjukvården över tidsperioden så redovisas dessa utgifter i Figur 2 exklusive dem för äldre och personer med funktionsnedsättning. Då framgår en ökning av hälso- och sjukvårdsutgifterna från 238 miljarder kronor år 2001 till 371 miljarder kronor år 2017, motsvarande en ökning på 56 procent.



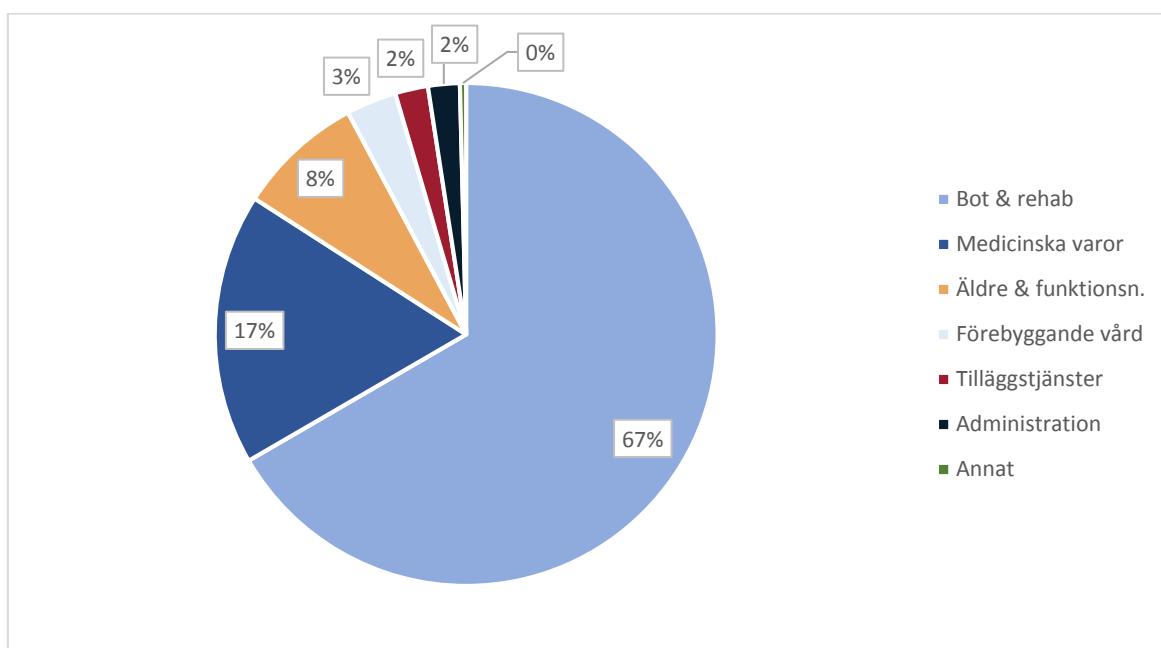
Figur 2: Utveckling av hälso- och sjukvårdens utgifter år 2001–2017, **exklusive** utgiftskategorin äldre och personer med funktionsnedsättning (2017-års prisnivå)

3.1 Utgiftskategorier för hälso- och sjukvård

Förändringen i fördelning mellan utgiftskategorier för hälso- och sjukvård mellan år 2001 och 2017 visas i Figur 3 och 4. Den största utgiftskategorin ”Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster” har minskat från 67 till 52 procent av de totala utgifterna mellan år 2001 och 2017. Även andelen för den näst största kategorin ”Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter” har minskat från 17 procent år 2001 till 12 procent år 2017. Minskningen av dessa andelar kan förklaras av att kategorin ”Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning” kraftigt har ökat sin andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna från 8 procent år 2001 till 26 procent år 2017. Som nämndes tidigare så beror denna ökning primärt på en justering av definitionen och hur utgifterna redovisas, men är ingen reell förändring av omfattningen av hälso- och sjukvård inom omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning. Tittar man på utgifterna **exklusive** kategorin äldre och personer med funktionsnedsättning framgår att fördelningen är relativt konstant. Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster samt medicinska varor och tjänster minskar marginellt mellan 2001 och 2017, från 73 till 70 procent respektive från 19 till 17 procent.



Figur 3: Fördelning av hälso- och sjukvårdsutgifternas andelar år 2017 (505 miljarder kronor i 2017-års prisnivå)

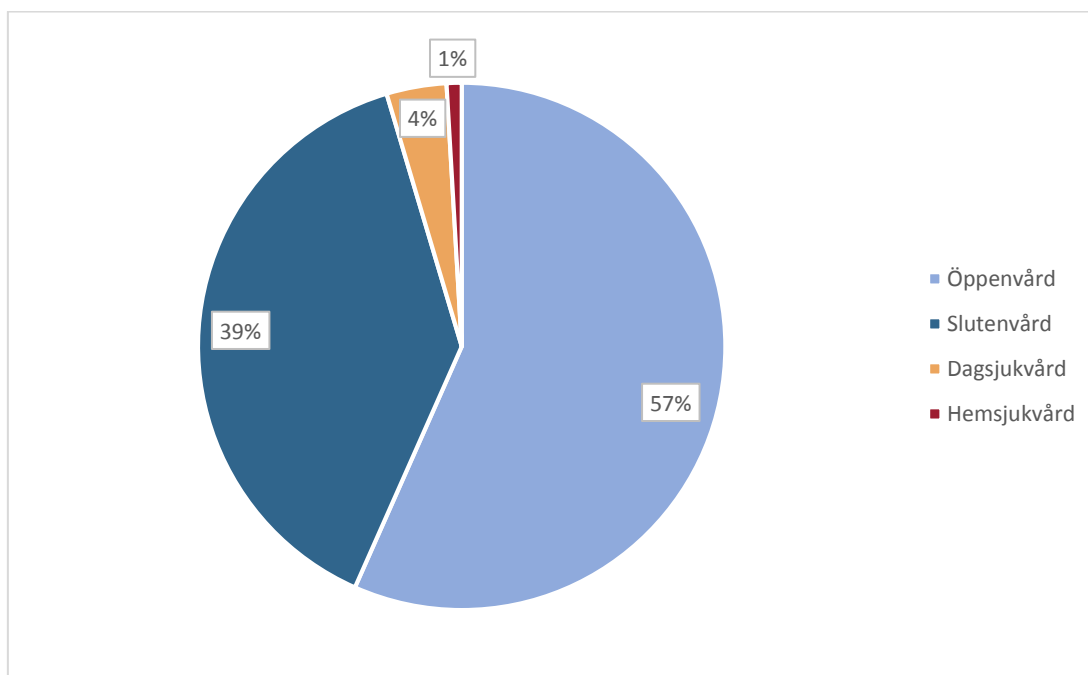


Figur 4: Fördelning av hälso- och sjukvårdsutgifternas andelar år 2017 (259 miljarder kronor i 2017-års prisnivå)

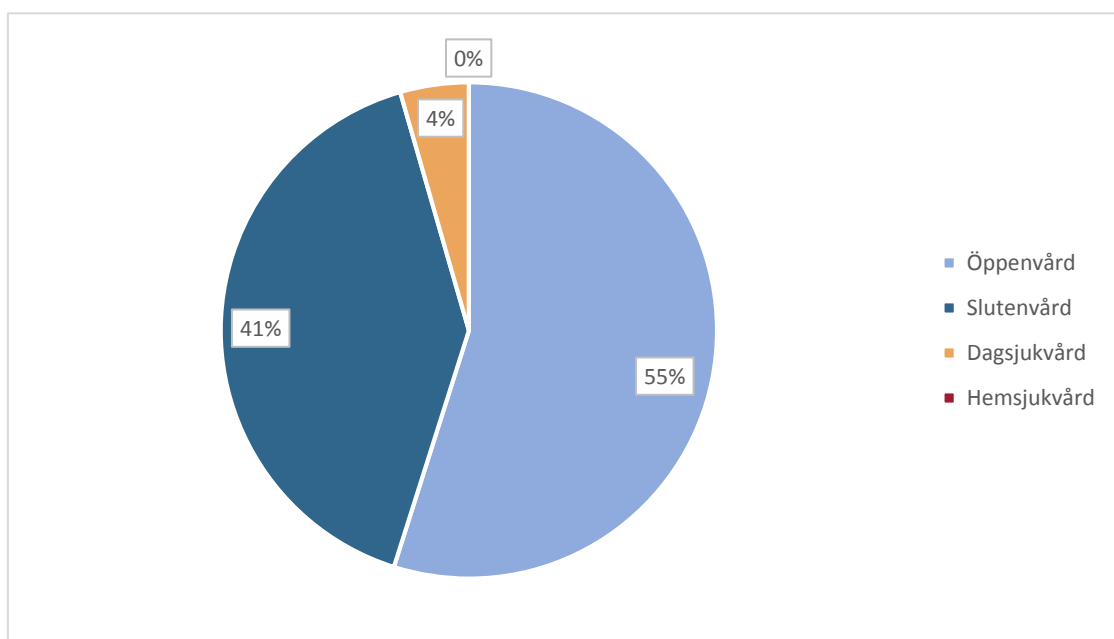
3.1.1 Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster

Utgiftskategorin ”Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster” utgör den största andelen av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård i Sverige, motsvarande 52 procent eller 261 miljarder kronor år 2017. Kategorin består av *slutenvård* som innebär att patienten är inskriven vid en vårdenhets, *hemsjukvård* som innebär att patienten får vård i bostaden och att ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid, *öppenvård* som är hälso- och sjukvård som inte ingår i slutenvård eller hemsjukvård, samt *dagsjukvård* som ges på specialistmottagning (7). Rekvisitionsläkemedel inkluderas i utgiftskategorin ”Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster” (4). Öppenvården står för över hälften av utgifterna för Botande och rehabiliterande vård, vilket motsvarar 57 procent eller 148 miljarder kronor, Figur 5.

Jämför man utvecklingen av utgifterna för botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster så ser man att andelen öppenvård har ökat något, 2 procentenheter, från 55 procent år 2001 (Figur 6) till 57 procent år 2017. Även andelen hemsjukvård har ökat något, från nära 0 procent till 1 procent, medan dagsjukvård är oförändrad på 4 procent. Under samma period har slutenvårdens andel av ”Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster” minskat från 41 procent år 2001 till 39 procent år 2017. Antalet vårdplatser i slutenvård har minskat kraftigt, vilket redovisas i avsnitt 4.4.



Figur 5: Fördelning över vårdtyper inom "Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster" år 2017 (261 miljarder kronor)

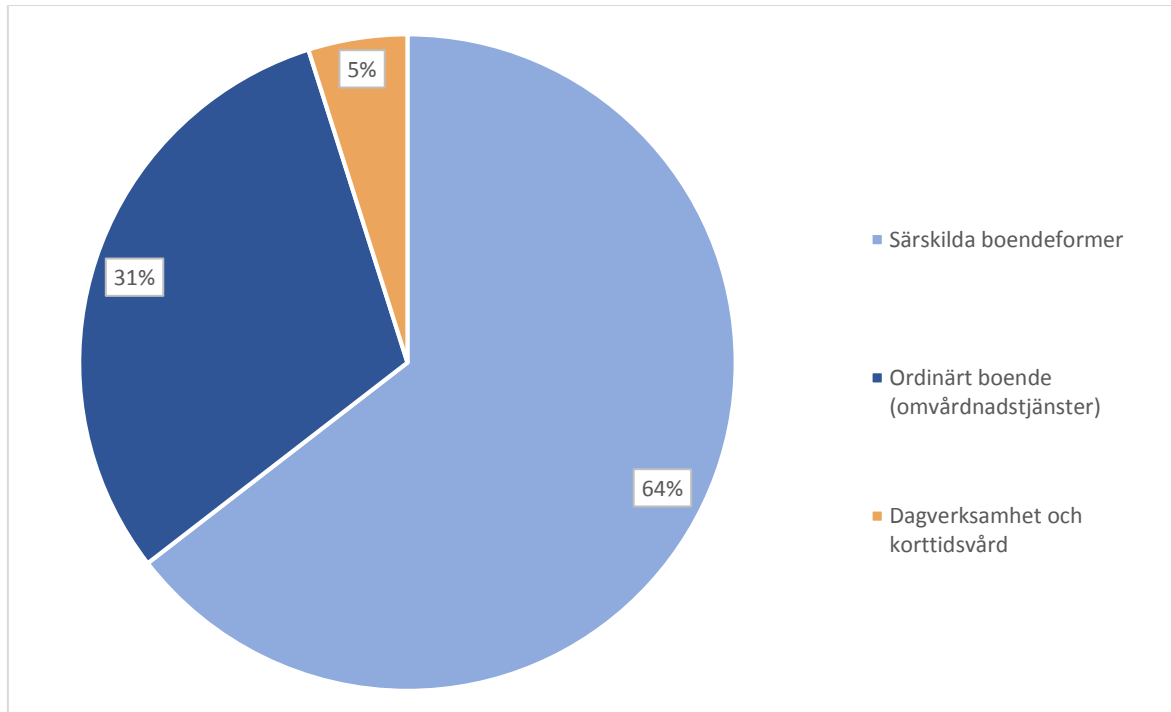


Figur 6: Fördelning över vårdtyper inom "Botande och rehabiliterande vård" år 2001 (173 miljarder kronor i 2017-års prinsnivå)

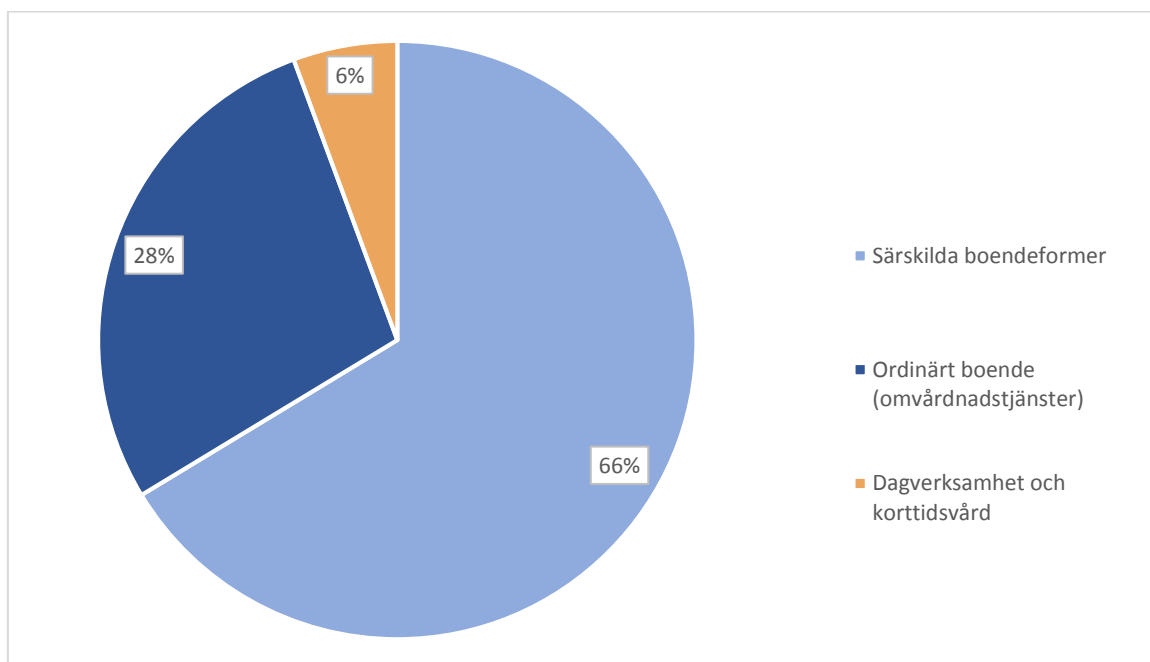
3.1.2 Äldre och personer med funktionsnedsättning

Utgiftskategorin ”Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning” utgjorde 26 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård år 2017, vilket motsvarar 133 miljarder kronor. Denna kategori innefattar områdena *särskilda boendeformer* som särskilt boende, *ordinärt boende* vilket innebär omvårdnadstjänster i det egna hemmet, d.v.s. hemtjänst samt *dagverksamhet och korttidsvård*. Både den medicinska delen och omvårdnadsdelen (födointag, toalett och hygien) omfattas.

År 2017 utgjorde andelen utgifter för särskilda boendeformer 64 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning, Figur 7, vilket motsvarar 86 miljarder kronor. Mellan år 2011 (här används inte data för år 2001 för att exkludera effekten av den ändrade definitionen) och år 2017 sker en marginell minskning från 66 procent till 64 procent. Andelen utgifter för dagverksamhet och korttidsvård har också minskat något, från 6 procent till 5 procent. Samtidigt har utgifterna för ordinärt boende har ökat något, från 28 till 31 procent. Denna relativt lilla ökning kan spegla den ambition som finns att låta äldre bo kvar hemma med hemtjänst i så stor utsträckning som möjligt, innan särskilt boende är aktuellt.



Figur 7: Fördelning av utgifter för hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning år 2017 (133 miljarder kronor)



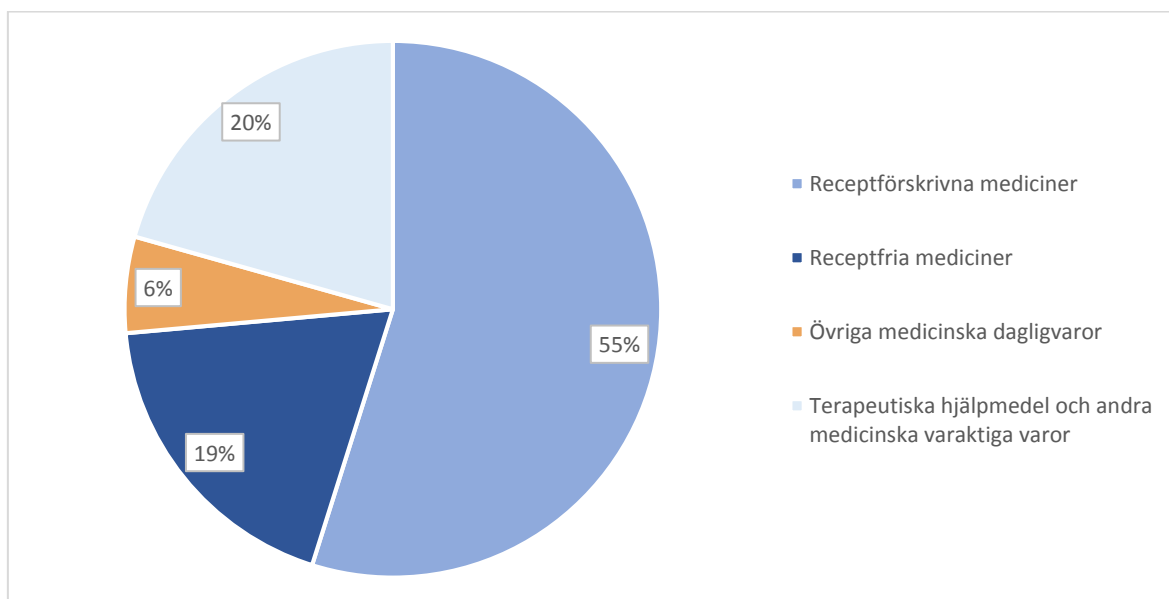
Figur 8: Fördelning av utgifter för hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning år 2011 (109 miljarder kronor i 2017-års prinsnivå)

3.1.3 Medicinska varor inklusive läkemedel till öppenvårdspatienter

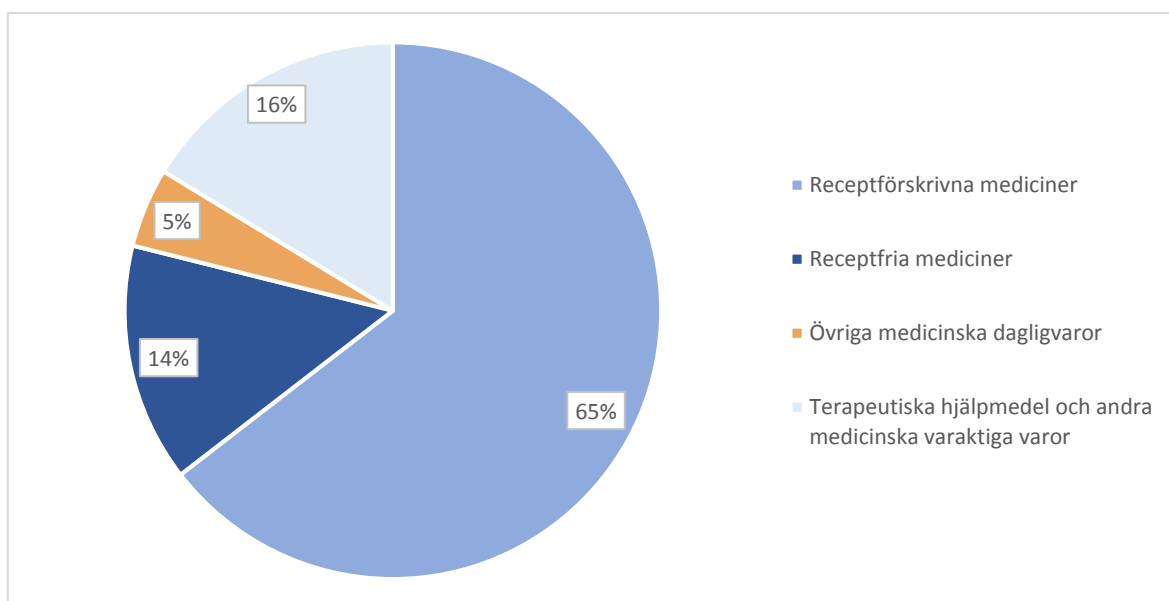
Utgiftskategorin ”Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter” utgjorde 12 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård år 2017 vilket motsvarar 62 miljarder kronor, Figur 9. Medicinska varor utgörs framförallt av receptbelagda och receptfria mediciner (6). Kategorin omfattar också ”terapeutiska hjälpmedel” (exempelvis hörapparater, proteser och rullstolar) och ”andra medicinska dagligvaror” (exempelvis bandage och injektionssprutor). Rekvisitionsläkemedel ingår inte här, utan i kategorin Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster (4).

År 2017 utgjorde andelen utgifter för ”Receptförskrivna mediciner” 55 procent vilket motsvarar 34 miljarder kronor. Mellan 2001, Figur 10, och 2017 sker en minskning av andelen från 65 procent till 55 procent. Andelen utgifter för ”Receptfria läkemedel” har samtidigt ökat från 14 procent till 19 procent, och andelen ”Övriga medicinska dagligvaror” har ökat marginellt från 5 procent till 6 procent. Gruppen ”Terapeutiska hjälpmedel och andra medicinskt varaktiga varor” har ökat sin andel från 16 procent till 20 procent mellan 2001 och 2017.

En orsak till att andelen receptfria läkemedel ökat är att trenden över tid är att fler läkemedel blivit receptfria (8). Exempelvis blev diklofenak (bland annat Voltaren) receptfritt år 2006 (9) och under 2000-talet har även fler och fler läkemedel mot allergi blivit receptfria. Utgiftskategorin Medicinska varor är den kategori där hushållen betalar mest ur egen ficka: 50 procent, se vidare i nästa avsnitt.



Figur 9: Fördelning av medicinska varor till öppenvårdspatienter år 2017 (62 miljarder kronor i 2017-års prisnivå)



Figur 10: Fördelning av medicinska varor till öppenvårdspatienter år 2001 (45 miljarder kronor i 2017-års prisnivå)

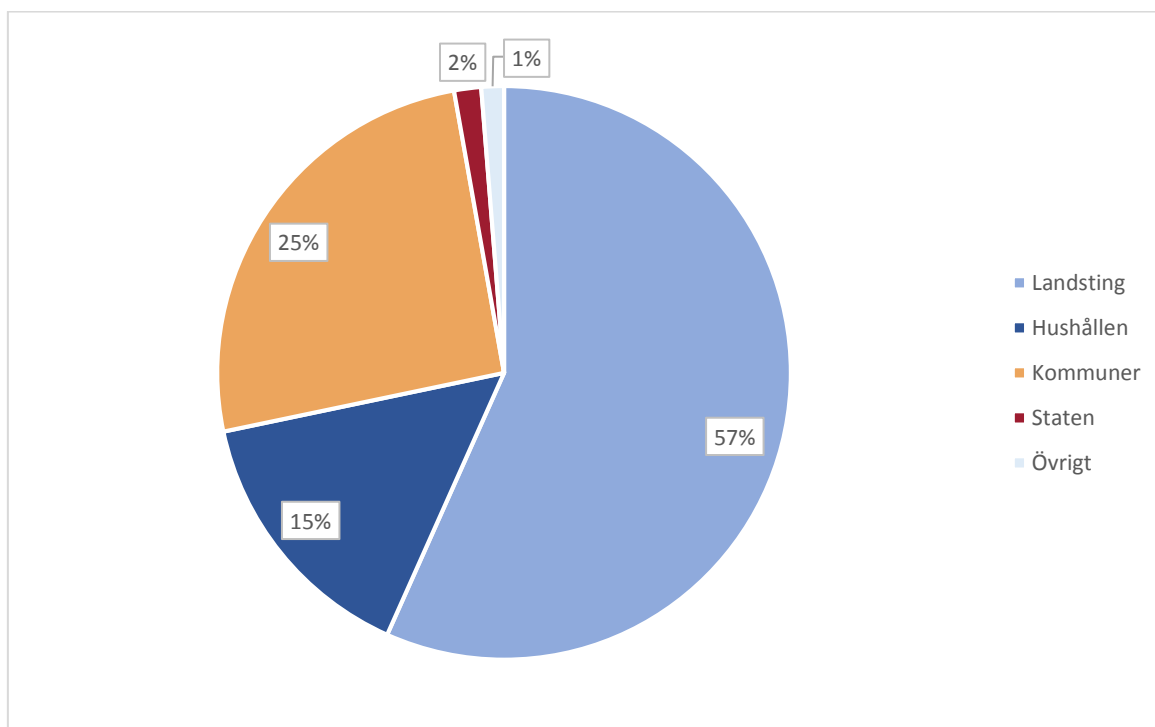
3.2 Finansiärer inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården finansieras av olika aktörer: landsting/regioner, kommuner, staten samt hushållen via exempelvis patientavgifter. Det finns också en övrig-grupp av några mycket små finansiärer: frivilliga sjukvårdsförsäkringar, hushållens ideella organisationer och företag. Det offentliga, d.v.s. stat, landsting/region² och kommun, finansierade 84 procent av de totala utgifterna år 2017, medan hushållen stod för 15 procent genom patientavgifter och andra avgifter. För detaljerade siffror se Bilaga 4 och 5.

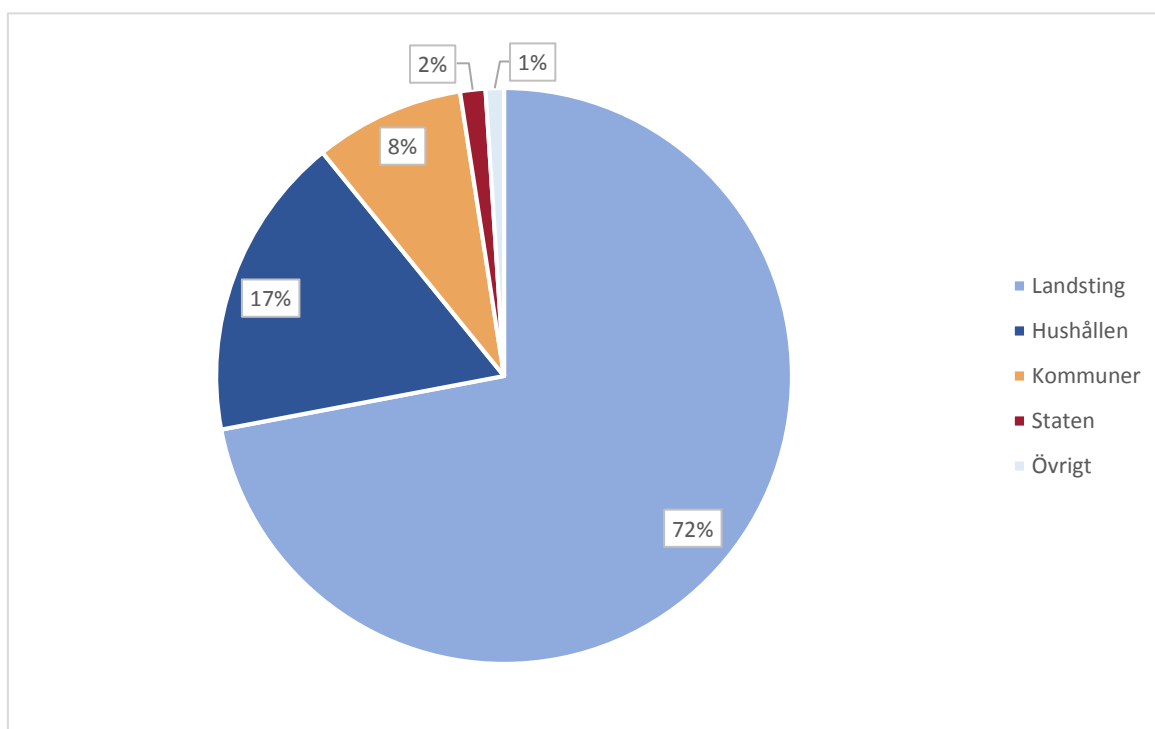
Den största enskilda finansiären är de 21 landstingen/regionerna som står för 57 procent av utgifterna för hälso- och sjukvård, se Figur 11. De 290 kommunerna i Sverige står för 25 procent av utgifterna för hälso- och sjukvård, vilket omfattar vård av äldre och personer med funktionsnedsättningar, stöd och service till personer som är färdigbehandlade och utskrivna från sjukhusvård samt för skolhälsovården. Om man jämför med år 2001, Figur 12, ser man att landstingens/regionernas andel av finansiering har minskat från 72 procent till 57 procent samtidigt som kommunernas andel har ökat från 8 procent till 25 procent. En viktig orsak till detta är att andelen av utgifterna för äldre och personer med funktionsnedsättning har ökat till följd av definitionsändringen (se avsnitt 2 ”Metod”), eftersom kommunen är ansvarig för den typen av vård. Hushållens andel av finansiering har minskat något, från 17 procent år 2001 till 15 procent år 2017.

I ett längre perspektiv kan vi se att under 1970-talet minskade den del av sjukvårdsutgifterna som patienter betalar ur egen ficka (privat konsumtion) från 16 procent år 1970 till 9 procent år 1979 (1), delvis som en följd av införandet av tandvårdsförsäkringen 1974. Andelen ökade till 11 procent år 1989 och 14 procent år 1999 enligt OECD-statistiken. I den nya statistiken från 2001 var andelen 17 procent fram till inkluderingen av kommunernas sjukvårdskostnader 2011, då den sjönk till 15 procent, varefter den varit oförändrad.

² I SCB:s hälsoräkenskaper kallas regionerna fortfarande landsting.



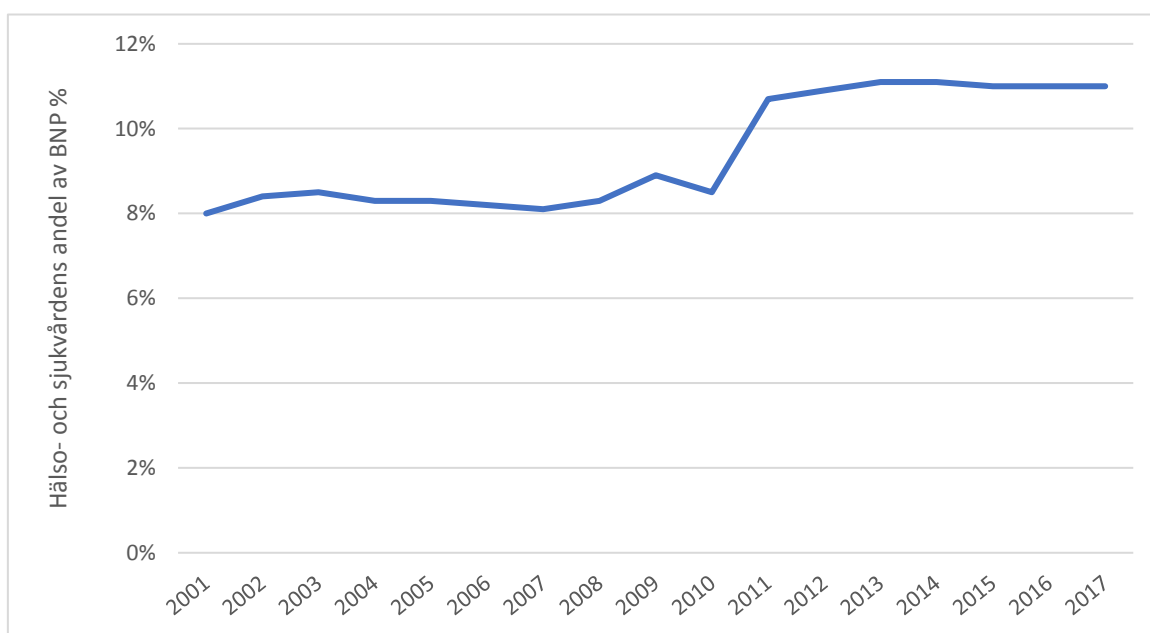
Figur 11: Fördelning över olika finansiärer av hälso- och sjukvård år 2017 (505 miljarder kronor i 2017-års prinsnivå)



Figur 12: Fördelning över olika finansiärer av hälso- och sjukvård år 2001 (259 miljarder kronor i 2017-års prinsnivå)

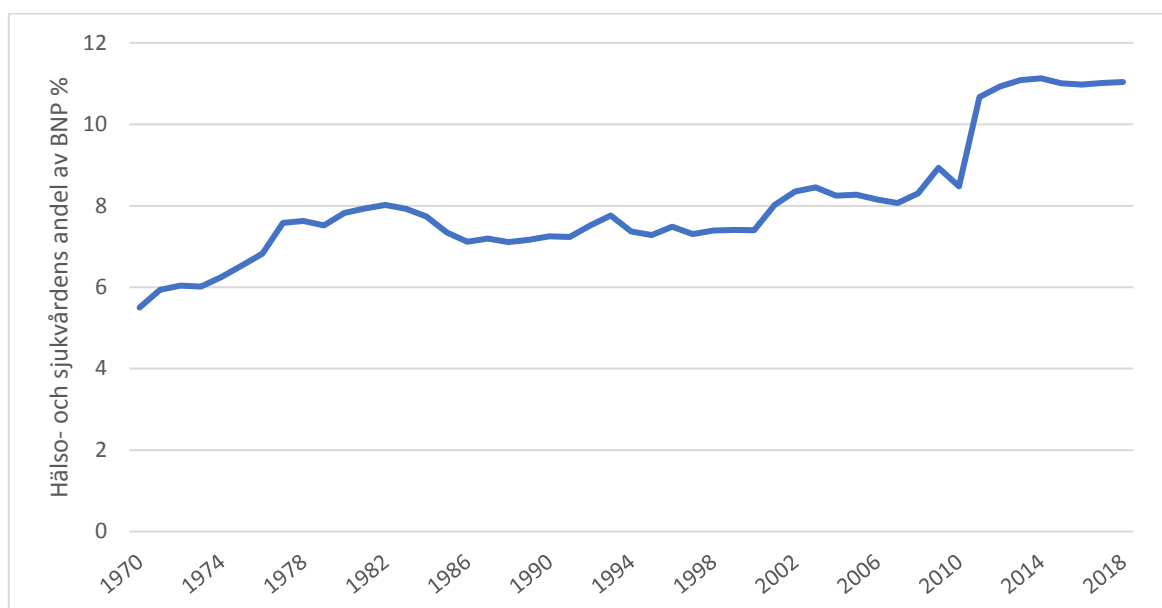
3.3 Hälso- och sjukvårdens andel av BNP

Ett vanligt sätt att visa på storleken av hälso- och sjukvårdens utgifter är att relatera dessa till landets BNP. I Sverige år 2017 utgjorde denna andel 11 procent, vilket är samma andel som de två tidigare åren. Sett i ett längre tidsperspektiv med data från SCB (3) har hälso- och sjukvårdens andel av BNP ökat, Figur 13. Brytningen på kurvan mellan åren 2011 och 2012 beror på den ändrade definitionen av hälso- och sjukvård för äldre och personer med funktionsnedsättning. Det offentliga ansvaret och därmed utgifter för omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning är större i Sverige än i de flesta länder (10).



Figur 13: Hälso- och sjukvårdsutgifternas andel (%) av BNP i Sverige 2001-2017

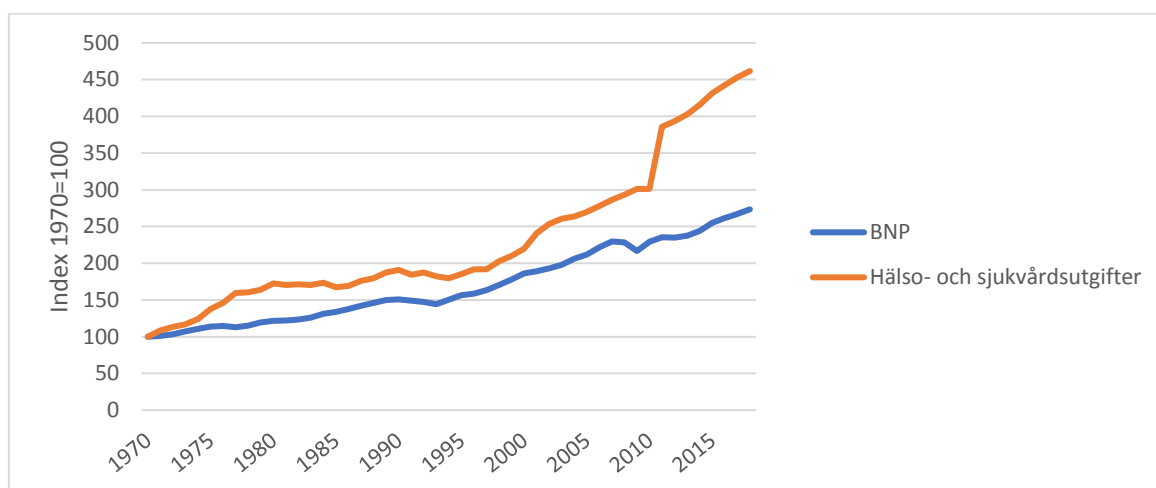
Data från OECD (11) redovisar utvecklingen i längre tidsperspektiv tillbaks till 1970, Figur 14. Under 1970-talet ökade oljepriset internationellt i Sverige vilket innebar en låg tillväxten i BNP under 1970-talet (12). Hälso- och sjukvårdens andel av BNP ökar från 5,5 procent till 8,0 procent under 1970-talet. Därefter var andelen relativt konstant fram till 2011 då den ökade till 11,0 procent, där den legat kvar fram till år 2018.



Figur 14: Hälsö- och sjukvårdsutgifternas andel (%) av BNP i Sverige år 1970-2018³

I Figur 15 visas ett index med 1970 som basår hur utgifterna för hälso- och sjukvård respektive BNP utvecklades mellan 1970 och 2018 (11). Hälsö- och sjukvårdsutgifterna ökade under 1970-talet i en snabbare takt än BNP, för att sedan sakta in. Mellan åren 2001 och 2005 ökade hälso- och sjukvårdsutgifterna marginellt snabbare än BNP. Därefter låg de på ungefär samma ökningstakt mellan 2006 och 2007, medan den ekonomiska krisen år 2008 medförde att BNP minskade mellan 2008 och 2009. Denna inbromsning får ett visst genomslag på hälso- och sjukvårdsutgifterna året efter, där utgifterna 2009 och 2010 ökar i långsammare takt. Ökningen i utgifterna för hälso- och sjukvård mellan år 2010 och 2011 beror på den tidigare nämnda definitionsändringen av hälso- och sjukvård. För perioden efter 2011 ökar hälso- och sjukvårdsutgifterna något snabbare än BNP.

³ Enligt OECD är data för 2018 preliminära. Vid åren 1993, 2001 samt 2011 finns tidseriebrott, vilket kan uppstå till följd av exempelvis förändringar i definitioner.



Figur 15: Tillväxt i hälso- och sjukvårdsutgifter och BNP 1970- 2018. Index år 1970 = 100, fasta priser, OECD-basår 2010.

Genomsnittlig årlig BNP-tillväxt varierar mellan 1,7 procent under 2000-talet och 2,4 procent under 1980-talet, Tabell 1. Hälso- och sjukvårdsutgifterna varierade mer: årlig genomsnittlig tillväxt under 1970-talet var 5,7 procent medan under 1980-tal och 1990-tal var den genomsnittliga årliga ökningen runt 1 procent. För 2010-talet uppgick den genomsnittliga årliga ökningen till 5,8 procent om ökningen till följd av definitionsändringen år 2011 inkluderas, och 2,6 procent om den exkluderas. För hela perioden sedan 1970 var den genomsnittliga årliga ökningen i BNP 2,1 procent och i sjukvårdsutgifterna 3,3 procent.

Tabell 1: Genomsnittlig årlig procentuell förändring (fasta priser, OECD basår 2010)

	1970-79	1980-89	1990-99	2000-2009	2010-2018 (2011-2018)
BNP	2,0%	2,4%	1,9%	1,7%	2,2%
Hälso- och sjukvårdsutgifter	5,7%	1,0%	1,1%	3,6%	5,8% (2,6%)

4. Beskrivande statistik och analys av hälso- och sjukvårdsutgifternas ökning

För att ge en bredare förståelse för hälso- och sjukvårdssektorn i Sverige redovisas i detta avsnitt ett urval av beskrivande statistik, till exempel andel äldre i befolkningen, antal sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt antal vårdplatser på sjukhus. De resurser som läggs på hälso- och sjukvården i ett land och hur det förändras över tid beror på många faktorer; det kan bero på sociala och ekonomiska faktorer såväl som på finansiella och organisatoriska strukturer i ett land (13). I en artikel av Martin m.fl. (14) beskrevs resultatet av 20 studier som undersökt bestämningsfaktorerna till hälso- och sjukvårdsutgifterna i ett land, men inget tydligt mönster kunde hittas. Av de 20 artiklarna ansåg fyra att inkomst var den huvudsakliga bestämningsfaktorn för dessa utgifter, varav två samtidigt lyfte fram en åldrande befolkning. Sex artiklar satte fokus på åldrande befolkning, medan sex andra betonade närheten till död. Övriga sex artiklar lyfte inte fram någon specifik variabel, eller fokuserade på någon annan variabel t.ex. teknologisk utveckling eller territoriell decentralisering.

Gerdtham och Jönsson (15) har jämfört ett antal internationella studier av hälso- och sjukvårdsutgifter. De konstaterar att ett vanligt resultat i denna typ av studier är att aggregerad inkomst tycks vara den viktigaste faktorn för att förklara skillnader i hälso- och sjukvårdsutgifter mellan länder. De beskriver vidare att användningen av primärvårds-“grindvakter” minskar hälso- och sjukvårdsutgifter och att ersättningsmetod för läkare inom öppenvårdssektorn påverkar hälso- och sjukvårdsutgifterna.

En studie av Hartwig och Sturm (16) fann att BNP-tillväxt och ökat relativ-pris på sjukvårdstjänster (Baumol-effekten⁴) var statistiskt signifikanta bestämningsfaktorer till utvecklingen av utgifter för hälso- och sjukvård. Beroende på om outliers inkluderades så fanns ytterligare sex variabler som kunde påverka utgifter för hälso- och sjukvård: ökning av utgifter för hälso- och sjukvårdsadministrationen, förändringen av andelen utgifter som utgörs av slutenvård, det offentliga andelen av BNP, förändringar i täckningsgrad för försäkring, ökning av dödsfall i trafiken samt ökning av andelen av befolkningen som genomgår njurdialys. Sammanfattningsvis verkar det inte finnas någon entydig bild eller förklaringsmodell som enkelt förklarar sambanden.

Helland och Tabarrok (17) fokuserar på Baumol-effekten i en analys av kostnadsökningen för utbildning och hälso-och sjukvård. Deras analys av sjukvården är baserad på amerikanska data, men

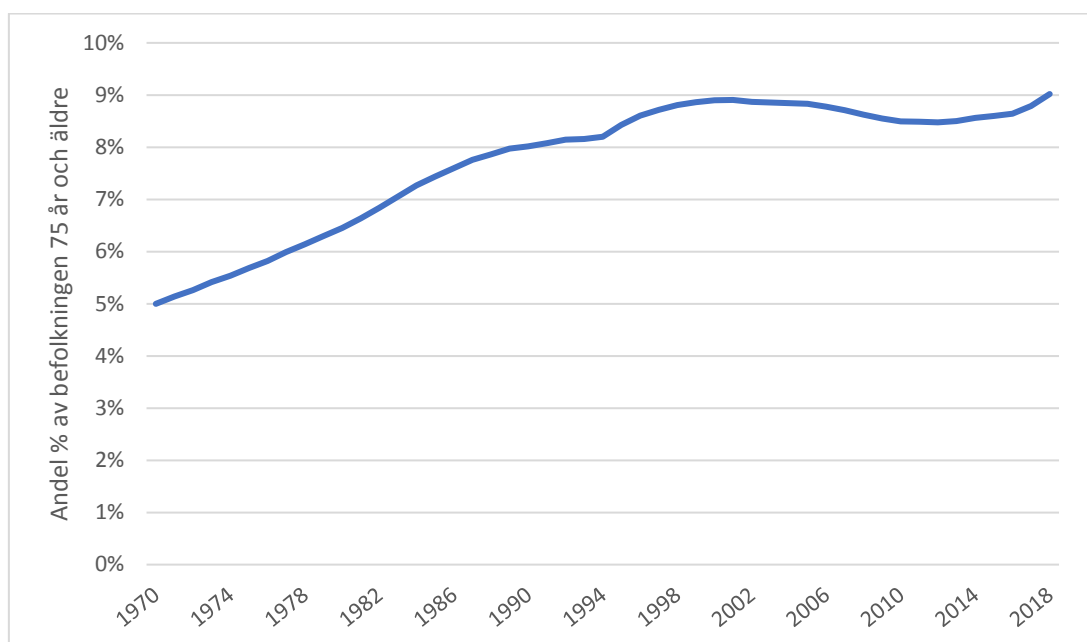
⁴ Baumoleffekten innebär att lönekostnaderna inom sjukvården stiger lika mycket som i andra sektorer, trots att produktiviteten inte stiger i samma utsträckning. Detta innebär att priset på sjukvårdens prestationer, besök, vårdtillfällen, etc. ökar i relation till andra varor och tjänster. Ökad produktivitet ger tillväxt och ökade inkomster som ger oss råd att konsumera mer av alla varor och tjänster, men om vi inte minskar prestationerna ökar kostnaderna.

är också relevant för svensk sjukvård. Sjukvårdsutgifterna i USA per invånare har tiodubblats sedan 1960, och andelen av BNP som går till sjukvården har ökat från 5 till 17 procent av BNP. De observerar att tillväxten i sjukvårdsutgifterna per invånare har minskat över tiden, i takt med att den ekonomiska tillväxten minskat. Baumol-effekten förklarar både den minskade tillväxten sett över en längre period som en följd av att tjänstesektorn ökar sin andel av den totala ekonomin, och den relativa ökningen av sjukvårdsutgifterna i relation till BNP. Vi skall därför i de följande avsnitten se på data som illustrerar produktivitetens utvecklingen inom sjukvården, och på sambandet mellan ekonomisk tillväxt och ökningen av sjukvårdsutgifterna. Eftersom det är olika källor innebär det också att de tidsintervall som redovisas i de olika fallen skiljer sig åt.

4.1 Andel äldre i befolkningen

En faktor som ofta nämns som en bidragande orsak till ökade hälso- och sjukvårdsutgifter är den åldrande befolkningen. SKL skriver i Ekonomirapporten 2018 (2) att det underliggande trycket på kostnader inom hälso- och sjukvården drivs av att befolkningen växer snabbt och en alltmer kostnadskrävande åldersfördelning. Socialstyrelsen (18) beskriver att andelen äldre i befolkningen påverkar hälso- och sjukvårdssystemet då de ofta har stora behov inom hälso- och sjukvård. SCB:s prognoser visar att antalet äldre kommer öka och att år 2017 är antalet personer 80 år och äldre drygt en halv miljon, vilket förväntas ha ökat med 255 000 om tio år. Orsaken är att de stora barnkullarna födda på 1940-talet då når 80 år och därmed ökar åldersklassen i antal, samtidigt som livslängden ökar (19).

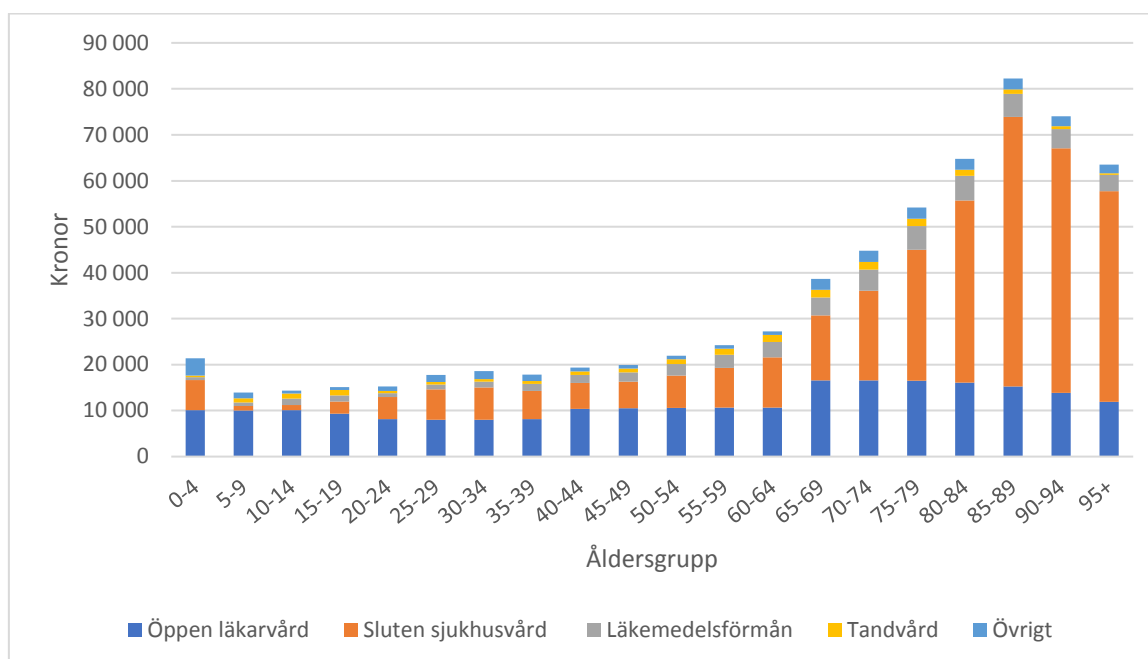
I Figur 16 visar statistik från SCB (20) att andelen av befolkningen som är 75 år och äldre har ökat från 5,0 procent av befolkningen år 1970 till 9,0 procent av befolkningen år 2018. Under början på 2000-talet minskade andelen av befolkningen som är 75 år och äldre vilket bland annat berodde på att de små barnkullar som föddes på 1930-talet då nådde 75 år (21) .



Figur 16: Andel av befolkningen 75 år och äldre, 1970-2018

I Figur 17 illustreras relationen mellan hälso- och sjukvårdskostnader och ålder genom den genomsnittliga kostnaden för hälso- och sjukvård per person och åldersgrupp. Kostnaderna som fördelats avser individers konsumtion av offentligt finansierade välfärdstjänster, vilket tagits fram av SCB på uppdrag av Konjunkturinstitutet (22).⁵ Ur Figur 17 kan utläsas att den genomsnittliga kostnaden per person för hälso- och sjukvård generellt ökar med ålder, däremot har åldersgruppen 0-4 år något högre genomsnittlig kostnad än efterföljande åldersgrupp, och för de allra äldsta sjunker den genomsnittliga kostnaden. Den genomsnittliga kostnaden per person för *öppen läkarvård* varierar mellan 8 014 kronor (åldersgruppen 30-34 år) och 16 568 kronor (åldersgruppen 65-69 år), och för *sluten sjukhusvård* är den genomsnittliga kostnaden per person som lägst 981 kronor (åldersgruppen 5-9 år) och som högst 58 636 kronor (85-89 år). Samtidigt visar statistiska analyser att andelen äldre sällan har något större förklaringsvärde för skillnader i sjukvårdskostnaderna mellan länder/regioner och över tiden.

⁵ Äldreomsorg omfattas ej i dessa siffror.



Figur 17: Genomsnittlig kostnad för hälso- och sjukvård per person och åldersgrupp, år 2016 (offentliga välfärdstjänster)

Genom att utgå från SCB:s befolkningsstatistik uppdelad för olika åldersgrupper år 1980 och 2016 (20) samt den genomsnittliga kostnaden för hälso- och sjukvård per person för olika åldersgrupper avseende år 2016 i Figur 17, (22), kan den totala kostnaden per åldersgrupp för offentligt finansierad hälso- och sjukvård beräknas, Bilaga 6. Baserat på respektive års åldersfördelning och 2016-års genomsnittliga kostnad per person kan vi göra en enkel analys av vad befolknings- och åldersförändringarna betyder. Utifrån 2016-års åldersfördelning och befolkningsstorlek skulle totalkostnaden uppgå till 254 miljarder kronor, och med 1980-års åldersfördelning och befolkningsstorlek skulle den totala kostnaden uppgå till 198 miljarder kronor. Detta innebär en kostnadsökning motsvarande 29 procent, av detta utgör befolkningsökningen 20 procentenheter (d.v.s. förklarar 71 procent av ökningen) och den förändrade åldersstrukturen utgör 9 procentenheter (d.v.s. förklarar 29 procent av ökningen), siffror och beräkningar beskrivs i Bilaga 6. Att Sverige fått en större befolkning har därmed större effekt på de offentligt finansierade hälso- och sjukvårdskostnaderna än att åldersstrukturen förändrats. Skillnaden mellan siffror för offentliga välfärdstjänster (OVT) och SCB:s hälsoräkenskaper för år 2016, 254 miljarder respektive 484 miljarder, förklaras bland annat av att OVT endast omfattar offentligt finansierade välfärdstjänster, det vill säga OVT omfattar inte hushållens utgifter ur egen ficka, frivilliga försäkringar och vad företag betalar. Vidare omfattar OVT-delen för hälso- och sjukvård inte heller kostnader för äldreomsorg eller funktionshinder, och OVT omfattar inte heller moms eller administrationskostnader. Siffrorna ovan avser alltså endast ”ren” hälso- och sjukvård, men inte hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning vilket utgör en relativt stor andel av hälsoräkenskaperna. Därför gör vi här ett

alternativt försök till beräkning där vi inkluderar dessa för att se hur åldersfördelningens betydelse påverkas av att hälsoräkenskaperna sedan 2011 även inkluderar hälso- och sjukvården inom omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning. Den offentligt finansierade delen av hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning uppgick 2016 till 117 miljarder kronor (se Bilaga 5) och vi gör här det förenklade antagandet att detta fördelas på gruppen 75 år och äldre⁶, vilket ger en kostnaden per person på cirka 135 000 kronor. Detta ska läggas till den ”rena” kostnaden för hälso- och sjukvård för åldersgruppen 75 år och äldre som motsvarar cirka 64 000 kronor, vilket ger en kostnad per person på cirka 200 000 kronor för denna åldersgrupp. Med hjälp av dessa siffror kan vi göra motsvarande beräkningar som ovan och konstatera att utifrån 2016-års åldersfördelning och befolkningsstorlek skulle totalkostnaden uppgå till 371 miljarder kronor, och med 1980-års åldersfördelning och befolkningsstorlek skulle den totala kostnaden uppgå till 272 miljarder kronor. Detta innebär en kostnadsökning motsvarande 37 procent, av detta utgör befolkningsökningen 20 procentenheter (d.v.s. förklarar 55 procent av totala ökningen) och den förändrade åldersstrukturen utgör 16 procentenheter (d.v.s. förklarar 45 procent av totala ökningen), siffror och beräkningar beskrivs i Bilaga 7. Här kan dock en viss överskattning finnas som beror på att kostnader för personer med funktionsnedsättning inkluderats i äldreomsorgen och fördelats på åldersgruppen 75 år och äldre.

Detta resultat ligger i linje med tidigare studier. I en IHE-rapport från år 1980 (23) beräknades att förändringar i befolkningens ålderssammansättning förklarade mindre än 10 procent av den faktiska kostnadsökningen mellan 1964 och 1976. En ESO-rapport om sjukvårdskostnaderna och åldersfaktorer visar en uppföljning för perioden 1970-85 där ålderseffekten beräknades uppgå till 13 procent medan den totala ökningen av sjukvårdskostnaderna var 56 procent (24). Förändringar i åldersstrukturen förklarade därmed 23 procent av den totala ökningen. Frågan är därför om det är meningsfullt att i diskussionen om sjukvårdskostnadernas ökning fokusera så mycket på betydelsen av en ökad andel äldre över tiden. Fokus skulle kanske förskjutas till förändringar i volymen och kostnaden av vård i olika åldersgrupper, och hur den relateras till specifika vårdbehov i dessa åldrar.

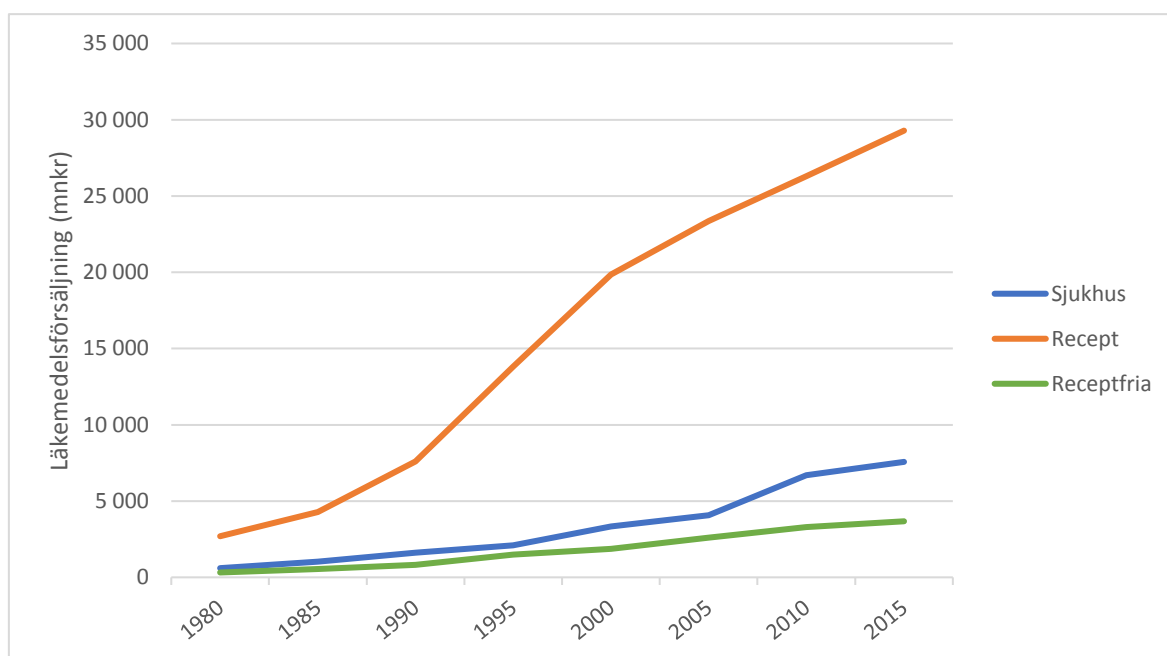
4.2 Läkemedel

En bidragande orsak till ökade kostnader för hälso- och sjukvården sägs ibland vara introduktionen av nya innovativa och dyra läkemedel, till exempel inom cancerområdet. Socialstyrelsen bedömer att totalkostnaden för läkemedel kommer att öka (25). Socialstyrelsen skriver vidare att eftersom Sverige tillämpar värdebaserad prissättning av läkemedel och att nya läkemedel ofta har bättre effekt så säljs de till högre pris än de äldre läkemedel som de ersätter. Därmed kan nya, innovativa läkemedel bidra till att öka utgifterna för hälso- och sjukvård. Samtidigt minskar kostnaden för

⁶ Kostnader för personer med funktionsnedsättning finns i verkligheten i alla åldersgrupper.

existerande läkemedel till följd av prissänkningar orsakade av patentutgångar och generisk konkurrens.

Försäljningsutvecklingen av läkemedel mellan 1980-2015 visas i Figur 18, och innehåller data i fem-årsintervall för både sjukhusläkemedel, receptförskrivna läkemedel och receptfria läkemedel (26). Mellan åren 2000 till 2015 ökade försäljningen av receptförskrivna läkemedel med 47 procent (9,4 miljarder kronor) till 29,3 miljarder kronor. Under samma period ökade försäljningen i egenvården, det vill säga receptfria, med 98 procent (1,8 miljarder kronor) till 3,7 miljarder kronor. En bidragande orsak till den kraftiga ökningen av försäljning av receptfria läkemedel under 2000-talet kan vara att flera läkemedel blivit receptfria. För sjukhusläkemedel ökade försäljningen med 126 procent (4,2 miljarder kronor) till 7,6 miljarder kronor.



Figur 18: Apotekens läkemedelsförsäljning (AUP), 5-årsintervall 1980-2015

Socialstyrelsen har, med data från eHälsomyndigheten, också visat på ökningen av kostnaderna för förmånsläkemedel och rekvisitionsläkemedel⁷ under de senaste åren, kombinerat med prognoser för åren 2019-2021 (25), Tabell 2. Man kan också se att kostnaderna för smittskyddsläkemedel (hepatit c samt hiv) har ökat kraftigt mellan 2016 och 2018. Onkologiläkemedel är den grupp som står för den största delen av de ökade kostnaderna för förmånsläkemedel de senaste åren enligt Socialstyrelsen (25). Det finns flera orsaker till detta där den främsta orsaken beskrivs vara att det

⁷ Socialstyrelsen ger följande definition av rekvisitionsläkemedel i rapporten: Läkemedel som upphandlas av regionerna och som främst administreras i slutenvård.

kommit flera nya innovativa läkemedel inom området, som ofta har höga kostnader och möjliggör behandling av fler patienter. Vidare förklaras att dessa nya läkemedel får utökade indikationer, används mer i olika kombinationer, samtidigt som cancerpatienter lever längre och därmed behandlas längre. Liknande samband ses även för rekvisionsläkemedel i slutenvården. Även enligt prognoser för perioden 2019-2021 bedöms onkologiläkemedel öka kraftigt inom förmånen. (25)

Tabell 2: Läkemedelskostnad (inklusive handelsvaror) 2015-2018 samt prognos 2019-2021.

Miljoner kronor exklusive återbäringsavtal. Årlig procentuell förändring inom parentes.

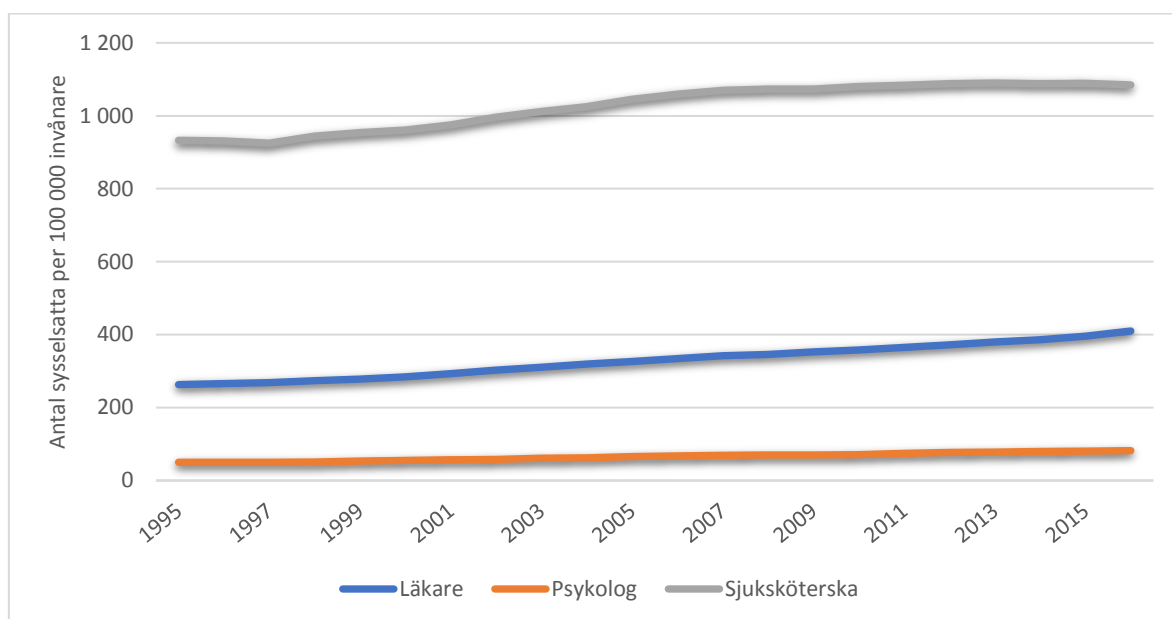
	2015	2016	2017	2018	Prognos 2019	Prognos 2020	Prognos 2021
Total förskrivning inom förmånen samt egenavgifter	26 142	27 500 (5 %)	28 778 (5 %)	30 818 (7 %)	33 083 (7 %)	35 372 (7 %)	37 176 (5 %)
Total förskrivning inom förmånen inklusive moms	20 355	22 070 (8 %)	23 260 (5 %)	25 026 (8 %)	27 017 (8 %)	29 032 (7 %)	30 562 (5 %)
Rekvisition	7 544	7 662 (2 %)	8 114 (6 %)	8 687 (7 %)	9 452 (9 %)	10 145 (7 %)	10 855 (7 %)
Smittskyddsläkemedel*		510	1 530 (200 %)	2 692 (76 %)	2 111 (-22 %)	1 997 (-5 %)	1 917 (-4 %)

* Med smittskyddsläkemedel menas i denna rapport hepatit C-läkemedel som omfattas av ordnat införande samt smittskyddsläkemedel för hiv som ingår i smittskydd. Inkluderar inte läkemedel för hepatit C och hiv som förskrivs inom förmånen. Detta är en omdefiniering och de historiska siffrorna skiljer sig därmed från läkemedelsprognoserna publicerade under 2018.

4.3 Sysselsatta i sjukvården

Statistik från Socialstyrelsen visar att antalet sysselsatt personal i form av läkare, sjuksköterskor och psykologer per 100 000 invånare har ökat över tid, Figur 19 (27). Samtidigt redovisar landstingen att det är brist på personal inom många yrken (28). SKL skriver i Ekonomirapporten 2018 att flera faktorer kring bemanningssituationen har bidragit till en snabb kostnadsökning, bland annat ökad kompensation för obekvämlig tid, lönesatsningar och ökad användning av inhyrd personal (29).

Figur 19 visar att mellan år 1995 och 2016 ökade antalet läkare med 56 procent från 263 till 410 per 100 000 invånare år 2016, antalet psykologer med 64 procent från 50 till 82 per 100 000 invånare och antalet sjuksköterskor ökade med 16 procent från 993 till 1 085 per 100 000 invånare. Ser man endast till perioden mellan år 2001 och 2016 så är ökningsstakten något lägre än tidigare.



Figur 19: Hälso- och sjukvårdspersonal per 100 000 invånare i Sverige 1995-2016 (sysselsatta inom hälso- och sjukvård i offentlig och privat regi)

SCB redovisar genomsnittlig lön inom landstingskommunal sektor per yrkesgrupp (30). Eftersom yrkesklassificering ändrats över åren så redovisar SCB inte längre tidsserier, och i Tabell 3 presenteras data för åren 2000-2008 och i Tabell 4 för åren 2014-2018 för så nära yrkesgrupper som är möjligt med tillgänglig data och SCB:s översättningsnyckel för yrkesklassificering. I båda perioderna ligger den genomsnittliga ökningen för läkare och sjuksköterskor något under genomsnittet för gruppen ”samtliga yrken” inom landstingskommunal sektor, förutom för perioden 2014-2018 då grundutbildade sjuksköterskor har en genomsnittlig årlig ökning på 3,0 procent och det totala genomsnittet för samma period är 2,5 procent. En orsak till denna ökning kan vara bristen på sjuksköterskor och att lönerna därmed ökat.

Tabell 3: Genomsnittlig lön i landstingskommunal sektor 2000-2008 (uppräknat till heltidslön)

SSYK 96	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Genomsnittlig årlig ökning
Samtliga yrken	21 200	22 200	23 100	24 100	24 900	25 600	26 200	26 900	28 500	3,8%
Läkare (2221)	41 900	44 100	46 400	48 100	48 900	50 100	50 800	52 100	54 100	3,3%
Sjuksköterskor, medicin/kirurgi (3231)	20 300	21 200	21 800	23 000	23 400	23 900	24 500	25 200	26 300	3,3%

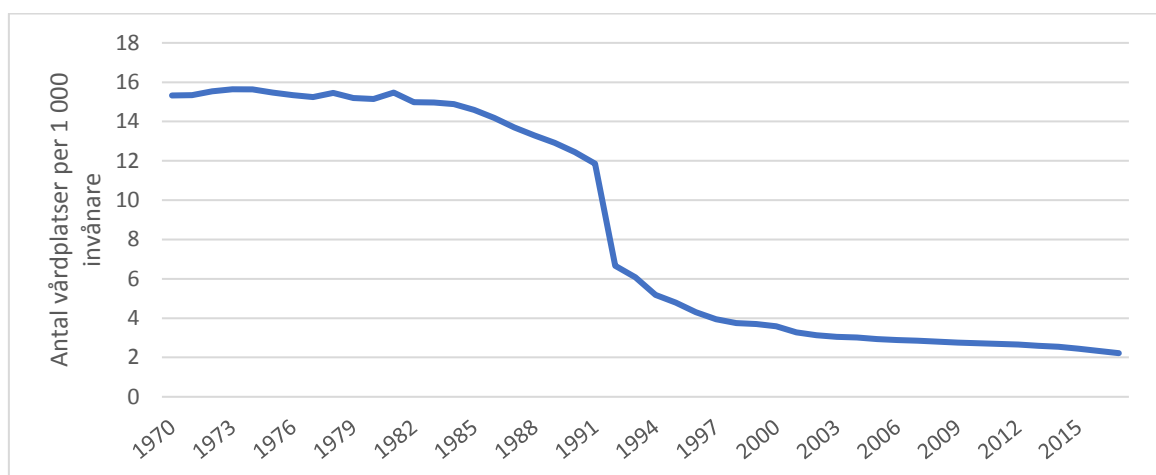
Tabell 4: Genomsnittlig lön i landstingskommunal sektor 2014-2018 (uppräknat till heltidslön)

SSYK 2012	2014	2015	2016	2017	2018	Genomsnittlig årlig ökning
Samtliga yrken	33 900	34 800	35 700	36 600	37 400	2,5%
ST-läkare (2212)	46 000	47 100	47 600	48 600	49 300	1,7%
Specialistläkare (2211)	73 000	74 600	75 700	78 000	79 800	2,3%
Grundutbildade sjuksköterskor (2221)	30 200	31 400	32 300	33 300	34 000	3,0%

4.4 Vårdplatser vid sjukhus

Antalet vårdplatser (bäddar) vid sjukhus har minskat under en lång tid, Figur 20. Mellan år 1970 och 2017 minskade antalet vårdplatser per 1 000 invånare med 86 procent, från 15,3 per 1 000 invånare år 1970 till 2,2 per 1 000 invånare år 2017 enligt data från OECD (11). Den stora minskningen kom under perioden 1985-95 då antalet vårdplatser minskade med 67%, från 15 till 5 per 1 000 invånare. För perioden 2001–2017 minskade antalet vårdplatser med 32 procent. Den genomsnittliga årliga minskningen per 10-årsperiod har saktat ner från den kraftiga minskningen under 1990-talet, Tabell 5. Den kraftiga minskningen under 1990-talet förklaras av Ädelreformen 1992 där kommunerna tog över ansvaret för äldreården. Därtill innebar den ekonomiska krisen i början på 1990-talet krav på minskade utgifter i vården och en minskning av sjukvårdspersonal till färre vårdplatser, samtidigt som den medicinska utvecklingen bidrog till kortare vårdtider och därmed behov av färre vårdplatser (31).

Socialstyrelsen beskriver också att en förklaring till den kontinuerliga minskningen av antalet vårdplatser är den medicinska utvecklingen (32). Denna har i sig lett till dels att fler ingrepp kan göras som dagkirurgi och dels att det blivit kortare vårdtider generellt. Socialstyrelsen påpekar dock också att en del av minskningen kan vara en effekt av bristen på sjuksköterskor. SKL nämner att nya och ofta skonsammare behandlingsmetoder gör det möjligt att behandla fler i öppenvård istället för i slutenvård, samtidigt som det påpekas att förflyttning av vård från slutenvård till öppenvård är en medveten strategi (2). Färre vårdplatser medför lägre kostnader, men minskningen av kostnaderna är inte proportionell mot minskningen av antalet vårdplatser eftersom kostnaden per vårdtillfälle ökar över tiden, i genomsnitt med 14 procent under perioden 2012-2017, vilket beskrivs i nästa avsnitt och Tabell 6.



Figur 20: Antal vårdplatser (bäddar) per 1 000 invånare i Sverige 1970-2017

Tabell 5: Genomsnittlig årlig förändring av antal vårdplatser per 1 000 invånare 1970-2017

	1970-tal	1980-tal	1990-tal	2000-tal	2010-tal
Genomsnittlig årlig förändring	-0,1%	-1,7%	-11,6%	-2,8%	-2,9%

4.5 Kostnad per vårdtillfälle

SKL visar i sin Ekonomirapport (29) att de totala kostnaderna inom både slutenvård och öppenvård har ökat mellan 2012 och 2017, Tabell 6. Inom slutenvården har antalet vårdtillfällen minskat med 10 procent, och totala kostnaderna ökat med 7 procent (fasta priser). Samtidigt har antalet läkarbesök i öppenvård ökat med 6 procent och besök till övrig personal med 11 procent, och de totala kostnaderna inom öppenvården för respektive kategori ökat med 13 respektive 23 procent. Kostnad per vårdtillfälle/besök har för slutenvårdstillfälle ökat med 20 procent, samt för öppenvård vid läkarbesök 7 procent och för övriga besök 11 procent. SKL förklarar att kostnaderna per vårdtillfälle inom slutenvården har ökat eftersom ett genomsnittligt vårdtillfälle blivit mer komplicerat när enklare vårdtillfällen har flyttats över till öppenvården.

Tabell 6: Procentuell förändring av antal samt kostnad per vårdtillfälle och besök inom den specialiserade somatiska vården år 2012–2017 (fasta priser)

	Antal vård- tillfällen/besök	Kostnad per vård- tillfälle/besök	Totala kostnader
Slutenvård, vårdtillfälle	-10%	+20%	+7%
Öppenvård, läkarbesök	+6%	+7%	+13%
Öppenvård, övriga besök	+11%	+11%	+23%
Totalt	-3%	+14%	+11%

Produktiviteten inom den specialiserade somatiska vården har enligt data från SKL minskat mellan åren 2013 och 2017, mätt som kostnad per DRG-poäng⁸ (2). Flera diagnosområden hade ökat sina kostnader per DRG-poäng, vilket är liktydigt med minskad produktivitet. Den största minskningen finns i den slutna vården.

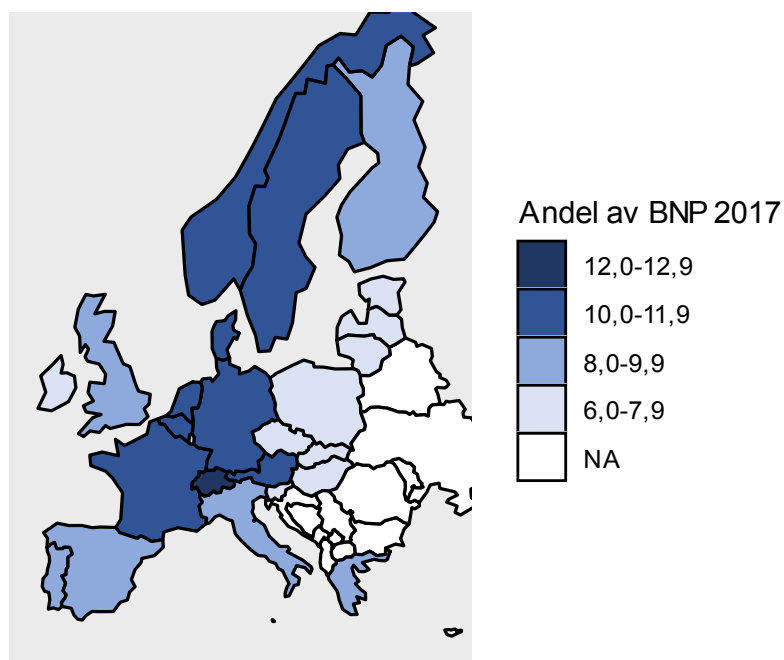
⁸ SKL har beräknat resursåtgången per DRG (DiagnosRelaterade Grupper) med hjälp av KPP (Kostnad Per Patient). KPP är en metod för att beräkna unika kostnader per vårdkontakt och patient. Utifrån den verkliga resursåtgången per vårdtillfälle har genomsnittlig kostnad per DRG räknats fram.

5. Internationell jämförelse

För att sätta den svenska hälso- och sjukvården och dess utveckling i ett internationellt perspektiv redovisas i detta avsnitt även statistik för ett urval andra länder. Frågor kring hälso- och sjukvårdens kostnader, produktivitet och finansiering är högst aktuella även i andra länder och data för att belysa detta presenteras av flera organisationer, som EU, OECD och WHO. Omfattningen och komplexiteten i sjukvården gör det dock ofta svårt att mäta och jämföra olika länder, exempelvis tillämpas olika finansieringsformer, olika anställningsformer och olika organisationer som tillsammans kan påverka jämförbarheten. Men jämförelser av sjukvårdens kostnader spelar en stor roll i såväl den internationella som i den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken. Dock kan man inte från jämförelser av kostnaderna, mellan länder eller över tiden, dra några specifika slutsatser om hur stora kostnaderna bör vara och med vilken effektivitet vården bedrivs. Trots detta kan sådana jämförelser vara viktiga för att förstå vad som driver sjukvårdens utveckling och effekterna av olika sätt att finansiera och organisera vården.

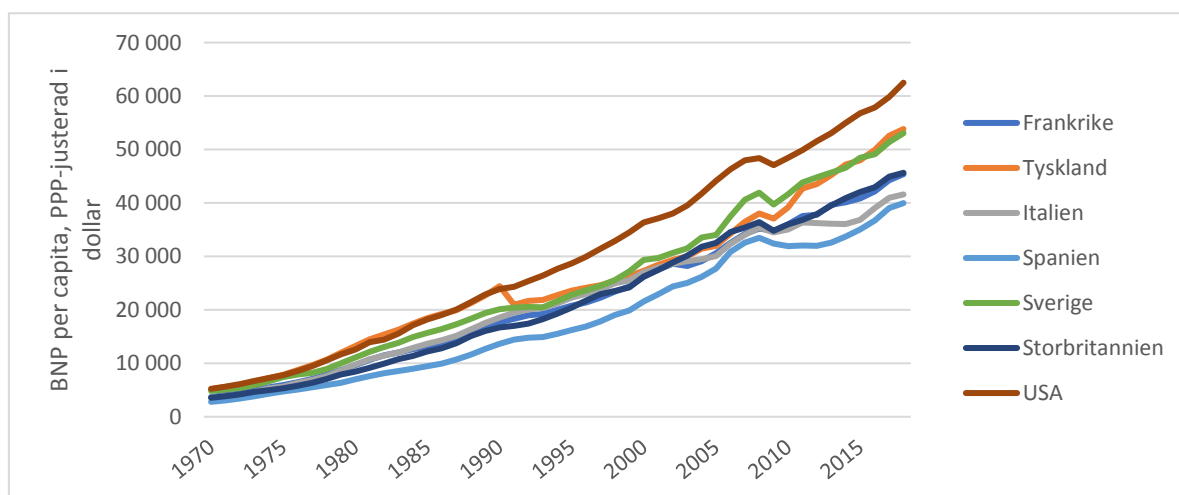
5.1 Hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP i Europa och USA

Utgifterna för hälso- och sjukvård som andel av BNP varierar mellan länder. I ett europeiskt perspektiv är Schweiz det land där hälso- och sjukvårdsutgifterna utgör störst andel (12 procent) av BNP. I Figur 21 grupperas länder utifrån hur stor andel av BNP som går till utgifter för hälso- och sjukvård år 2017 med data från OECD (11). Hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP i Sverige utgör 10,9 procent enligt OECD-statistiken. Andra länder i Europa där 10 procent eller mer av BNP går till hälso- och sjukvårdssektorn är i storleksordning Frankrike (11,5%), Tyskland (11,3%), Norge (10,4%), Österrike (10,3%), Danmark (10,2%), Nederländerna (10,1%) och Belgien (10,0%). Det land där hälso- och sjukvårdsutgifterna utgör lägst andel av BNP är Luxemburg (6 procent), vilket delvis förklaras av att deras höga BNP. Övriga länder där utgifter för hälso- och sjukvård utgör en lägre andel av BNP (6,0-7,9%) är de östeuropeiska länderna samt Irland. Som beskrivits tidigare påverkas jämförande statistik mellan länder av sjukvårdens utformning och hur definitionen av data ser ut. Däremot arbetar OECD och andra organisationer för att definitionerna ska bli så lika som möjligt, exempelvis genom publikationer som "A System of Health Accounts, SHA 2011" (4)

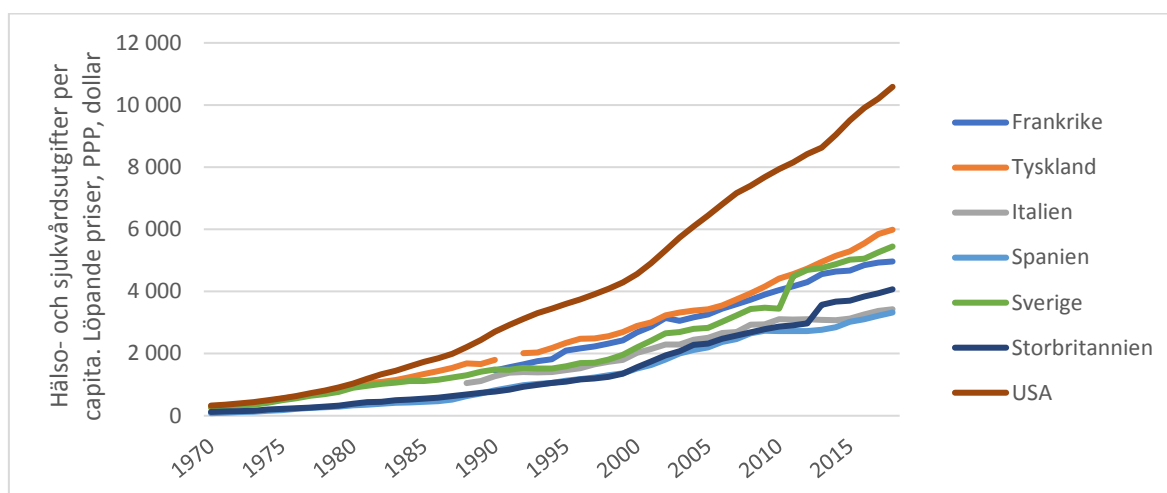


Figur 21: Hälso- och sjukvårdsutgifternas andel (%) av BNP år 2017

Ett annat sätt att jämföra länder är att titta på BNP per capita samt utgifter för hälso- och sjukvård per capita (11). En faktor som försvårar denna typ av jämförelse är förändringar i växelkurs och skillnaden i köpkraft mellan olika länder. Men givet denna brasklapp kan vi i Figur 22 och 23 jämföra hur BNP per capita och hälso- och sjukvårdsutgifter per capita utvecklas för EU5, Sverige samt USA. Det land som sticker ut är USA som spenderar absolut mest på hälso- och sjukvård per capita.

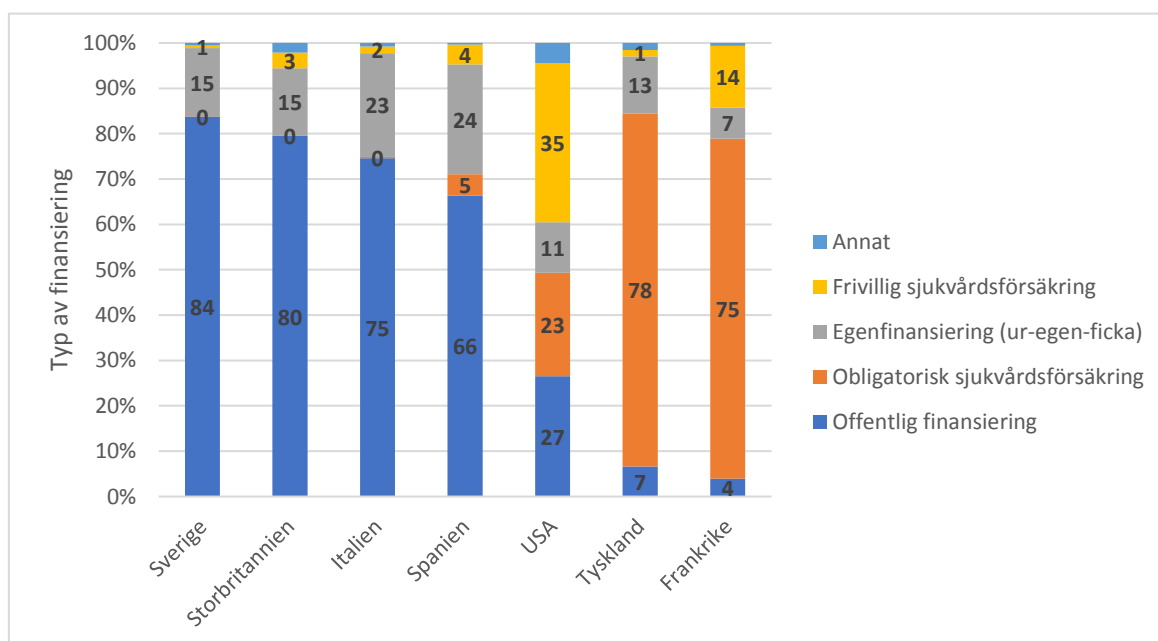


Figur 22: BNP per capita år 1970-2018 (PPP-justerad, dollar)



Figur 23: Hälsö- och sjukvårdsutgifter per capita år 1970-2018 (PPP-justerad, dollar)

Olika länder har valt att finansiera hälso- och sjukvård på olika sätt. OECD-data visar att alla länder har en dominerande tredjepartsfinansiering genom direkta skatter, obligatorisk sjukvårdsförsäkring eller skattesubventionerade privata försäkringar. Sverige har en stor andel direkt offentlig finansiering genom skatter (84 procent) medan Tyskland har en stor andel obligatorisk sjukförsäkring (78 procent) och mindre del direkt skattefinansiering. USA har hälften av sjukvårdsutgifterna finansierade med skatter och obligatorisk sjukvårdsförsäkring, och en betydande del indirekt skattefinansiering eftersom premierna i de frivilliga sjukvårdsförsäkringarna är avdragsgilla kostnader för de företag som betalar dessa, Figur 24 (13).



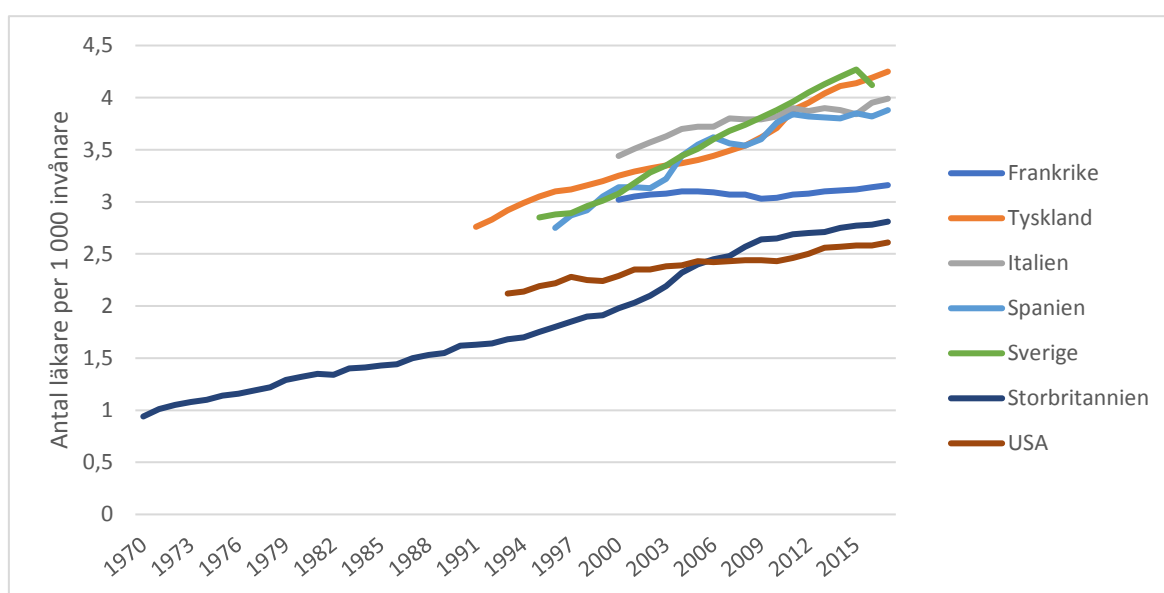
Figur 24: Hälsö- och sjukvårdsutgifter per typ av finansiering, 2015

5.2 Sysselsatta i hälso- och sjukvården

I detta avsnitt redovisas antal sysselsatta inom hälso- och sjukvården i EU5, Sverige och USA. EU5 omfattar de fem största länderna i EU: Tyskland, Frankrike, Storbritannien, Frankrike och Spanien.

5.2.1 Läkare

Tyskland har flest läkare sett till befolkningen med 4,2 praktiserande läkare per 1 000 invånare, följt av Sverige med 4,1 praktiserande läkare per 1 000 invånare. Storbritannien har endast 2,8 praktiserande läkare per 1 000 invånare och har därmed, tillsammans med USA som har 2,8 praktiserande läkare per 1000 invånare, lägst antal sett till antalet invånare. Antalet praktiserande läkare⁹ per 1 000 invånare har ökat i både Sverige, EU5 och USA mellan 1970 och 2016/17 enligt data från OECD, Figur 25 (11).



Figur 25: Antal läkare per 1 000 invånare, år 1970-2016/17

Värt att notera i diskussion kring antal läkare i ett land är den statistik om antalet konsultationer per läkare (generalister och specialister) som publiceras av OECD (33), Tabell 7. Av de studerade länderna redovisar Tyskland flest antal konsultationer per läkare med 2 389, och Sverige redovisar det lägsta antalet med 679 konsultationer per läkare år 2016.¹⁰ Svårigheten att jämföra data är dels

⁹ Begreppet i OECD:s databas är "Practising physician", med definitionerna "Practising physicians provide services for individual patients" och det omfattar "Salaried and self-employed physicians delivering services irrespectively of the place of service"

¹⁰ Förändringen för Sverige mellan 2015 och 2016 förklarar OECD som tidsseriebrott, exempelvis ändrade definitioner.

att de har samlats in på olika sätt dels att sjukvårdssystemen är uppbyggda på olika sätt i de olika länderna. I OECD-rapporten beskrivs att den låga siffran för Sverige kan förklaras av att sjuksköterskor och andra vårdprofessioner spelar en viktig roll i primärvården och därmed minskar behovet av konsultation med läkare. I OECD-rapporten poängteras vidare att siffrorna inte ska tolkas som ett mått på produktivitet, eftersom konsultationer kan variera i längd och på grund av andra faktorer. I en kommentarartikel i Läkartidningen beskrivs att statistiken från OECD används fel och att antalet patientbesök per läkare i Sverige underskattas och säger mer om hälso- och sjukvårdssystemens skillnader än brister (34). Antalet konsultationer per läkare beräknas utifrån två faktorer: antalet verksamma läkare och antal läkarbesök totalt, vilka kan rapporteras på olika sätt i olika länder. I Sverige inkluderas alla läkare som arbetat minst fyra timmar under kontrollmånaden vilket gör att föräldraledighet och sjukskrivning på deltid jämföras med full sysselsättning i denna sammanställning. I vissa länder, exempelvis Spanien inkluderas också telefonkontakter, vilket inte görs i Sverige. Givet detta så blir slutsatsen att svenska läkare har lägre genomsnittligt arbetade timmar och besök, och att ökningen av antalet läkare över tiden inte resulterat i en motsvarande ökning av antalet prestationer.

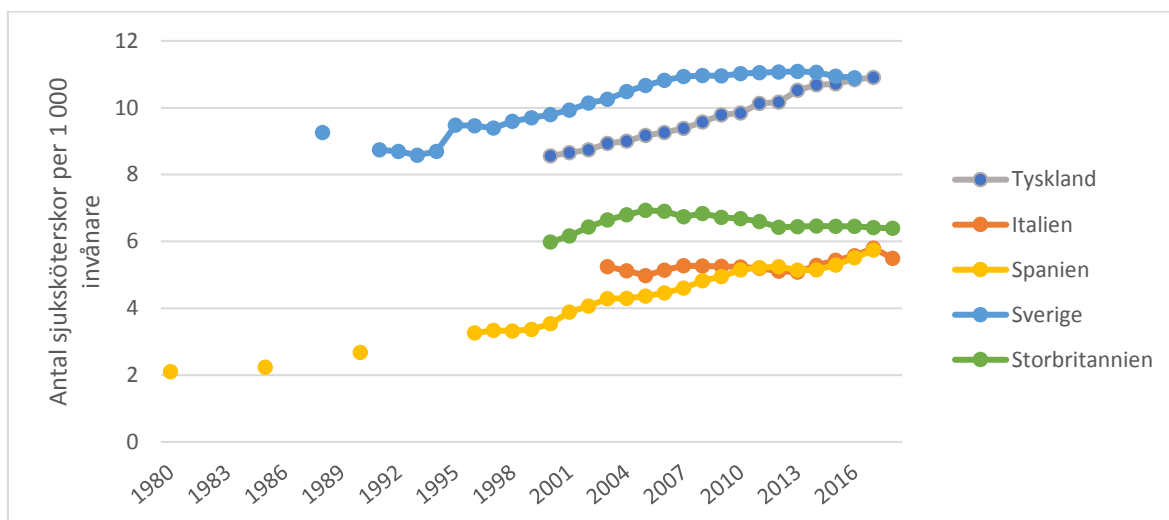
Tabell 7: Antal konsultationer per läkare och år, 2016

Land	Antal konsultationer
Tyskland	2389
Spanien	2000
Frankrike	1948
Italien	1744
Sverige	679

5.2.2 Sjuksköterskor

Sverige och Tyskland är de länder som har flest sjuksköterskor sett till sin befolkning, med 10,9 sjuksköterskor per 1 000 invånare. Italien och Spanien har minst antal sjuksköterskor sett till invånarantalet. Antalet praktiserande sjuksköterskor¹¹ per 100 000 invånare har ökat i de beskrivna länderna mellan 1980 och 2018, enligt OECD:s statistik, i Figur 26 (11). OECD har ej redovisat data för Frankrike och USA.

¹¹Begreppet i OECD:s databas är "Professional nurses, practicing" (ISCO-08 kod 2221) med definitionen "Practising provide services directly to patients" samt "Nursing professionals assume responsibility for the planning and management of the care of patients, including the supervision of other health care workers, working autonomously or in teams with medical doctors and others in the practical application of preventive and curative measures." Inkluderar bland annat general nurses, specialist nurses, district nurses.

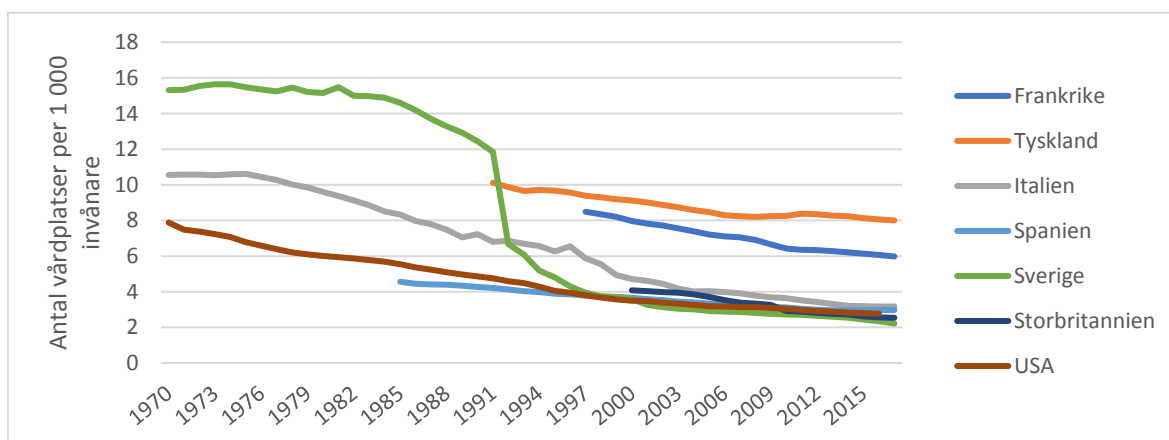


Figur 26: Antal sjuksköterskor per 1 000 invånare, år 1980-2018

Ökningen av antalet sjuksköterskor i Sverige har varit lägre än för antalet läkare, och under den senaste 10-årsperioden har det varit i stort sett konstant. Det finns en brist på sjuksköterskor idag vilket påverkar vården negativt.

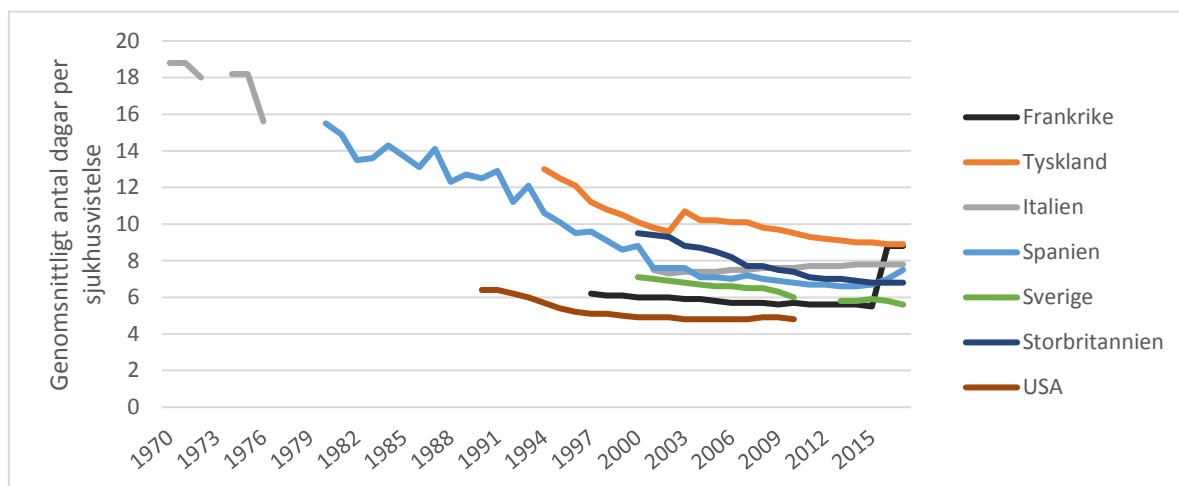
5.3 Vårdplatser på sjukhus

Tyskland, följt av Frankrike, är de länder som har flest antal vårdplatser på sjukhus i relation till befolkning med 8,0 respektive 6,0 vårdplatser per 1 000 invånare år 2017. Sverige har lägst antal vårdplatser (bäddar) med 2,2 per 1 000 invånare. Antalet vårdplatser på sjukhus har kontinuerligt minskat sedan 1970 i både Sverige, EU5 och USA, Figur 27 (11). Sveriges kraftiga minskning år 1992 förklaras i avsnitt 4.4



Figur 27: Antal vårdplatser per 1 000 invånare, år 1970-2017

Samtidigt som antalet vårdplatser har minskat så har även det genomsnittliga antalet vård dagar vid sjukhusvistelse minskat, Figur 28. De plötsliga förändringar som syns i kurvorna för Frankrike och Spanien 2016, samt Tyskland 2003 beror på tidsseriebrott och ändrade definitioner.



Figur 28: Genomsnittligt antalet vård dagar vid sjukhusvistelse, 1970-2017

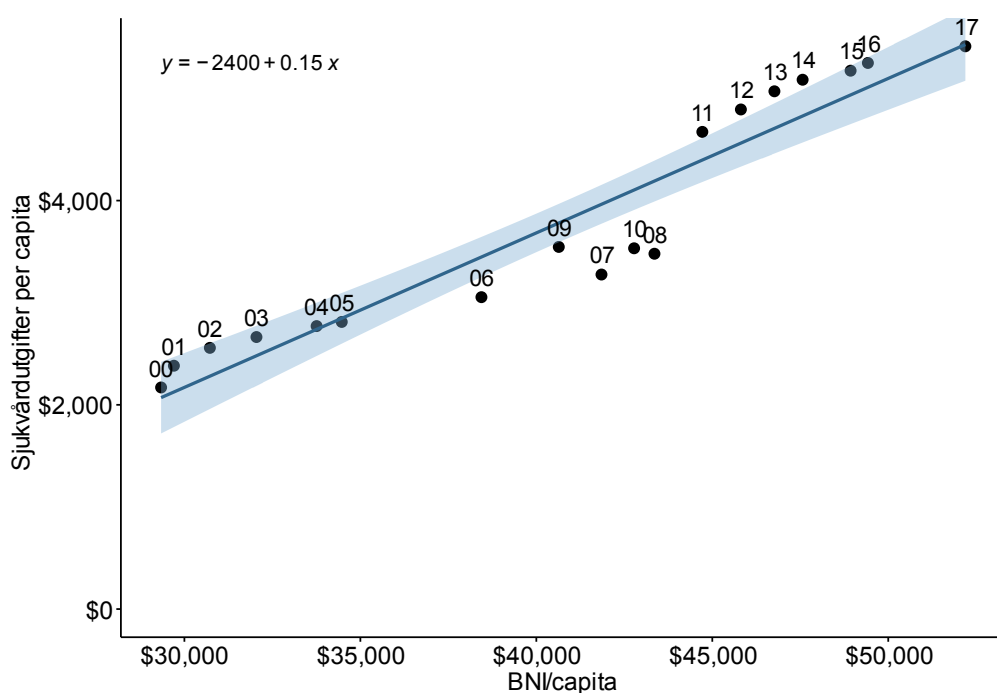
5.4 Sambandet mellan sjukvårdsutgifter och BNP/BNI per capita

I detta avsnitt undersöks kopplingen mellan inkomst, mätt som BNP/BNI per capita, och hur mycket utgifter som går till hälso- och sjukvård. Relationen mellan inkomst och hälso- och sjukvårdsutgifter har studerats i många sammanhang genom åren. I en studie av Newhouse från 1977 (35) beräknas inkomstelasticiteten till 1,31, utifrån en jämförelse mellan sjukvårdsutgifter och BNP per capita i 13 länder i början på 1970-talet.¹² I 1981-års IHE-rapport om sjukvårdsutgifter av Jönsson (1) beräknas elasticiteten i sjukvårdsutgifterna med avseende på BNP till 1,3 procent för Sverige perioden 1970-1979. Inkomstelasticiteten mäter hur en förändring av inkomsten påverkar efterfrågan på en vara eller tjänst. En inkomstelasticitet på över 1,0 innebär att konsumtionen av varan ökar sin andel av inkomsten när inkomsten stiger.

En beräkning för Sverige mellan 2000 och 2017, med data från OECD (11) visar att en allt större andel av hushållens inkomster läggs på sjukvård. I denna analys har vi valt att utgå ifrån BNI per

¹² Sambandet mellan inkomst /BNP per capita (x) och sjukvårdskostnader per capita (y) uttrycks som: $y = -60 + 0.0788x$. Utifrån denna skattning kan priselasticiteten för sjukvård beräknas, dvs hur efterfrågan påverkas genom förändringar i inkomst. Formeln för att beräkna inkomstelasticiteten är: $\varepsilon = \frac{\partial y}{\partial x} \cdot \frac{x}{y}$. Om man använder medelvärdet för BNP per capita i de undersökta länderna från Newhouses studie ovan, 3 416 \$, får man – genom att substituera ut $y = 209$.¹² Detta ger en inkomstelasticitet för sjukvård på 1,31 enligt formel för inkomstelasticitet.

capita¹³. Om man skattar inkomstelasticiteten för Sverige mellan år 2000 och 2017 ligger inkomstelasticiteten på 1,62 skattat på liknande sätt som visas i fotnot 12.¹⁴ Men som tidigare poängterats och som framgår av Figur 29 stiger hälso- och sjukvårdsutgifterna kraftigt mellan åren 2010 och 2011 till följd av att definitionen för hälso- och sjukvårdsutgifter ändrades. Skattar man istället en regression för åren före definitionsändringen (2000–2010) och en efter (2011–2017) ligger inkomstelasticiteten på 1,07 respektive 1,04. Elasticiteten för 2000-talet är således lägre än i Jönssons respektive Newhouses skattningar för 1970-talet.

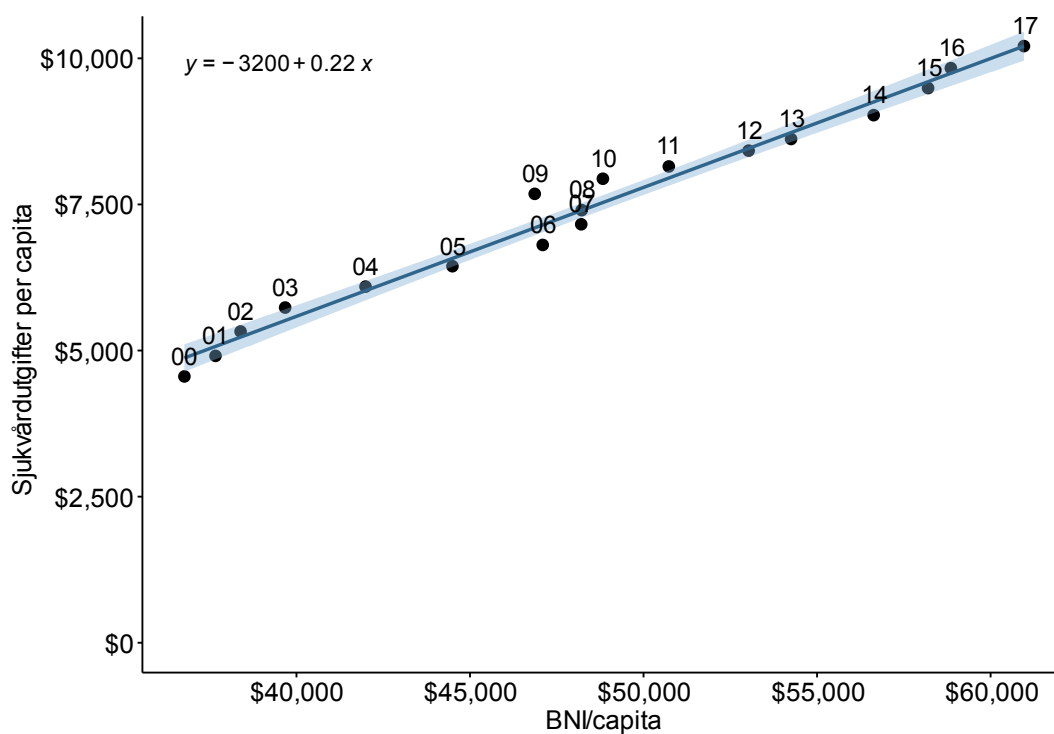


Figur 29: Relationen mellan BNI/capita och sjukvårdsutgifter i Sverige mellan år 2000 och 2017 (löpande, PPP-justerade priser)

¹³ BNP beskrivs som värdet av alla varor och tjänster som produceras inom ett lands geografiska gränser. BNI tar dessutom hänsyn till inkomster till och från andra länder, det vill säga BNI beräknas genom att ett lands BNP minskas med kapitalavkastningar och arbetsinkomster som går till utlandet och ökas med motsvarande inkomster som går till Sverige. För de flesta industriländer är skillnaderna inte så stora mellan BNP och BNI, med undantag från Luxemburg och Irland.

¹⁴ Förklaringsgraden för regressionen för Sverige perioden 2000-2017 är $R^2 = 0,90$

Det svenska sambandet kan jämföras med USA, Figur 30, där sjukvården i större utsträckning är individuellt privatfinansierad. I USA är sambandet mellan inkomst och hälso- och sjukvårdsutgifter starkare och inkomstelasticiteten motsvarar drygt 1,44.¹⁵



Figur 30: Relationen mellan BNI/capita och sjukvårdsutgifter i USA 2000-2017 (löpande, PPP-justerade priser)

¹⁵ Förklaringsgraden för regressionen för USA $R^2 = 0,98$.

6. Slutsatser och diskussion

Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP ökar över tid i Sverige liksom i alla andra länder. Flera faktorer påverkar denna utveckling såsom att en högre inkomst ökar efterfrågan på hälso- och sjukvård, en åldrande befolkning har större vårdbehov, kostnaden per genomsnittligt vårdtillfälle ökar och att antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården i förhållande till befolkningen ökar.

År 2018 utgjorde utgifterna för hälso- och sjukvård 11,0 procent av Sveriges BNP, vilket kan jämföras med 5,5 procent år 1970. Jämfört med andra länder i Europa så ligger Sverige visserligen relativt högt, men fortfarande lägre än Frankrike och Tyskland. Ser man till statistik för resurser i hälso- och sjukvården så ligger Sverige högt vad gäller antal läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare, och lågt vad gäller antal vårdplatser relativt sätt.

Det är lätt att se ökningen av sjukvårdsutgifterna som ett problem, men en felaktig diagnos av problemet kan leda till förslag på lösningar som inte bara är överksamma utan också kan göra problemet värre. Vanligt är att hävda att problemet med sjukvårdsutgifterna är den offentliga finansieringen, överkonsumtion till följd av låga patientavgifter, introduktion av nya och dyra medicinska metoder eller förändringar i befolkningens storlek och sammansättning. Minskad offentlig finansiering, högre patientavgifter, och nej till nya läkemedel påverkar inte den långsiktiga ökningen av de totala sjukvårdsutgifterna, men kan beroende på hur de utformas leda till minskad och ojämn tillgång till vård.

Vår genomgång visar att ökningarna i utgifter för hälso- och sjukvård beror mer på förändring i befolkningens totala storlek än på förändringar i åldersstrukturen. Vidare framgår att en viktig orsak till ökningen sannolikt är förändringar av de relativa priserna, vilket med ekonomiska termer kallas Baumol-effekten. Över tiden har priset på många varor och privata tjänster, till exempel resor, sjunkit eller ökat mindre än priset på sjukvård, ofta som en följd av teknisk utveckling och ökad produktivitet. Det är förändringen i det relativa priset som utgör Baumol-effekten, vilket kan beskrivas som att även om ett läkarbesök tar ungefär samma tid idag som för 50 år sedan, så har läkarens lön per timme ökat vilket i sin tur medför att priset ökar i motsvarande grad. Samtidigt har inkomsten per person ökat, vilket gjort att vi idag har råd att efterfråga och betala för fler läkarbesök. Detta förstärker Baumol-effekten och kan bidra till den observerade ökningen av sjukvårdens andel av BNP över tid. Sjukvård och utbildning är två sektorer som expanderat kraftigt, trots kraftigt stigande relativpriser.

Ökningen av det relativa priset på sjukvård beror på att produktivitetens utvecklingen är snabbare i de varuproducerande sektorerna än inom tjänstesektorer som utbildning och sjukvård. Det är ofrånkomligt att produktiviteten utvecklas olika i olika sektorer, och att detta påverkar relativpriset. En viktig åtgärd för att minska Baumol-effekten blir därför att öka produktiviteten inom sjukvården, och därmed sänka kostnaden per producerad enhet. För en mängd åtgärder inom sjukvården har

kostnaderna per producerad enhet minskat, till exempel genom minskningen av antalet vårdplatser och ökad andel behandling i öppen vård. Men ju längre denna minskning gått, desto svårare blir det att åstadkomma fortsatta produktivitetssökningar på detta sätt. Risken finns också att det inte blir en kostnadsminskning utan en övervältring av kostnaderna på annan part, till exempel anhöriga som får utföra en del nya uppgifter.

Det relativa priset på vissa läkemedel har också minskat över tiden, till följd av att de gått ur patent. Men samtidigt har nya diagnostiska metoder och läkemedel introducerats, vilket leder till ökade kostnader. Denna kostnadsökning måste ses i relation till det ökade värde som de nya teknologierna eller metoderna ger för sjukvården och patienten. Viljan att betala mer för en ny behandling är beroende av vilket värde som den ger. Men även här spelar Baumol-effekten en roll. Ju dyrare de nya behandlingarna blir i relation till andra möjligheter att använda resurserna, inom eller utom sjukvården, desto svårare blir det att använda och betala för dem. Innovationer skapade genom forskning och utveckling är ett viktigt instrument för att förbättra resultatet inom sjukvården, men Baumol-effekten kan inte ignoreras. Ju högre priser, desto högre värde måste skapas för att motivera priset. Denna avvägning mellan pris och värde för nya medicinska möjligheter är en av de stora frågorna för dagens och framtidens sjukvård.

Man kan också diskutera om utvecklingen inom informations- och kommunikationsteknologi kan bidra till att öka produktiviteten inom vården. Ett telefon- eller videosamtal till eller från läkaren ökar i princip inte dennes produktivitet, men minskar patientens tidskostnader för besöket. Därför kan patienten vara beredd att betala mer även om det inte ger en tidsbesparing för läkaren och därmed sänker det relativa priset. Utvecklingen mot nätbaserade konsultationer är inte säkert en produktivitetssökning, utan snarare en förändring i vårdutbudet till konsultationer med lägre värde och pris.

Möjligheterna att automatisera den diagnostiska processen är också en möjlighet som ligger nära i tiden. Redan idag är användningen av diagnostik inom radiologin med hjälp av artificiell intelligens (AI), där data lätt kan digitaliseras och lagras, en praktisk möjlighet. Frågan är dock om det leder till minskade kostnader eller främst en ökning av precisionen i diagnostiken.

En annan möjlighet att minska ökningen av relativpriset på sjukvård är att öka utbudet av de produktionsfaktorer som begränsar ökningen av produktionen. Utbildning av fler läkare och sköterskor kan minska trycket på ökade löner, men Baumol-effekten lär oss att det är ökningen i lönerna inom andra sektorer av ekonomin som driver ökningen av lönerna inom sjukvården och därmed det relativa priset på sjukvård. Vad som behövs är därför en allmän ökning av utbudet av välutbildad arbetskraft.

Frågan om storleken på hälso- och sjukvårdsutgifternas omfattning ställs på sin spets genom att landstingen/regionerna, som år 2017 stod för 57 procent av finansieringen för hälso- och sjukvård, i flera fall har fått försämrat verksamhetsresultat och i några fall även ett underskott (2). Det så kallade

finansieringsgapet mellan kostnader och intäkter behöver hanteras genom att vidta åtgärder som effektiviseringar, besparingar eller skattehöjningar.

Primärkommunerna svarar idag för en fjärdedel av kostnaderna, främst för hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning. Primärkommunernas ekonomi är likartad landstingens/regionernas. Eftersom primärkommunerna också svarar för största delen av utbildningskostnaderna, där Baumol-effekten är minst lika kännbar som för sjukvården, måste mer uppmärksamhet ägnas innehållet i den sjukvård som ges av kommunerna. Informationen om detta i till exempel Nationalräkenskaperna/Hälsoräkenskaperna är otillräcklig för att förstå drivkrafterna för kostnadsutveckling och produktivitet.

Framtiden medför många stora utmaningar kring finansiering av offentliga tjänster för både vård, omsorg och läkemedel, och i början på 2019 lämnades läkemedelsutredningen (36) till regeringen. Utredningens målsättning var att skapa ett långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhälls-ekonomiskt effektiv användning av läkemedel. Det kan vara lämpligt att motsvarande översikter görs på övriga delar av hälso- och sjukvårdsutgifterna. Genomgången av läkemedelsfinansieringen visar att det är delvis nya faktorer som driver kostnadsutvecklingen för läkemedel. Utredningen föreslår att staten, efter att läkemedelsbidraget generaliserats, ska ge landstingen ett särskilt bidrag avsett att stödja en ändamålsenlig användning av nya, effektiva läkemedel och förbrukningsartiklar, och att det bidraget tas fram inom ramen för en långsiktig överenskommelse mellan staten och landstingen.

Denna ändring i finansieringen måste kombineras med förändringar i betalningssystemet för läkemedel för att garantera värdebaserad betalning och kostnadseffektivitet, och därmed korrekta incitament för läkemedelsindustrins investeringar i forskning och utveckling av nya läkemedel.

Referenser

1. Jönsson B. Sjukvårdskostnadernas utveckling och bestämningsfaktorer. IHE meddelande 1981:3. 1981.
2. SKL. Ekonomirapporten, maj 2019 Om kommunernas och regionernas ekonomi. 2019.
3. SCB. Hälsoräkenskaper 2017.
4. OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts. OECD Publishing: 2011.
5. SCB. Konsumentprisindex (1980=100), skuggindex samt index för huvudgrupper, årsmedelvärden. 2019.
6. SCB. Förändring av Hälsoräkenskaperna – publicering mars 2015. 2015.
7. SCB. Instruktioner Räkenskapssammandrag 2018. 2018.
8. Läkemedelsverket. Kartläggning av förutsättningarna för behandling med receptfria läkemedel. Rapport från Läkemedelsverket. 2018.
9. Läkemedelsvärlden. Val av smärtstillande påverkar miljön. 2010.
10. SOU2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform. 2018.
11. OECD. Health Statistics. Online database. 2019.
12. SCB. Rekordår och kriser – så har BNP ökat och minskat. 2016.
13. OECD. Health at a Glance 2017.
14. Martín JJM, Puerto López del Amo González M, Dolores Cano García M. Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure. Applied Economics. 2011;43(1):19-46.
15. Gerdtham U-G, Jönsson B. International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis In: Handbook of Health Economics, Vol: 1, Issue: PART A, Page: 11-53: Elsevier; 2000.
16. Hartwig J, Sturm J-E. Robust determinants of health care expenditure growth. Applied Economics. 2014;46(36):4455-74.
17. Helland E, Taborrak A. Why Are the Prices So Damn High? Claremont McKenna College Robert Day School of Economics and Finance Research Paper No. 3392666, 2019.
18. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2017. En god vård? 2018.
19. SCB. Sveriges framtida befolkning 2017–2070: Störst folkökning att vänta bland de äldsta 2018. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter->

amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/statistiknyhet/sveriges-framtida-befolkning-20182070/.

20. SCB. Statistikdatabasen: Folkmängd efter ålder och kön. 2019.
21. SCB. Generationer genom livet – en demografisk beskrivning av födda under 1900-talet. 2014.
22. SCB. Beställning av Konjunkturinstitutet för Hållbarhetsrapport 2019. 2019.
23. Jönsson B. Den ändrade åldersfördelningens effekter på sjukvårdskostnadernas utveckling. IHE meddelande 1980:3. 1980.
24. Gerdtham UG, Jönsson B. Sjukvårdskostnader i framtiden vad betyder åldersfaktorn? ESO-rapport Ds 1990:39. 1990.
25. Socialstyrelsen. Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2019–2021. 2019.
26. LIF. Apotekens läkemedelsförsäljning, 5-årsintervall 1980-2015. Tabell.
27. Socialstyrelsen. Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal. 2019.
28. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård -Nationella planeringsstödet 2019. 2019.
29. SKL. Ekonomirapporten, december 2018 Om kommunernas och landstingens ekonomi. 2018.
30. SCB. Genomsnittlig månadslön inom landstingskommunal sektor efter landsting, yrke SSYK och kön. 2019.
31. Läkartidningen. Sverige har lägst antal vårdplatser i Europa. 2007;104(6).
32. Socialstyrelsen. Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen. 2018.
33. OECD. Health at a Glance: Europe 2018.
34. Bro T. Sveriges bottenplacering i OECD:s rankning används fel. Läkartidningen. 2018;115.
35. Newhouse J. Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey The Journal of Human Resources 1977;12(1):115-25.
36. 2018:89 S. Läkemedelsutredningen: Tydligare ansvar och regler för läkemedel. Stockholm: Socialdepartementet 2019.

Bilagor 1-7

Bilaga 1: Hälso- och sjukvårdens utgifter i löpande priser

Bilaga 2: Index för hälso- och sjukvård

Bilaga 3: Hälso- och sjukvårdens utgifter i 2017-års prisnivå

Bilaga 4: Finansiärer av hälso- och sjukvården i löpande priser

Bilaga 5: Finansiärer av hälso- och sjukvården i 2017-års prisnivå

Bilaga 6: Beräkning av ålderseffekt för hälso- och sjukvård (offentligt finansierad välfärdskonsumtion)

Bilaga 7: Beräkning av ålderseffekt inklusive kostnad för äldre och funktionsnedsatta för hälso- och sjukvård (offentligt finansierad välfärdskonsumtion)

Bilaga 1: Hälso- och sjukvårdens utgifter i löpande priser

Hälso- och sjukvårdsändamål	HC	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (prel.)
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster	HC.1+HC.2	132 660	139 912	149 217	151 399	156 489	165 429	174 224	184 519	192 797	197 507	205 704	212 193	218 735	230 734	241 831	251 197	260 508
<i>Botande och rehabiliterande slutenvård</i>	HC.1.1+HC.2.1	53 798	60 670	64 943	66 078	66 793	70 648	72 838	76 002	78 977	79 936	83 201	85 199	86 952	91 214	94 749	96 356	100 974
<i>Botande och rehabiliterande dagsjukvård</i>	HC.1.2+HC.2.2	5 913	3 410	3 541	3 605	4 412	5 020	5 449	6 261	6 808	6 770	7 309	7 715	8 236	7 642	8 457	8 868	9 585
<i>Botande och rehabiliterande öppenvård</i>	HC.1.3+HC.2.3	72 662	75 371	79 750	80 709	83 999	88 640	94 641	100 894	105 601	109 352	113 697	118 144	122 025	130 052	136 575	143 711	147 550
Allmän botande öppenvård	HC.1.3.1	16 160	15 412	17 341	17 613	17 962	19 056	19 191	20 498	21 497	23 408	24 082	25 473	25 921	26 760	27 782	29 132	30 239
Tandvård	HC.1.3.2	15 314	15 632	16 761	18 548	18 764	19 395	20 104	21 656	22 946	22 474	22 950	23 067	23 856	24 406	25 465	26 477	27 420
Övrig specialiserad öppenvård	HC.1.3.3	33 274	35 935	36 731	34 998	37 551	39 470	43 369	46 159	48 584	50 756	53 393	55 891	57 535	63 137	66 799	71 358	72 017
Övrig botande öppenvård	HC.1.3.9	7 012	7 608	8 065	8 669	9 123	10 196	11 273	11 975	12 287	12 576	13 148	13 618	14 620	15 628	16 418	16 623	17 757
<i>Botande och rehabiliterande hemsjukvård</i>	HC.1.4+HC.2.4	287	461	983	1 007	1 285	1 121	1 296	1 362	1 411	1 449	1 497	1 135	1 522	1 826	2 050	2 262	2 399
Hälso- och inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning	HC.3	16 173	17 361	17 823	18 424	19 090	20 327	21 077	21 639	22 390	22 781	102 724	106 201	110 131	114 900	121 095	125 747	133 454
därav ADL												83 358	86 222	88 843	92 242	97 186	101 052	107 243
* inom särskilda boendeformer	HC.3.1											68 140	70 125	72 130	74 495	77 873	81 056	86 119
* inom dagverksamhet och korttidsvård	HC.3.2											5 785	5 858	5 841	6 168	6 456	6 429	6 512
* inom ordinärt boende (omvårdnadstjänster)	HC.3.4											28 799	30 218	32 160	34 237	36 766	38 262	40 823
Tilläggstjänster inom sjukvård	HC.4	4 210	7 871	9 813	11 197	11 935	11 648	12 051	13 526	13 376	12 905	14 287	14 302	16 330	16 866	16 981	17 848	19 821
Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter	HC.5	34 757	37 640	38 962	39 982	41 334	43 498	44 811	46 991	48 425	48 812	49 292	50 326	51 408	53 462	57 049	60 843	62 234
<i>Läkemedel och andra medicinska icke-varaktiga varor/förbrukningsartiklar</i>	HC.5.1	29 088	31 602	32 213	32 740	33 504	35 287	36 481	38 440	39 636	39 732	40 005	40 906	41 204	43 054	45 617	48 758	49 393
Receptförskrivna mediciner	HC.5.1.1	22 429	24 218	24 615	24 808	25 407	26 004	26 953	27 906	28 369	28 597	28 828	28 272	28 233	29 316	31 388	33 670	34 147
Receptfria mediciner	HC.5.1.2	4 996	5 587	5 822	6 053	6 299	7 074	7 186	8 095	8 624	8 314	8 272	9 611	9 879	10 507	10 883	11 504	11 642
Övriga medicinska dagligvaror	HC.5.1.3	1 663	1 797	1 776	1 879	1 798	2 209	2 342	2 439	2 643	2 821	2 905	3 023	3 092	3 231	3 346	3 584	3 604
<i>Terapeutiska hjälpmedel och andra medicinska varaktiga varor</i>	HC.5.2	5 669	6 038	6 749	7 242	7 830	8 211	8 330	8 551	8 789	9 080	9 287	9 420	10 204	10 408	11 432	12 085	12 841
Förebyggande vård	HC.6	6 447	7 199	6 881	6 869	7 742	7 559	8 694	9 542	10 702	10 315	11 314	11 812	13 021	13 149	14 500	15 040	16 425
<i>Informations-, utbildnings- och rådgivningsprogram</i>	HC.6.1	2 531	3 178	2 430	2 176	2 900	2 544	3 053	3 543	4 623	4 089	4 753	5 511	5 689	5 439	6 340	6 346	7 219
<i>Immuniseringsprogram</i>	HC.6.2	872	871	982	1 072	1 072	1 095	1 282	1 391	1 465	1 486	1 537	1 438	1 746	1 878	1 975	2 080	2 216
<i>Allmänna hälsokontroller</i>	HC.6.4	2 896	2 978	3 257	3 414	3 536	3 705	4 127	4 391	4 321	4 460	4 714	4 581	5 302	5 540	5 886	6 309	6 687
<i>Epidemiologisk övervakning och smittskyddsarb</i>	HC.6.5	148	172	212	207	234	215	232	217	293	280	310	282	284	292	299	305	303
Administration av hälso- och sjukvård och sjukvårdsförsäkringar	HC.7	4 060	4 075	2 800	2 604	2 604	2 837	3 562	3 596	4 483	4 428	4 914	5 774	5 991	6 537	7 770	7 328	8 515
<i>Offentliga myndigheters administration av hälso- och sjukvård</i>	HC.7.1	3 972	3 985	2 694	2 491	2 477	2 695	3 380	3 394	4 192	4 100	4 538	5 367	5 540	6 080	7 272	6 736	7 930
<i>Administration av sjukvårdsförsäkringar</i>	HC.7.2	88	90	106	113	127	142	182	202	291	328	376	407	451	457	498	592	585
Andra hälso- och sjukvårdsändamål	HC.0	790	838	1 120	1 266	1 459	1 620	1 782	1 801	1 967	1 973	2 250	2 443	2 874	2 966	3 100	3 355	3 573
Totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifter	HC.0 - HC.7	199 097	214 896	226 616	231 741	240 653	252 918	266 201	281 614	294 140	298 721	390 485	403 051	418 490	438 614	462 326	481 358	504 530
BNP till marknadspris	BNP	2 481 916	2 573 959	2 680 863	2 808 403	2 910 683	3 102 834	3 300 983	3 391 681	3 292 009	3 523 824	3 661 043	3 688 871	3 773 939	3 940 925	4 201 543	4 385 497	4 578 833
Hälso- och sjukvårdens andel av BNP	THC/BNP relativt	8.0	8.3	8.5	8.3	8.3	8.2	8.1	8.3	8.9	8.5	10.7	10.9	11.1	11.1	11.0	11.0	11.0

Bilaga 2: Index för hälso- och sjukvård

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (prel.)
Index hälso- och sjukvård	660.10	686.00	705.3	732	748.8	752.27	772.65	763.09	769.39	793.91	807.39	830.29	846.03	850.37	851.91	855.4	859.69
Index 2017/2001	1.30	1.25	1.22	1.17	1.15	1.14	1.11	1.13	1.12	1.08	1.06	1.04	1.02	1.01	1.01	1.01	1.00

Källa: SCB (5)

Bilaga 3: Hälso- och sjukvårdens utgifter i 2017-års prinsnivå

Hälso- och sjukvårdsändamål	HC*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (prel.)
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster	HC.1+HC.2	172 772	175 337	181 881	177 809	179 663	189 051	193 851	207 877	215 425	213 872	219 029	219 707	222 267	233 263	244 040	252 457	260 508
Botande och rehabiliterande slutenvård	HC.1.1+HC.2.1	70 065	76 031	79 159	77 605	76 684	80 736	81 043	85 623	88 246	86 559	88 590	88 216	88 356	92 214	95 614	96 839	100 974
Botande och rehabiliterande dagsjukvård	HC.1.2+HC.2.2	7 701	4 273	4 316	4 234	5 065	5 737	6 063	7 054	7 607	7 331	7 782	7 988	8 369	7 726	8 534	8 912	9 585
Botande och rehabiliterande öppenvård	HC.1.3+HC.2.3	94 632	94 454	97 207	94 788	96 438	101 297	105 302	113 666	117 995	118 412	121 062	122 327	123 995	131 477	137 822	144 432	147 550
Allmän botande öppenvård	HC.1.3.1	21 046	19 314	21 137	20 685	20 622	21 777	21 353	23 093	24 020	25 347	25 642	26 375	26 340	27 053	28 036	29 278	30 239
Tandvård	HC.1.3.2	19 944	19 590	20 430	21 784	21 543	22 164	22 369	24 397	25 639	24 336	24 437	23 884	24 241	24 673	25 698	26 610	27 420
Övrig specialiserad öppenvård	HC.1.3.3	43 335	45 033	44 771	41 103	43 112	45 106	48 255	52 002	54 286	54 961	56 852	57 870	58 464	63 829	67 409	71 716	72 017
Övrig botande öppenvård	HC.1.3.9	9 132	9 534	9 830	10 181	10 474	11 652	12 543	13 491	13 729	13 618	14 000	14 100	14 856	15 799	16 568	16 706	17 757
Botande och rehabiliterande hemsjukvård	HC.1.4+HC.2.4	374	578	1 198	1 183	1 475	1 281	1 442	1 534	1 577	1 569	1 594	1 175	1 547	1 846	2 069	2 273	2 399
Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning	HC.3	21 063	21 757	21 724	21 638	21 917	23 230	23 451	24 378	25 018	24 669	109 378	109 962	111 909	116 159	122 201	126 378	133 454
därav ADL												88 758	89 275	90 277	93 253	98 074	101 559	107 243
* inom särskilda boendeformer	HC.3.1											72 554	72 608	73 295	75 311	78 584	81 463	86 119
* inom dagverksamhet och korttidsvård	HC.3.2											6 160	6 065	5 935	6 236	6 515	6 461	6 512
* inom ordinärt boende (omvårdnadstjänster)	HC.3.4											30 665	31 288	32 679	34 612	37 102	38 454	40 823
Tilläggstjänster inom sjukvård	HC.4	5 483	9 864	11 961	13 150	13 702	13 311	13 409	15 238	14 946	13 974	15 212	14 808	16 594	17 051	17 136	17 938	19 821
Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter	HC.5	45 266	47 170	47 491	46 956	47 455	49 709	49 859	52 940	54 108	52 856	52 485	52 108	52 238	54 048	57 570	61 148	62 234
Läkemedel och andra medicinska icke-varaktiga varor/förbrukningsartiklar	HC.5.1	37 883	39 603	39 264	38 451	38 466	40 326	40 591	43 306	44 288	43 024	42 596	42 354	41 869	43 526	46 034	49 003	49 393
Receptföreskrivna mediciner	HC.5.1.1	29 211	30 350	30 003	29 136	29 170	29 717	29 989	31 439	31 699	30 966	30 695	29 273	28 689	29 637	31 675	33 839	34 147
Receptfria mediciner	HC.5.1.2	6 507	7 002	7 096	7 109	7 232	8 084	7 996	9 120	9 636	9 003	8 808	9 951	10 039	10 622	10 982	11 562	11 642
Övriga medicinska dagligvaror	HC.5.1.3	2 166	2 252	2 165	2 207	2 064	2 524	2 606	2 748	2 953	3 055	3 093	3 130	3 142	3 266	3 377	3 602	3 604
Terapeutiska hjälpmedel och andra medicinska varaktiga varor	HC.5.2	7 383	7 567	8 226	8 505	8 990	9 383	9 268	9 633	9 821	9 832	9 889	9 754	10 369	10 522	11 536	12 146	12 841
Förebyggande vård	HC.6	8 396	9 022	8 387	8 067	8 889	8 638	9 673	10 750	11 958	11 170	12 047	12 230	13 231	13 293	14 632	15 115	16 425
Informations-, utbildnings- och rådgivningsprogram	HC.6.1	3 296	3 983	2 962	2 556	3 329	2 907	3 397	3 992	5 166	4 428	5 061	5 706	5 781	5 499	6 398	6 378	7 219
Immuniseringsprogram	HC.6.2	1 136	1 092	1 197	1 259	1 231	1 251	1 426	1 567	1 637	1 609	1 637	1 489	1 774	1 899	1 993	2 090	2 216
Allmänna hälsokontroller	HC.6.4	3 772	3 732	3 970	4 010	4 060	4 234	4 592	4 947	4 828	4 830	5 019	4 743	5 388	5 601	5 940	6 341	6 687
Epidemiologisk övervakning och smittskyddsarbete	HC.6.5	193	216	258	243	269	246	258	244	327	303	330	292	289	295	302	307	303
Administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar	HC.7	5 288	5 107	3 413	3 058	2 990	3 242	3 963	4 051	5 009	4 795	5 232	5 978	6 088	6 609	7 841	7 365	8 515
Offentliga myndigheters administration av hälso- och sjukvård	HC.7.1	5 173	4 994	3 284	2 926	2 844	3 080	3 761	3 824	4 684	4 440	4 832	5 557	5 629	6 147	7 338	6 770	7 930
Administration av sjukvårdsförsäkringar	HC.7.2	115	113	129	133	146	162	203	228	325	355	400	421	458	462	503	595	585
Andra hälso- och sjukvårdsändamål	HC.0	1 029	1 050	1 365	1 487	1 675	1 851	1 983	2 029	2 198	2 136	2 396	2 530	2 920	2 999	3 128	3 372	3 573
Totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifter	HC.0 - HC.7	259 297	269 306	276 222	272 166	276 291	289 033	296 189	317 264	328 662	323 472	415 779	417 323	425 247	443 421	466 548	483 772	504 530

Bilaga 4: Finansiärer av hälso- och sjukvården i löpande priser

Hälso- och sjukvårdsändamål efter finansiär	HC & HF*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	17 (prel.)
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster	HC.1+HC.2	132 660	139 912	149 217	151 399	156 489	165 429	174 224	184 519	192 797	197 507	205 704	212 193	218 735	230 734	241 831	251 197	260 508
Staten	HF.1.1.1	1 941	1 771	2 838	3 337	2 473	2 861	3 229	3 584	4 416	3 674	3 702	3 606	3 799	3 871	3 898	4 161	4 379
Kommuner	HF.1.1.2.1	1 209	1 029	1 159	912	942	1 138	1 331	1 563	1 627	1 269	1 307	1 306	1 356	1 592	1 615	1 340	1 367
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	111 324	118 027	125 302	126 163	130 487	138 544	145 433	153 941	160 257	165 280	172 266	177 715	182 889	193 602	203 111	211 445	219 694
Hushållens utgifter ur egen ficka	HF.3	18 186	19 085	19 918	20 987	22 587	22 886	24 231	25 431	26 497	27 284	28 429	29 566	30 691	31 669	33 207	34 251	35 068
Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning	HC.3	16 173	17 361	17 823	18 424	19 090	20 327	21 077	21 639	22 390	22 781	102 724	106 201	110 131	114 900	121 095	125 747	133 454
Staten	HF.1.1.1	56	62	65	69	72	74	71	69	84	109	131	136	153	163	165	163	174
Kommuner	HF.1.1.2.1	13 568	14 695	15 260	15 785	16 058	17 297	18 266	19 003	19 691	20 102	93 495	96 675	100 816	105 385	111 274	115 553	122 896
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	1 530	1 680	1 684	1 697	2 079	2 033	1 815	1 608	1 614	1 557	1 447	1 490	813	808	861	945	1 058
Hushållens utgifter ur egen ficka	HF.3	1 019	924	814	873	881	923	925	959	1 001	1 013	7 651	7 900	8 349	8 544	8 795	9 086	9 326
Tilläggstjänster inom sjukvård	HC.4	4 210	7 871	9 813	11 197	11 935	11 648	12 051	13 526	13 376	12 905	14 287	14 302	16 330	16 866	16 981	17 848	19 821
Kommuner	HF.1.1.2.1	26	26	23	23	14	10	16	21	23	19	22	24	30	31	32	70	68
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	4 106	7 775	9 734	11 113	11 876	11 579	11 979	13 444	13 260	12 830	14 190	14 177	16 148	16 695	16 836	17 661	19 635
Hushållens utgifter ur egen ficka	HF.3	78	70	56	61	45	59	56	61	93	56	75	101	152	140	113	117	118
Medicinska varor som lämnas ut till öppen-vårdspatienter	HC.5	34 757	37 640	38 962	39 982	41 334	43 498	44 811	46 991	48 425	48 812	49 292	50 326	51 408	53 462	57 049	60 843	62 234
Kommuner	HF.1.1.2.1	530	672	653	680	610	773	804	794	849	899	917	914	869	883	908	990	977
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	19 501	20 940	22 054	22 577	23 258	23 751	24 372	25 254	25 705	25 918	26 060	25 206	25 119	25 294	27 050	29 870	30 298
Hushållens utgifter ur egen ficka	HF.3	14 726	16 028	16 255	16 725	17 466	18 974	19 635	20 943	21 871	21 995	22 315	24 206	25 420	27 285	29 091	29 983	30 959
Förebyggande vård	HC.6	6 447	7 199	6 881	6 869	7 742	7 559	8 694	9 542	10 702	10 315	11 314	11 812	13 021	13 149	14 500	15 040	16 425
Staten	HF.1.1.1	328	362	383	386	397	412	434	371	486	496	527	491	496	505	523	531	526
Kommuner	HF.1.1.2.1	1 392	1 543	1 635	1 737	1 922	1 764	2 096	2 171	2 171	2 254	2 268	2 332	2 433	2 593	2 769	2 979	3 281
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	3 474	4 051	3 531	3 271	3 866	3 695	4 312	5 085	6 242	5 687	6 526	6 934	7 890	7 840	8 717	8 692	9 735
Företag	HF.2.3	1 171	1 171	1 255	1 307	1 353	1 445	1 596	1 659	1 537	1 619	1 721	1 741	1 800	1 816	2 100	2 457	2 510
Hushållens utgifter ur egen ficka	HF.3	82	72	77	168	204	243	256	256	266	259	272	314	402	395	391	381	373
Administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar	HC.7	4 060	4 075	2 800	2 604	2 604	2 837	3 562	3 596	4 483	4 428	4 914	5 774	5 991	6 537	7 770	7 328	8 515
Staten	HF.1.1.1	503	563	778	741	699	674	776	855	1 199	1 139	1 318	1 825	1 961	2 196	2 156	2 158	2 365
Kommuner	HF.1.1.2.1	19	8	9	8	7	14	26	24	13	2	5		9	2	7	2	2
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	3 450	3 414	1 907	1 742	1 771	2 007	2 578	2 515	2 980	2 959	3 215	3 542	3 570	3 882	5 109	4 576	5 563
Frivilliga sjukvårdsförsäkringar	HF.2.1	88	90	106	113	127	142	182	202	291	328	376	407	451	457	498	592	585
Andra hälso- och sjukvårdsändamål	HC.0	790	838	1 120	1 266	1 459	1 620	1 782	1 801	1 967	1 973	2 250	2 443	2 874	2 966	3 100	3 355	3 573
Staten	HF.1.1.1			111	170	216	274	354	220	463	408	481	506	604	314	259	296	248
Frivilliga sjukvårdsförsäkringar	HF.2.1	352	361	485	551	622	692	829	985	1 164	1 312	1 504	1 628	1 922	2 028	2 193	2 384	2 649
Hushållens ideella organisationer	HF.2.2	438	477	524	545	621	654	599	596	340	253	265	309	348	624	648	675	676
Totala löpande hälso- och sjukvårdutgifter	HC.0 - HC.7	199 097	214 896	226 616	231 741	240 653	252 918	266 201	281 614	294 140	298 721	390 485	403 051	418 490	438 614	462 326	481 358	504 530
Staten	HF.1.1.1	2 828	2 758	4 175	4 703	3 857	4 295	4 864	5 099	6 648	5 826	6 159	6 564	7 013	7 049	7 001	7 309	7 692
Kommuner	HF.1.1.2.1	16 744	17 973	18 739	19 145	19 553	20 996	22 539	23 576	24 374	24 545	98 014	101 251	105 513	110 486	116 605	120 934	128 591
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	143 385	155 887	164 212	166 563	173 337	181 609	190 489	201 847	210 058	214 231	223 704	229 064	236 429	248 121	261 684	273 189	285 983
Frivilliga sjukvårdsförsäkringar	HF.2.1	440	451	591	664	749	834	1 011	1 187	1 455	1 640	1 880	2 035	2 373	2 485	2 691	2 976	3 234
Hushållens ideella organisationer	HF.2.2	438	477	524	545	621	654	599	596	340	253	265	309	348	624	648	675	676
Företag	HF.2.3	1 171	1 171	1 255	1 307	1 353	1 445	1 596	1 659	1 537	1 619	1 721	1 741	1 800	1 816	2 100	2 457	2 510
Hushållens utgifter ur egen ficka	HF.3	34 091	36 179	37 120	38 814	41 183	43 085	45 103	47 650	49 728	50 607	58 742	62 087	65 014	68 033	71 597	73 818	75 844

Bilaga 5: Finansiärer av hälso- och sjukvården i 2017-års prisnivå

Hälso- och sjukvårdsändamål efter finansiär	HC & HF*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	17 (prel.)
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster	HC.1+HC.2	172 772	175 337	181 881	177 809	179 663	189 051	193 851	207 877	215 425	213 872	219 029	219 707	222 267	233 263	244 040	252 457	260 508
Staten	HF.1.1.1	2 528	2 219	3 459	3 919	2 839	3 270	3 593	4 038	4 934	3 978	3 942	3 734	3 860	3 913	3 934	4 182	4 379
Kommuner	HF.1.1.2.1	1 575	1 290	1 413	1 071	1 082	1 301	1 481	1 761	1 818	1 374	1 392	1 352	1 378	1 609	1 630	1 347	1 367
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	144 984	147 911	152 731	148 171	149 811	158 327	161 816	173 428	179 066	178 974	183 425	184 008	185 842	195 724	204 966	212 505	219 694
Hushållens utgifter ur egen ficka	HF.3	23 685	23 917	24 278	24 648	25 932	26 154	26 961	28 650	29 607	29 545	30 271	30 613	31 187	32 016	33 510	34 423	35 068
Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning	HC.3	21 063	21 757	21 724	21 638	21 917	23 230	23 451	24 378	25 018	24 669	109 378	109 962	111 909	116 159	122 201	126 378	133 454
Staten	HF.1.1.1	73	78	79	81	83	85	79	78	94	118	139	141	155	165	167	164	174
Kommuner	HF.1.1.2.1	17 670	18 416	18 600	18 539	18 436	19 767	20 324	21 409	22 002	21 768	99 551	100 098	102 444	106 540	112 290	116 133	122 896
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	1 993	2 105	2 053	1 993	2 387	2 323	2 019	1 812	1 803	1 686	1 541	1 543	826	817	869	950	1 058
Hushållens utgifter ur egen ficka	HF.3	1 327	1 158	992	1 025	1 011	1 055	1 029	1 080	1 118	1 097	8 147	8 180	8 484	8 638	8 875	9 132	9 326
Tilläggstjänster inom sjukvård	HC.4	5 483	9 864	11 961	13 150	13 702	13 311	13 409	15 238	14 946	13 974	15 212	14 808	16 594	17 051	17 136	17 938	19 821
Kommuner	HF.1.1.2.1	34	33	28	27	16	11	18	24	26	21	23	25	30	31	32	70	68
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	5 348	9 744	11 865	13 052	13 635	13 232	13 328	15 146	14 816	13 893	15 109	14 679	16 409	16 878	16 990	17 750	19 635
Hushållens utgifter ur egen ficka	HF.3	102	88	68	72	52	67	62	69	104	61	80	105	154	142	114	118	118
Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter	HC.5	45 266	47 170	47 491	46 956	47 455	49 709	49 859	52 940	54 108	52 856	52 485	52 108	52 238	54 048	57 570	61 148	62 234
Kommuner	HF.1.1.2.1	690	842	796	799	700	883	895	895	949	973	976	946	883	893	916	995	977
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	25 397	26 242	26 882	26 515	26 702	27 143	27 118	28 451	28 722	28 065	27 748	26 099	25 525	25 571	27 297	30 020	30 298
Hushållens utgifter ur egen ficka	HF.3	19 179	20 086	19 813	19 643	20 053	21 683	21 847	23 594	24 438	23 817	23 760	25 063	25 830	27 584	29 357	30 133	30 959
Förebyggande vård	HC.6	8 396	9 022	8 387	8 067	8 889	8 638	9 673	10 750	11 958	11 170	12 047	12 230	13 231	13 293	14 632	15 115	16 425
Staten	HF.1.1.1	427	454	467	453	456	471	483	418	543	537	561	508	504	511	528	534	526
Kommuner	HF.1.1.2.1	1 813	1 934	1 993	2 040	2 207	2 016	2 332	2 446	2 426	2 441	2 415	2 415	2 472	2 621	2 794	2 994	3 281
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	4 524	5 077	4 304	3 842	4 439	4 223	4 798	5 729	6 975	6 158	6 949	7 180	8 017	7 926	8 797	8 736	9 735
Företag	HF.2.3	1 525	1 467	1 530	1 535	1 553	1 651	1 776	1 869	1 717	1 753	1 832	1 803	1 829	1 836	2 119	2 469	2 510
Hushållens utgifter ur egen ficka	HF.3	107	90	94	197	234	278	285	288	297	280	290	325	408	399	395	383	373
Administration av hälso- och sjukvård och sjukvård	HC.7	5 288	5 107	3 413	3 058	2 990	3 242	3 963	4 051	5 009	4 795	5 232	5 978	6 088	6 609	7 841	7 365	8 515
Staten	HF.1.1.1	655	706	948	870	803	770	863	963	1 340	1 233	1 403	1 890	1 993	2 220	2 176	2 169	2 365
Kommuner	HF.1.1.2.1	25	10	11	9	8	16	29	27	15	2	5	-	9	2	7	2	2
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	4 493	4 278	2 324	2 046	2 033	2 294	2 868	2 833	3 330	3 204	3 423	3 667	3 628	3 925	5 156	4 599	5 563
Frivilliga sjukvårdsförsäkringar	HF.2.1	115	113	129	133	146	162	203	228	325	355	400	421	458	462	503	595	585
Andra hälso- och sjukvårdsändamål	HC.0	1 029	1 050	1 365	1 487	1 675	1 851	1 983	2 029	2 198	2 136	2 396	2 530	2 920	2 999	3 128	3 372	3 573
Staten	HF.1.1.1			135	200	248	313	394	248	517	442	512	524	614	317	261	297	248
Frivilliga sjukvårdsförsäkringar	HF.2.1	458	452	591	647	714	791	922	1 110	1 301	1 421	1 601	1 686	1 953	2 050	2 213	2 396	2 649
Hushållens ideella organisationer	HF.2.2	570	598	639	640	713	747	666	671	380	274	282	320	354	631	654	678	676
Totala löpande hälso- och sjukvårdutgifter	HC.0 - HC.7	259 297	269 306	276 222	272 166	276 291	289 033	296 189	317 264	328 662	323 472	415 779	417 323	425 247	443 421	466 548	483 772	504 530
Staten	HF.1.1.1	3 683	3 456	5 089	5 523	4 428	4 908	5 412	5 744	7 428	6 309	6 558	6 796	7 126	7 126	7 065	7 346	7 692
Kommuner	HF.1.1.2.1	21 807	22 524	22 841	22 485	22 449	23 994	25 078	26 560	27 235	26 579	104 363	104 836	107 217	111 697	117 670	121 541	128 591
Landsting samt landstingsägda bolag	HF.1.1.2.2 + HF.1.1.2.3	186 739	195 356	200 158	195 618	199 007	207 542	211 948	227 399	234 712	231 981	238 195	237 175	240 246	250 840	264 074	274 559	285 983
Frivilliga sjukvårdsförsäkringar	HF.2.1	573	565	720	780	860	953	1 125	1 337	1 626	1 776	2 002	2 107	2 411	2 512	2 716	2 991	3 234
Hushållens ideella organisationer	HF.2.2	570	598	639	640	713	747	666	671	380	274	282	320	354	631	654	678	676
Företag	HF.2.3	1 525	1 467	1 530	1 535	1 553	1 651	1 776	1 869	1 717	1 753	1 832	1 803	1 829	1 836	2 119	2 469	2 510
Hushållens utgifter ur egen ficka	HF.3	44 399	45 339	45 246	45 585	47 282	49 237	50 184	53 682	55 564	54 800	62 547	64 285	66 064	68 779	72 251	74 188	75 844

Bilaga 6: Beräkning av ålderseffekt för hälso- och sjukvård (offentligt finansierad välfärdskonsumtion)

	Befolkning 1980	Befolkning 2016	Kostnad per person 2016 (kr)	Total kostnad 1980 (kr)	Total kostnad 2016 (kr)
	SCB:s befolkningsstatistik (20)		SCB/Konjunkturinstitutet (22)	Egen beräkning	Egen beräkning
0-4 år	483 836	597 041	21 403	10 355 541 908	12 778 468 523
5-9 år	554 348	600 853	13 965	7 741 469 820	8 390 912 145
10-14 år	577 167	563 100	14 378	8 298 507 126	8 096 251 800
15-19 år	579 130	529 612	15 151	8 774 398 630	8 024 151 412
20-24 år	553 928	640 179	15 286	8 467 343 408	9 785 776 194
25-29 år	579 451	711 687	17 781	10 303 218 231	12 654 506 547
30-34 år	659 898	641 176	18 624	12 289 940 352	11 941 261 824
35-39 år	622 378	617 317	17 807	11 082 685 046	10 992 563 819
40-44 år	479 249	647 816	19 394	9 294 555 106	12 563 743 504
45-49 år	433 708	658 991	19 924	8 641 198 192	13 129 736 684
50-54 år	455 244	666 684	21 921	9 979 403 724	14 614 379 964
55-59 år	498 789	581 418	24 207	12 074 185 323	14 074 385 526
60-64 år	478 712	562 422	27 204	13 022 881 248	15 300 128 088
65-69 år	442 788	573 266	38 690	17 131 467 720	22 179 661 540
70-74 år	382 499	539 911	44 804	17 137 485 196	24 190 172 444
75-79 år	273 471	356 786	54 192	14 819 940 432	19 334 946 912
80-84 år	163 049	247 030	64 805	10 566 390 445	16 008 779 150
85-89 år	73 922	162 745	82 247	6 079 862 734	13 385 288 015
90-94 år	22 145	75 564	74 051	1 639 859 395	5 595 589 764
95+	4 225	21 555	63 536	268 439 600	1 369 518 480
Summa	8 317 937	9 995 153		197 968 773 636	254 410 222 335

Befolkningsökning 1980-2016: 20,16 procent (9 995 153/8 317 937). **Kostnadsökning** (baserad på SCB/KI:s offentligt finansierad välfärdskonsumtion) till följd av både befolkningsökning samt ändrad åldersstruktur) 1980-2016: 28,51 procent (254 410 222 335/197 968 773 636). **Kostnadsökning** till följd av befolkningsökning: 71 procent (20,16/28,51), och till följd av ändrad åldersstruktur 29 procent.

Bilaga 7. Beräkning av ålderseffekt inklusive kostnad för äldre och funktionsnedsatta för hälso- och sjukvård (offentligt finansierad välfärdskonsumtion)

	Befolkning 1980	Befolkning 2016	Kostnad per person 2016 (kr)	Total kostnad 1980 (kr)	Total kostnad 2016 (kr)
	SCB:s befolkningsstatistik (20)		SCB/Konjunkturinstitutet (22)	Egen beräkning	Egen beräkning
0-4 år	483 836	597 041	21 403	10 355 541 908	12 778 468 523
5-9 år	554 348	600 853	13 965	7 741 469 820	8 390 912 145
10-14 år	577 167	563 100	14 378	8 298 507 126	8 096 251 800
15-19 år	579 130	529 612	15 151	8 774 398 630	8 024 151 412
20-24 år	553 928	640 179	15 286	8 467 343 408	9 785 776 194
25-29 år	579 451	711 687	17 781	10 303 218 231	12 654 506 547
30-34 år	659 898	641 176	18 624	12 289 940 352	11 941 261 824
35-39 år	622 378	617 317	17 807	11 082 685 046	10 992 563 819
40-44 år	479 249	647 816	19 394	9 294 555 106	12 563 743 504
45-49 år	433 708	658 991	19 924	8 641 198 192	13 129 736 684
50-54 år	455 244	666 684	21 921	9 979 403 724	14 614 379 964
55-59 år	498 789	581 418	24 207	12 074 185 323	14 074 385 526
60-64 år	478 712	562 422	27 204	13 022 881 248	15 300 128 088
65-69 år	442 788	573 266	38 690	17 131 467 720	22 179 661 540
70-74 år	382 499	539 911	44 804	17 137 485 196	24 190 172 444
75+ ¹⁶	536 812	863 680	199 559 ¹⁷	107 125 490 336	172 354 834 641
Summa	8 317 937	9 995 153		271 719 771 366	371 070 934 655

Befolkningsökning 1980-2016: 20,16 procent (9 995 153/8 317 937). **Kostnadsökning** (baserad på SCB/KI:s offentligt finansierad välfärdskonsumtion) till följd av både befolkningsökning samt ändrad åldersstruktur) 1980-2016: 36,56 procent (371 070 934 655/271 719 771 366). **Kostnadsökning** till följd av befolkningsökning: 55 procent (20,16/36,56), vilket innebär att resterande ökning förklaras av ändrad åldersstruktur 45 procent (100-55).

¹⁶ Gruppen +75 år är skapad av grupperna 75-79,80-84, 85-89, 90-94 samt 95+.

¹⁷ Egen beräkning. Kostnad per person för gruppen 75+ består av viktad kostnad per person för hälso- och sjukvård (Figur 17) för den skapade åldersgruppen 75+ motsvarande 64 485 kronor samt en fördelning av utgifterna för hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning (hämtat från hälsoräkenskaperna) på åldersgruppen 75+ motsvarande 135 074 kronor per person (117 miljarder kr/ 863 680 personer). 64 485+135 074=199 559 kronor

IHE – Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi grundades 1979, som det första hälsoekonomiska forskningscentret i Sverige, för att ge forskare inom ämnet hälsoekonomi en bred plattform att bedriva sin forskning utifrån. IHE har varit ett centralt nav för hälsoekonomin sedan dess och visionen, som ett oberoende och multidisciplinärt forskningsinstitut med både privata och offentliga uppdragsgivare, är att bidra till ett sunt beslutsfattande inom hälso- och sjukvården genom att överbrygga klyftan mellan akademi, industri och vårdgivare.

IHE arbetar både i Sverige och internationellt och våra uppdragsgivare består bland annat av myndigheter, vårdgivare, bransch- och patientorganisationer samt life-science industrin. Därtill samarbetar vi kontinuerligt med både hälsoekonomiska och kliniska enheter inom akademien.

En förutsättning för IHE:s aktiviteter är att personalen deltar i nationella och internationella nätverk och samarbetsprojekt. Aktiv medverkan bidrar till att utveckla IHE:s hälsoekonomiska kompetens och att identifiera aktuella frågeställningar och metodutveckling.

Sedan 2002 organiserar IHE ett nätverk för svenska hälsoekonomer med årliga möten. IHE arrangerar även en policyinriktad, tvådagars årlig konferens där hälso- och sjukvårdens aktörer såsom industrin, nationella myndigheter och hälso- och sjukvården möts och diskuterar aktuella ämnen, samt håller öppna kurser inom hälsoekonomi och hälsoekonomisk modellering.



Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi
The Swedish Institute for Health Economics
www.ihe.se