



Bedömning av Västra Götalandsregionens långsiktiga ekonomiska utveckling 2017-2031

Delrapport 1, mars 2016

*"Om man vägrar se bakåt och inte vågar se framåt så måste man se upp."
(Tage Danielsson)*

Innehållsförteckning

<i>Uppdraget</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	4
<i>Bakgrund/ Inledning</i>	5
Befolkningsutveckling, investeringar, pensioner, kollektivtrafik	5
<i>VGR, Sverige och världen</i>	6
Vad påverkar kostnaderna?	6
Kostnader för hälso- och sjukvård	7
<i>Översiktlig beskrivning av modell för långtidsbedömning</i>	9
Befolkningsutveckling	10
Intäkter - metod.....	11
Kostnader i basscenario - metod	14
Alternativscenario för hälso- och sjukvårdskostnader - metod	16
<i>Långtidsbedömning - resultat</i>	18
Basscenario	18
Kostnadsutveckling alternativscenario – hälso- och sjukvård	20
<i>Diskussion, kommentarer och fortsatt arbete</i>	22
<i>Bilaga 1 – Tabellbilaga</i>	24
<i>Referenser (urval)</i>	27

UPPDRAGET

Uppdragsgivare: Joakim Björck, Koncernkontoret, ekonomidirektör

Uppdragstagare: Anders Östlund, Koncernkontoret, Koncernstab verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp

Bakgrund

En så bra bild som möjligt av den ekonomiska utvecklingen och VGR:s ekonomiska ställning underlättar en långsiktig hållbar finansiering av VGR:s åtagande till invånarna. Med en långsiktig bedömning finns underlag för att tidigt identifiera vägvalsfrågor, tillgängligt ekonomiskt utrymme och bättre möjligheter till långsiktig planering. Samtidigt minskas risken för kortsiktiga beslut som på kan medföra sämre och dyrare lösningar.

Den bedömning av ekonomiska utvecklingen som idag tas fram av koncernkontoret presenteras i det budgetunderlag som i början av varje år presenteras för partierna och sträcker sig över den obligatoriska planperioden över tre år. En utvecklad och långsiktig ekonomisk bedömning skulle ge VGR bättre ekonomisk framförhållning och förståelse för långsiktig ekonomisk utveckling, kostnader/intäkter, och dess drivkrafter.

Syfte med uppdraget:

- Ge förutsättningar för långsiktig ekonomisk och verksamhetsmässig balans
- Underlätta ekonomisk planering
- Tidigt uppmärksamma behov av strategiska beslut och vägval

Uppdragsbeskrivning

- Utveckla modell för långsiktig bedömning av VGR:s ekonomiska utveckling
- Bedöma VGR:s ekonomiska utveckling 2017-2031

Precisering

- Resultaträkning, balansräkning och kassaflödesanalys på koncernnivå
- Modellen ska medge alternativa kalkyler utifrån olika scenarier
- Kostnader redovisas per kollektivtrafik, specialiserad vård, primärvård, övrig hälso- och sjukvård respektive övriga verksamheter
- Ekonomiska konsekvenser av större investeringsbeslut ska framgå
- Rimlig insats för årlig uppdatering
- Beredskap för att i ett andra steg redovisa bedömning av kostnadsnivå för respektive delregionalt geografisk område

Organisation

Arbetsgrupp:

Koncernstab verksamhetsanalys, ekonomi och inköp: Anders Östlund, Johan Ström, Mattias Berntsson, Emil Gisslow, Eva Ohlson

Data & analys: Anneth Lundahl

SKL: Jonas Eriksson, Madeleine Holm

Västra Götalandsregionen vill särskilt tacka Jonas och Madeleine vid SKL för modell, råd, underlag och ett i alla bemärkelser gott samarbete.

Referensgrupp:

Boris Ståhl, Peter Amundin, Margaretha Olofsson, Johan Ström, Annika Ottosson

SAMMANFATTNING

En bra bild av den ekonomiska utvecklingen och Västra Götalandsregionens ekonomiska ställning underlättar en långsiktig hållbar finansiering av VGR:s åtagande till invånarna. Med en långsiktig bedömning finns underlag för att tidigt identifiera vägvalsfrågor, tillgängligt ekonomiskt utrymme och bättre möjligheter till långsiktig planering. Samtidigt minskas risken för kortsiktiga beslut med sämre och dyrare lösningar.

I den här delrapporten redovisas en långsiktig bedömning av VGR:s ekonomiska utveckling över en längre period, 2017-2031. I delrapporten beskrivs de första beräkningarna och de antaganden och datakällor som legat till grund inklusive ett alternativt scenario för hälso- och sjukvård. Arbetet fortsätter under 2016 med att utveckla en förfinad modell som bl.a. ger enklare sätt att simulera olika utfall och integrera alternativa scenarier.

Analyserna som presenteras i rapportens basscenario visar att VGR står inför en bister ekonomisk utveckling. Kostnadstakten, förutspås bli 4,5 procent, baserat på trafikförsörjningsprogram, demografisk prognos, investeringsbehov och nya behandlingsmetoder. Intäkterna ökar under samma period, 2017-2031 med 4 procent årligen. Det innebär en ökande potentiell resultatförsämring till minus två miljarder inom de närmaste åren som därefter ökar med drygt en halv miljard kronor per år. Resultatutvecklingen illustrerar det samlade behovet av effektiviseringar och minskat åtagande, utöver de ansträngningar som redan gjorts, samt förstärkning av intäkter.

Utvecklingen innebär en paradoxal situation eftersom VGR behöver utöka verksamheten för att möta ökade behov och samtidigt hålla kostnaderna under kontroll. Det förutsätter bl.a. att VGR, och privata leverantörer, klarar att rekrytera den kompetens som behövs, en kritisk fråga kommande år.

I delrapporten presenteras ett alternativt scenario för kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvård. Alternativscenariot ger liknande slutsatser som basscenariot men visar på en något lägre kostnadsutveckling. Det ändrar emellertid inte totalbilden.

Prognoser är just prognoser. En bra prognos som förutspår dystra utsikter ska inte slå in. Det är skälet till att den görs, för att ge organisationen tid att förbereda åtgärder och insatser i tid för att undvika det som prognosen förutser. Arbetet med att gå igenom och genomföra åtgärder och förändringar pågår inom VGR och kommer att behöva fördjupas och intensifieras år.

Tanken framöver är att uppdatera långtidsbedömningen en gång per år i samband med att underlag överlämnas till partierna inför kommande budgetberedning.

BAKGRUND/ INLEDNING

Befolkningsutveckling, investeringar, pensioner, kollektivtrafik

Flera studier visar att kommunsektorn i Sverige står inför stora ekonomiska utmaningar under de kommande åren. Så också Västra Götalandsregionen (VGR). Orsaken är främst att befolkningsutvecklingen medför ökat behov av VGR:s tjänster, ett omfattande investeringsbehov och behov av förbättrad kollektivtrafik. Därutöver behöver invånarna ges tillgång till nya behandlingsmetoder och ny kunskap inom hälso- och sjukvård.

Hur tror vi denna utveckling påverkar VGR:s ekonomi på längre sikt? Kommer vi med hjälp av ökat skatteunderlag att kunna finansiera kostnadsökningarna? Och hur stora blir kostnadsökningarna? Hur får vi råd att även fortsättningsvis erbjuda invånarna vård, kultur och kollektivtrafik och utveckla Västra Götaland?

I den här delrapporten redovisas en långsiktig bedömning av VGR:s ekonomiska utveckling. I delrapporten beskrivs de första beräkningarna och de antaganden och datakällor som legat till grund inklusive ett alternativt scenario för hälso- och sjukvård. Arbetet fortsätter under 2016 med att utveckla en förfinad modell som bl.a. ger enklare sätt att simulera olika utfall och integrera alternativa scenarier.

I början av 2012 tillsatte regionfullmäktige ”Tillfällig beredning om välfärdens framtida finansiering”, som en direkt följd av SKL:s rapport ”*Framtidens utmaning – välfärdens långsiktiga finansiering*”. Beredningen lämnade sin rapport i april 2014 (RS 727-2011) och belyser och reflekterar över de utmaningar som finns. Några direkta åtgärder eller förslag på att möta utmaningarna beslutades inte.

Det årliga underlag som Koncernkontoret överlämnar till partierna inför kommande budgetår sträcker sig över stadgade tre år vilket är kort tid för att påverka de komplexa processer och en organisation av VGR:s storlek. Vilken bild skulle framkomma om vi beräknar kostnader och intäkter för en längre period, säg de kommande 10-15 åren? Det är tillräckligt långt fram för att ge en översiktlig bild över utvecklingen och det är samtidigt så nära i tid för att inte skjuta upp nödvändiga beslut.

Ett flertal källor har använts i bedömningarna, de viktigaste är VGR:s räkenskapsammandrag, trafikförsörjningsprogram, vårddatabaser, investeringsplan och SCB:s befolkningsprognos för VGR. En modell för bedömning av kostnader och intäkter var redan utvecklad av Jonas Eriksson vid SKL, Modellen, som bl.a. inkluderar prognoser för pris, löner och pensioner, utgör stomme för det basscenario som togs fram. Med hjälp av SKL anpassades modellen något och uppdaterades med data från Västra Götalandsregionen.

Prognoser över skatteintäkter och utjämningsbidrag för perioden 2017-2031 beställdes från SKL.

I ett alternativt scenario, som omfattade hälso- och sjukvård, användes befintlig kostnadsdata från VGR:s vårddatabaser. Utifrån fem mätningar, helår 2010-2014, beräknades enkel linjär regression för kostnadsutvecklingen som drogs ut femton år, t.o.m. 2031. Var skulle vi hamna då?

VGR, SVERIGE OCH OMVÄRLDEN

Vad påverkar kostnaderna?

Hälso- och sjukvård utgör den största delen av kostnaderna för Västra Götalandsregionen och spelar stor roll för den totala kostnadsutvecklingen. De kostnadsdrivande faktorerna inom hälso- och sjukvård har beskrivits i flera rapporter. I en genomgång framtagen inom ramen för forskningsprojekt för att belysa utvecklingen inom EU grupperas de underliggande kostnadsdrivande faktorerna enligt figur 1.

Graph 2 Classification of factors underlying developments in health care expenditure

	Demographic factors	Health factors	Economic and social factors	Public policy factors
Demand side factors	<ul style="list-style-type: none"> • Size and structure of the population 	<ul style="list-style-type: none"> • Health status of the population, in particular of elderly cohorts • Death-related costs 	<ul style="list-style-type: none"> • National/ individual income • Income elasticity of demand for health care • Social determinants of health (environment, living conditions) and health-related behaviour • Public expectations and real convergence in living standards 	<ul style="list-style-type: none"> • Health promotion and disease prevention policy
Supply side factors			<ul style="list-style-type: none"> • Development of new technologies and medical progress • Unit costs in health care sector relative to the other sectors of economy • Resource inputs, both human and capital 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribution of public and private budgets to the financing of health care • Insurance schemes • Remuneration schemes in health care sector • Regulation and/or liberalisation of the market for health care services and pharmaceuticals

Figur 1: Faktorer som driver kostnader inom hälso- och sjukvård¹

Vanligtvis betraktas befolkningens storlek och ålder som den främsta förklaringen till kostnadsutvecklingen. Men det är inte den enda, i själva verket beror kostnadsutvecklingen på ett komplext samspel mellan ett antal faktorer som sammantaget gör det svårt att förutse utvecklingen på längre sikt. Befolkningens *ålder* är t.ex. i sig inte orsaken till ett ökat behov, även om det är en viktig markör, utan det är snarare ohälsa och funktionsförmåga som förklarar behoven. Om hälsoläget skulle vara konstant i respektive ålder skulle det underlätta förutsägelser. Men så är sannolikt inte fallet, utan behoven förändras i takt med en ökad medellivslängd och på grund av andra insatser och levnadsförhållanden som påverkar hälsoläget.

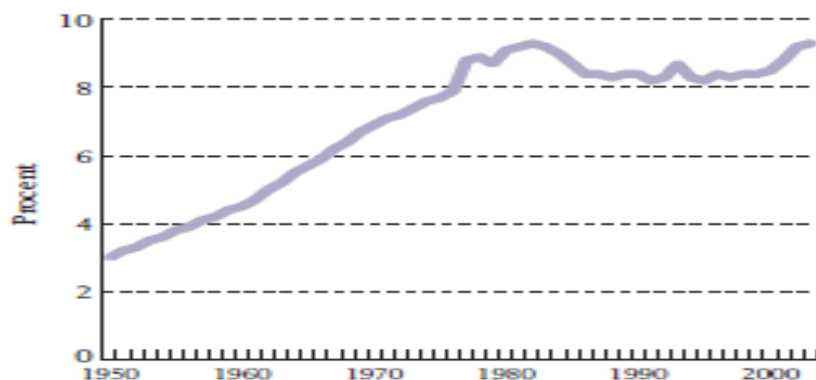
¹ Källa: Przywara, B.: *Projecting future health care expenditure at European level: Drivers, methodology and main results*, European economy, Economic Papers 417 July 2010.

I arbetet med långtidsbedömningens basscenario är det främst demografi, nya metoder och förväntningar samt inkomster som har påverkat VGR:s ekonomiska utveckling. Övriga faktorer har hållits konstanta.

Kostnader för hälso- och sjukvård

De samlade utgifterna för den svenska hälso- och sjukvården beräknas 1950 ha motsvarat cirka tre procent av BNP. Det skulle innebära cirka 6 750 kronor per invånare i 2014 års penningvärde. 2014 kostade hälso- och sjukvården 28 000 kr per invånare.

Diagram 1. Hälso och sjukvårdens andel av BNP 1950–2003
Procentuell förändring



Källa: Statistiska centralbyrån.

Figur 2: Hälso- och sjukvårdens andel av BNP 1950 - 2003

Figur 2 visar hur hälso- och sjukvårdens andel av BNP utvecklades sedan 1950. Under de 30 åren mellan 1950 och 1980 tredubblades vårdens BNP-andel. Därefter har hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP svängt upp och ned runt en nivå på 8–9 procent. I början av 1980-talet var hälso- och sjukvårdsutgifternas andel den samma som idag och har i stort sett hållit sig på den nivån sen dess, vilket framgår av tabell 1 nedan.

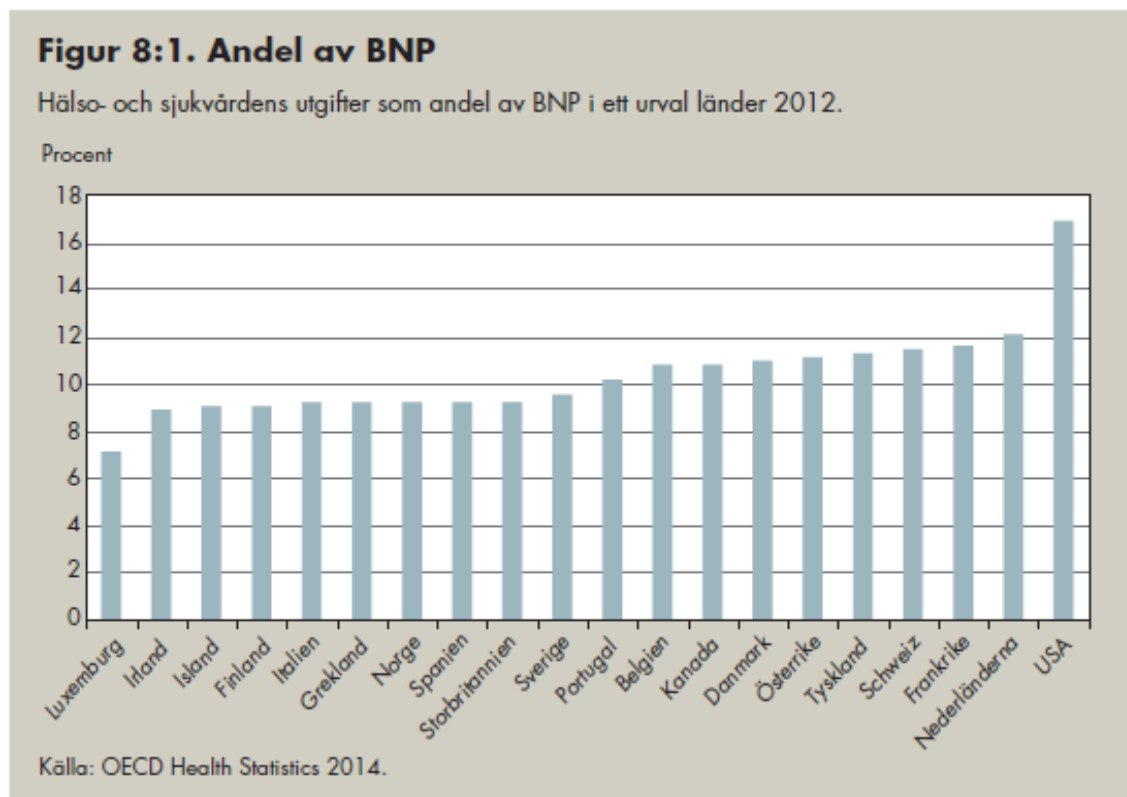
Tabell 1: Vårdens och omsorgens andel av BNP och kostnadsutveckling

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Förändring		
											mnr	%	
Andel av BNP													
Hälso- och sjukvårdens andel av BNP	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	9,9	9,5	9,5	9,6	9,6*		0,5	
Socialtjänstens andel av BNP exkl. hälso- och sjukvård enligt §18 HSL	4,4	4,3	4,2	4,1	4,3	4,6	4,4	4,4	4,5	4,6		0,2	
Vården och omsorgens andel av BNP	13,5	13,4	13,1	13,0	13,5	14,5	13,9	13,9	14,1	14,2*		0,7	
Hälso- och sjukvårdens utgifter totalt	293 116	299 174	308 946	317 069	326 618	335 384	336 263	342 893	343 758	343 700*	50 584	17,3	
Socialtjänstens utgifter inkl. hälso- och sjukvård enl. § 18 § HSL	177 187	174 702	177 347	181 644	184 374	190 288	192 841	197 059	197 149	199 670	22 483	12,7	
Socialtjänstens utgifter exkl. hälso- och sjukvård enl. § 18 § HSL	153 855	151 299	153 153	157 151	160 440	165 559	168 120	171 862	171 963	175 140	21 286	13,8	
Vården och omsorgen totalt	446 970	450 473	462 099	474 220	487 058	500 942	504 384	514 755	515 721	518 840*	71 870	16,1	

* Beräknade kostnader för 2013

Källa: Hälsoräkenskaper, Statistiska centralbyrån 2004–2012, Kommunernas räkenskapsammandrag 2004–2013, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2013 Statistiska centralbyrån.

Hälso- och sjukvårdskostnader svarar för ungefär 90 % av VGR:s kostnader och är därmed den ekonomiskt tyngsta verksamheten att analysera vid jämförelser med andra. I Sverige uppgår hälso- och sjukvårdens andel av BNP till 9,5 % och därmed ligger vi någonstans i mitten jämfört med övriga OECD-länder (2012). Andelen ökade med 0,5 % under de senaste tio åren (2004-2013).



Figur 3: Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP i ett urval länder 2012

I jämförelse med riket var Västra Götalandsregionens kostnader för hälso- och sjukvård lägre än riksgenomsnittet under hela perioden 2004-2014 (strukturjusterad kostnad Öppna Jämförelser.) VGR:s kostnader ökade dessutom i något lägre takt än resten av riket under perioden (Källa: SKL) under perioden (köns- och åldersstandardiserad kostnad 2005-2014).

ÖVERSIKTLIG BESKRIVNING AV MODELL FÖR LÅNGTIDSBEDÖMNING

Beräkningar har gjorts utifrån två olika scenarier, basscenario och ett alternativt scenario för hälso- och sjukvårdskostnader.

I basscenariot utgick arbetet till största delen från prognosmodell som tagits fram av SKL. Denna modell utgår från kostnaderna enligt senaste räkenskapsammandrag (RS), i detta fall 2014. Därmed kan resultaten redovisas för såväl verksamhetsområden som för kostnadsslag. RS bildar kärnan i beräkningarna tillsammans med befolkningsprognos och relativa kostnadsvikter samt prognoser över löner och priser. Befolkningsprognosen gjordes per kön och ettårsklasser t.o.m. 2031.

SKL:s modell omfattar inte bolag, varför kompletteringar gjordes med prognoser för dessa. Därmed kunde prognoser för resultat, kassaflöde och balansräkning på koncernnivå tas fram.

Det finns tre fördelar med att utgå från räkenskapsammandraget. 1. kostnaderna kan redovisas för såväl kostnadsslag som verksamhetsområden. 2. redovisningen är officiell och medger jämförelser och referenser 3. förhållandevis enkel uppdatering.

Kostnadsberäkningarna utgår från fyra kostnadsdrivande faktorer. De demografiska förändringar som beskrivits ovan väger tungt. VGR står också inför ett omfattande behov av investeringar i sjukhusbyggnader och kollektivtrafik. Inom kollektivtrafiken beräknas kostnaderna utifrån det av fullmäktige beslutade trafikförsörjningsprogrammet. Till sist finns inom och främst hälso- och sjukvård en kostnad utöver vad som motiveras av demografiska förändringar, en s.k. kostnadsresidual som förklaras av medicinsk-teknisk utveckling, nya riktlinjer och förändrade krav och ambitioner. Avslutningsvis tillkommer prognoser för löner och priser.

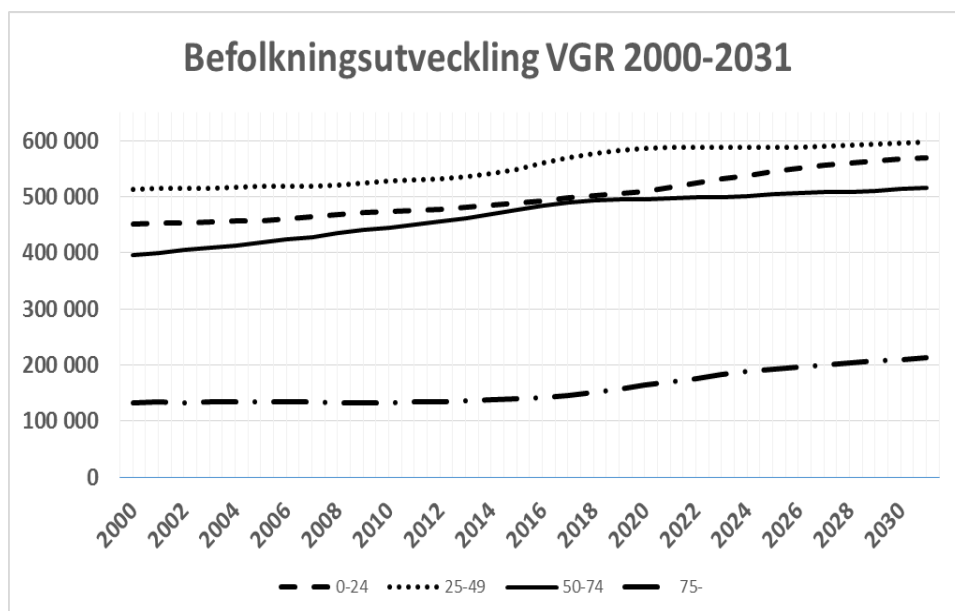
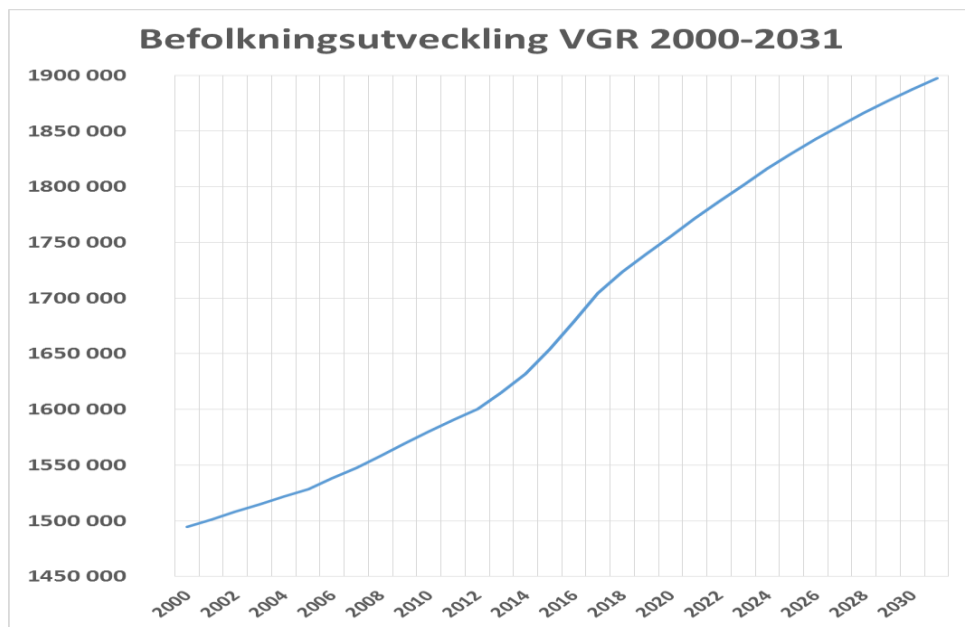
I alternativscenariot beräknades kostnader per invånare för varje ålder åren 2010–2014. Utifrån tidsserie för de fem åren beräknades en trend, enkel linjär regression, för perioden 2015-2031. Beräkningarna baserade på data från Västra Götalandsregionens egna uppföljningssystem. Fördelen med metoden är att den tar hänsyn till pågående förändring, t.ex. förändrad sjuklighet och genomförda effektiviseringar. Nackdelen är kort tidsperiod och att metoden är oprövad.

På intäktssidan beställdes en prognos från SKL över skatteunderlag, skatteintäkter och bidrag från statliga utjämningssystemet för perioden 2017-2031. Övriga intäkter, avgifter och specialdestinerade statsbidrag, beräknas i modellen ovan.

Resultaten presenteras genomgående i löpande priser.

Befolkningsutveckling

I västra Götaland bodde ungefär 1,5 miljoner människor vid sekelskiftet som ökade med 160 000, eller elva procent, till år 2015. För perioden de kommande 15 åren spås invånarantalet att öka med 220 000 till knappt 1,9 miljoner personer, 13 procent, och med en förskjutning uppåt i åldrarna. Antalet invånare utgör grunden för behoven av och kostnaderna för VGR:s verksamheter. Antalet invånare är samtidigt grunden för såväl skatter som andra intäkter.



Figur 4 & 5: Befolkningsutveckling i Västra Götalandsregionen 2000-2031

Antalet invånare som är 75 år eller äldre förväntas öka med drygt 70 000 personer, c:a 50 procent, under perioden 2016-2031. Motsvarande ökning under perioden 2000-2015 var 6000 personer vilket

motsvarade en ökning med 5 procent. Denna utveckling kommer att få stor betydelse för behoven av och kostnaderna för hälso- och sjukvård.

Antalet asylsökande till Sverige ökade kraftigt under hösten 2015 men denna ökning är inte inkluderad i bedömningarna, vare sig på kostnads- eller intäktssidan.

Utvecklingen beror främst på storleken på de ålderskullar som föddes för ungefär 75-90 år sedan och åldern på de personer som invandrat till Sverige. Dessutom har förbättrade levnadsförhållanden lett till en högre medellivslängd som medför fler människor i högre åldrar, givetvis en positiv utveckling. En omdiskuterad fråga är i vilken utsträckning ökad medellivslängd ger fler friska år till livet eller om de extra åren blir en period med fler sjuka år. Litteraturen ger ingen entydig bild och sanningen ligger antagligen någonstans mittemellan². I vårt basscenario har vi utgått från oförändrad sjuklighet i varje ålder. 75-åringar 2016 antas således ha samma genomsnittliga hälsoläge 2017 som 2031. Ett sådant antagande överskattar troligtvis behoven och kostnadsutvecklingen något.

Intäkter - metod

VGR:s intäkter utgörs av skatter, statsbidrag (som består av bidrag från utjämningsystemet, läkemedelsbidrag och specialdestinerade bidrag), patientavgifter, biljettintäkter, försäljning av verksamhet och finansiella intäkter.

Skatteunderlagets storlek beror på samhällsekonomins utveckling. Metoden för att bedöma ekonomin på lång sikt skiljer sig avsevärt från prognoser för en kortare tidshorisont. Vid korttidsprognoser spelar det stor roll var i konjunkturcykeln ekonomin befinner sig (vilket inte alltid är lätt att avgöra). Vid bedömningar över längre tid spelar detta inte så stor roll, förutom de första åren.

Vid bedömning av ekonomisk utveckling över *längre tid* bestäms först var i konjunkturcykeln ekonomin befinner sig. Därefter följer prognosen en normalkonjunktur tills man når nivån ”potentiell BNP”. Potentiell BNP innebär i princip fullt resursutnyttjande och en stabil inflation på 2 procent, alltså i linje med Riksbankens inflationsmål. Vid fullt resursutnyttjande antas BNP öka två procent årligen, givet antagandet om en oförändrad andel sysselsatta per åldersgrupp i befolkningen, vilket tillsammans med riksbankens inflationsmål på två procent (vilket vi förutsätter uppnås) ger skatteunderlagsökning i löpande priser på fyra procent. Härifrån antas faktisk BNP fortsättningsvis vara samma som potentiell BNP och utan några konjunkturcykler som påverkar.

Prognos över intäkter från skatter och statliga bidrag från utjämningsystemet beställdes från SKL. SKL:s antaganden bygger på förhållanden i oktober 2015 och följande antaganden låg till grund:

- Skatteintäkterna bestäms av utvecklingen av skatteunderlaget i länet. Länet skatteunderlag antas växa i samma takt per capita som riket. Skattesatsen antas oförändrad.
- Utfallet i inkomstutjämningsberäkningen beror på hur relationen mellan länets skattekraft³ och rikets skattekraft förändras. Denna relation har antagits oförändrad, vilket innebär att inkomstutjämningsbidraget i princip växer i samma takt som skatteunderlaget.

² Se t.ex. ”Den Ljusnande framtid är vård – rapport från LEV-projektet” eller Przywara

³ Skattekraften utgörs av det kommunala skatteunderlaget i kronor per invånare.

- Kostnadsutjämningsen bygger på prognos 2016 som räknas upp med landstingsprisindex. Utfallet är beroende av länets relativa ”struktur” med avseende på demografi och socioekonomi. I framskrivningen tas endast hänsyn till förändringar på grund av förändrad åldersstruktur, i övrigt antas den relativa strukturen vara oförändrad.
- Statens anslag för kommunalekonomisk utjämning antas från och med 2017 växa i takt med löner och priser. Regleringsavgiften ökar då kostnaden för inkomstutjämningsystemet väser med skatteunderlaget, vilket antas öka lite snabbare än löner och priser.
- Fastprisberäkningen är gjord med LPI

Övriga intäkter; Patientavgifter, biljettförsäljning, specialdestinerade statsbidrag, läkemedelsbidrag och försäljning av verksamhet, beräknades, något förenklat, enligt följande:

- Patientavgifter knyts till befolknings- och volymutveckling samt prisantaganden.
- Biljettförsäljning för kollektivtrafik knyts till trafikvolym och 5 procent årlig prishöjning. Övriga biljettintäkter skrivs upp med befolkningsökning och LPIK.
- Specialdestinerade statsbidrag fördelas som intäkter till verksamheterna. Det finns en stock i botten som dels skrivs upp (med ett index som finns i fliken förutsättningar) och dels adderas med nytillkommande belopp. Även om bidragens inriktning varierar är summan relativt stabil över tid.
- Läkemedelsbidrag: Förutsätts öka i samma takt som kostnaderna för läkemedelsförmånen.
- Finansiella intäkter: I takt med resultatförsämring och negativt kassaflöde blir denna intäkt snart negativ. Låneupptagning förutsätts och räntekostnaderna för ökande skuld beräknas på av SKL bedömd 10-årig obligationsränta, drygt fyra procent fr.o.m. 2020.
- Försäljning av verksamhet (främst hälso- och sjukvård): Intäkterna utgår från nivån 2014 och andelen förutsätts vara stabil över tid.

Skatteintäkter är Västra Götalandsregionens viktigaste intäktskälla och har de senaste femton åren utvecklats som framgår av tabell 2. Skatteintäkterna beror som tidigare nämnts på skatteunderlaget men naturligtvis även av skattesatsen. Skattesatsen har sedan år 2000 ökat med 1,98 kr vilket inkluderar skatteväxling, 43 öre, när VGR övertog ansvar för kollektivtrafiken 2012. Det är emellertid det ökade skatteunderlaget som haft störst betydelse; ungefär 2/3 av de ökade skatteintäkterna förklaras av detta, den sista tredjedelen beror på höjd regionskatt.

Tabell 2. Historisk utveckling Västra Götalandsregionen: skatteunderlag, skattekraft, skatteintäkter, statsbidrag.

År	Skatteunderlag, mkr VGR ⁴	Skattekraft, kr VGR	Skattesats VGR	Skatteintäkter, mkr VGR	Statsbidrag, mkr ⁵ Utjämning & generella	Nettokostnader, Mkr
2000	159 040	106 959	9,50	17 105	1 960	20 000
2001	167 986	112 840	10,25	19 855	2 130	21 600
2002	180 206	120 568	10,25	20 865	2 378	23 042
2003	191 771	127 774	10,25	21 804	2 489	24 003
2004	203 448	134 892	10,25	22 320	2 230	24 759
2005	213 697	141 051	10,45	23 690	6 148	28 564
2006	220 929	145 167	10,45	25 153	6 458	30 834
2007	229 949	150 445	10,45	26 576	6 782	32 336
2008	239 645	155 787	10,45	27 751	6 974	34 015
2009	252 680	163 304	10,45	28 271	7 381	35 466
2010	265 916	170 664	10,45	28 697	8 335	36 801
2011	267 853	170 666	10,45	29 617	8 278	37 561
2012	272 904	172 692	10,88 ⁶	31 836	8 240	38 814
2013	281 342	176 878	11,13	33 773	8 098	40 573
2014	292 900	183 011	11,13	34 740	7 775	42 653
2015	301 920	186 938	11,48	37 480	7 838	44 449

⁴ Kommunalt skatteunderlag utgörs av summa beskattningsbar förvärvsinkomst för fysiska personer. Skatteunderlaget för år t utgörs av summa beskattningsbar förvärvsinkomst för fysiska personer enligt taxeringen år t-1 avseende inkomsterna år t-2.

⁵ För åren 1999-2004 ingick bidraget för läkemedelsförmånen i verksamhetens intäkter. Från och med 2005 är det klassat som ett generellt statsbidrag och ingår då i övriga generella bidrag

⁶ Höjning p.g.a. skatteväxling, kollektivtrafik

Kostnader i basscenario - metod

Demografiska förändringar, investeringsbehov, trafikförsörjningsprogram och nya behandlingsmetoder utgör de tyngsta kostnadsdrivande faktorerna i långtidsbedömningen. Kostnader för hälso- och sjukvård beräknas via de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna år 2014 och relativa kostnadsvikter för varje ettårs-klass och kön. Kostnadsvikterna beräknades från VGR:s egna data. På så sätt finns en grund för beräkning av kostnader för demografiska förändringar så långt befolkningsprognosen sträcker sig. Även för övriga verksamheter, förutom kollektivtrafik, används befolkningsförändringar som grund för beräkning av kostnadsutvecklingen.

De kostnader som befolkningsförändringarna medför utgör en total kostnadsrestriktion för varje år, som kan utökas eller minskas utifrån antaganden om kostnadsutvecklingen på en aggregerad nivå. Ett exempel på ett sådant antagande är kostnader för VGR:s trafikförsörjningsprogram, som inte följer den demografiska utvecklingen.

Inom hälso- och sjukvård finns år efter år, i Sverige och i andra länder, en kostnad *utöver* vad som kan motiveras endast av demografiska förändringar. Kostnaden beror på en blandning av flera faktorer, såväl kostnadssänkande som kostnadsdrivande. Främst handlar det om utvecklingen av nya metoder för diagnostik och behandling, bl.a. nya läkemedel. I kostnaden ingår även nya behandlingsriktlinjer, politiska reformer, önskemål från patienter och anhöriga. Vissa förändringar minskar kostnader medan andra ökar dem. Sammantaget beräknar SKL nettot av alla dessa faktorer öka kostnaderna i Sverige med **0,8 procent** utöver demografiskt tryck, vilket med ränta-på-ränta med tiden blir rätt stora belopp. Västra Götalandsregionen skiljer sig en del från riket och har legat på olika nivåer under årens lopp, mestadels under rikets nivå. I beräkningarna utgår vi från en kostnadstakt på **0,6 procent**, vilket är den takt som VGR haft i genomsnitt under de senaste tio åren. Faktorn är kritisk vid bedömningen av framtida kostnader och valet av nivå på denna s.k. kostnadsresidual är därför av stor betydelse för resultatutvecklingen, i kapitel ”Långtidsbedömning – resultat” nedan åskådliggörs detta genom presentation av alternativa ekonomiska resultat utifrån tre olika nivåer på kostnadsresidualen.

Kostnader för kollektivtrafik utgår från kollektivtrafiknämndens (KTN) kostnadsberäkningar för VGR:s trafikförsörjningsprogram 2012. KTN:s beräkningar sträcker sig till 2025, för de sex åren därefter antas samma årliga kostnadsökning, c:a 5,2 procent.

Investeringsnivån utgår från den av regionfullmäktige beslutade nivån på 4,4 mdkr 2018. Nivån har räknats upp i samma takt som intäkter från skatter och statsbidrag, knappt fyra procent per år. Bedömning av investeringsbehov över en längre period är komplext och beror på såväl behov som tillgängliga resurser. Den första bedömningen av VGR:s framtida investeringar pekar på behov, efterfrågan och önskemål som överstiger de nivåer som används i kostnadsbedömningen. Investeringsprocessen utvecklas parallellt med långtidsbedömningen och nivåerna som används kan komma att revideras. De kapitaltjänstkostnader som investeringarna medför, avskrivning och på längre sikt även räntor, beräknades på sedvanligt sätt utifrån nuvarande och tillkommande avskrivningar. Avskrivningar inom kollektivtrafik fördelas till Västtrafik.

Kostnader för regional utveckling, kultur och miljö följer befolkningsmängden och även här med samma tillägg på 0,6%.

Två slags kostnader kan behöva ”särskilt omnämnande”, pensioner och läkemedelskostnader. Pensionerna eftersom de uppmärksammas på flera sätt och i flera sammanhang, dels på grund av pensionsskuldens utveckling och redovisning, dels på grund av utgifts- och kostnadsutvecklingen. Läkemedelskostnader kostar ungefär 4,5 mdkr per år och utgör därmed en relativt hög andel av kostnaderna, 10 procent, inom hälso- och sjukvård. Det är betydligt mer än vad kollektivtrafiken kostar VGR under ett år.

Pensionskostnader utgörs av flera olika delar. I modellen beräknas ”Avgiftsbestämd ålderspension” och ”Årets nyintjänande och premier (FÅP)” via lönesumman i prognosen. Principen innebär att VGR:s framtida pensionskostnader beror på lönekostnadernas förändring, både pris och volym. Lönekostnaderna beror i sin tur på det framtida behovet av, eller efterfrågan på, VGR:s verksamheter. Personalvolymen har de senaste tio åren i genomsnitt ökat med 0,5% per år i VGR. Prognos över utbetalningar enligt tidigare gjorda åtaganden, ansvarsförbindelsen, erhöles från KPA.

I tabell 3 nedan framgår procentsatser för att beräkna avgiftsbestämd respektive förmånsbestämd ålderspension och VGR:s pensionskostnader kommande år. Dessa belopp har använts i beräkningarna i basscenariot.⁷

Tabell 3: Bedömning av Västra Götalandsregionens pensionskostnader 2017-2031

Pensionsdel/År	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Avgift, %	4,9	4,9	5,0	5,0	5,1	5,3	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,9	6,0
Förmån, %	5,4	7,5	7,9	6,8	6,7	6,7	6,6	6,4	6,3	6,2	6,0	5,9	5,5	5,2	5,1
Löneskatt, %	24,26	24,26	24,26	24,26	24,26	24,26	24,26	24,26	24,26	24,26	24,26	24,26	24,26	24,26	24,26
Avgift, Mkr	986	1 046	1 103	1 177	1 258	1 351	1 441	1 533	1 629	1 741	1 860	1 983	2 104	2 222	2 360
FÅP, Mkr	1 093	1 582	1 758	1 587	1 653	1 717	1 773	1 818	1 885	1 937	1 969	2 010	1 990	1 965	1 995
Ansvarsförb, Mkr	975	1 029	1 084	1 055	1 082	1 105	1 119	1 129	1 134	1 135	1 129	1 119	1 107	1 089	1 065
Löneskatt, Mkr	741	887	957	926	969	1 012	1 051	1 087	1 128	1 168	1 203	1 240	1 262	1 280	1 315
Summa	4 174	5 155	5 579	5 339	5 605	5 868	6 105	6 327	6 575	6 820	7 040	7 271	7 421	7 555	7 774

Pensionerna utgör 7,5% av VGR:s kostnader, en andel som kommer att öka någon procent de närmaste åren för att därefter sjunka till dagens nivå igen.

Läkemedelskostnader: För läkemedel finns särskild prognos från SKL.

Prisutveckling och ränta beräknas med hjälp av prognoser från SKL, uppdaterade per oktober 2015, för relevanta index för VGR:s verksamhet.

⁷ Beloppen skiljer sig något från den långtidsprognos som VGR erhållit från KPA. Skillnaden förklaras av olika antaganden för beräkningarna.

Alternativscenario för hälso- och sjukvårdskostnader - metod

Som en del i arbetet med utveckla modell för långtidsprognoser analyserades även ett alternativt scenario inom hälso- och sjukvård. Scenariot innebär i korthet att beräkna de senaste årens kostnader per individ och invånare i alla åldersgrupper, beräkna en trend för denna utveckling och med hjälp av befolkningsförändringar beräkna kostnaderna de kommande åren t.o.m. 2031.

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

Beräkningen gjordes för respektive år 2010-2014 varvid en serie med fem observationer per ålder erhöles, en för varje år. Löpande priser fastprisberäknades till 2014 års penningvärde med hjälp av LPIK. Utifrån serien på fem år beräknades värden för perioden 2015-2031 för varje ålder 0-100 år med hjälp av enkel linjär regression. På så sätt erhöles hälso- och sjukvårdskostnader i fasta priser per invånare för varje ålder för hela perioden t.o.m. 2031. Det näst sista steget var att räkna tillbaka till löpande priser. Slutligen återstod det att multiplicera kostnad per invånare respektive ålder och år med antalet personer i varje ålder enligt befolkningsprognosen. Efter summering erhöles kostnader per år t.o.m. år 2031.

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

Vissa kostnader ingick inte i kostnadsunderlaget, vid jämförelse med basscenariot justerades underlaget motsvarande. Det gällde kostnader för sjukresor, ambulanssjukvård, FOU, folkhälsainsatser, hjälpmedel, smittskyddsverksamhet.

Källorna utgjordes av VGR:s befintliga system för uppföljning av kostnader och vårdkonsumtion. VGR:s KPP-system utgör en viktig källa och för övrig vård beräknades en schablonkostnad per ålder och kön med hjälp av andra källor enligt följande:

- Somatik sjukhus SV/ÖV (exkl ANS & FSS), egenregi: Kostnad och vårdkonsumtion per ålder och kön, källa : KPP
- Somatik sjukhus SV/ÖV, köpt och privat vård: Kostnad: ersättning/pris, vårdkonsumtion per ålder, källa: Vega
- Psykiatri: SV/ÖV, egenregi: Kostnad enligt bokslut fördelas på ålder och kön enligt samma relativa fördelning som ersättning för vårdkonsumtion. Källa: Vega
- Psykiatri, SV/OV, köpt och privat vård: Kostnad per ålder och kön erhålls via faktiskt ersatt vård (vårdutnyttjande). Källa: Vega
- Vårdval primärvård: Konsumtion enligt Vega, Kostnad: Data från ersättningsystemet VGPs
- PV Rehab/Beställd PV, egen regi: Kostnad RD el liknande, vårdkonsumtion per ålder (vårdutnyttjande). Källa: Vega

- Läkemedel, öppenvård: Data hämtas från databasen Digitalis. Trendframskrivning visade sig emellertid inte vara lämplig metod för öppenvårdsläkemedel. Metoden gav orimliga resultat vilket sannolikt berodde på att kostnadsutvecklingen 2010-2014 inte är representativ för utvecklingen på längre sikt. I stället prövas för närvarande om en förlängning av historiken bakåt i tid i kombination med bedömning av utvecklingen 2016 ger ett rimligare resultat.
- Angereds Närsjukhus: Kostnad enligt bokslut fördelas på ålder och kön enligt samma relativa fördelning som ersättning för vårdkonsumtion. Källa: Vega
- Frölunda Specialistsjukhus: Kostnad enligt bokslut fördelas på ålder och kön enligt samma relativa fördelning som ersättning för vårdkonsumtion. Källa: Vega
- Rehabilitering & Hälsa: Kostnad enligt bokslut fördelas på åldrar enligt samma relativa fördelning som ersättning för vårdkonsumtion. Källa: Vega
- Tandvård: Kostnaden för tandvård beräknades inte genom observationer 2010-2014 och framskrivning av trend. Istället beräknades kostnad per invånare genom att kostnader för deluppdragen 2014 (barn- och ungdomstandvård, ortodonti, NSF-tandvård samt vårdöverenskommelse och övrig tandvård) fördelades till ålder utifrån huvudsaklig målgrupp. Därpå skrevs kostnader fram via befolkningsprognos och LPIK.

LÅNGTIDSBEDÖMNING - RESULTAT

Basscenario

VGR har stark tillväxt vilket de kommande åren bl.a. märks genom stark befolkningstillväxt och ökat skatteunderlag. Beräkningar visar på en ökning av intäkterna med c:a 4 procent årligen i löpande priser medan kostnadstrycket blir 4,5 procent årligen. Kostnaderna ökar med andra ord i en högre takt än intäkterna.

Tabell 4: Resultaträkning 2017-2031(bruten tidsserie), mdkr, CAGR⁸, Koncern Västra Götalandsregionen

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2031	CAGR
Skatteintäkter	41 220	43 122	44 983	46 803	48 658	50 599	52 613	54 685	56 847	71 621	4,0%
Statsbidrag	10 980	11 535	11 827	12 222	12 664	13 117	13 580	14 056	14 552	17 897	3,6%
Finansiella intäkter	123	108	40	-11	-82	-172	-279	-409	-516	-1 672	
Avgifter och biljetter	5 104	5 393	5 692	6 009	6 345	6 694	7 055	7 432	7 828	10 660	5,4%
Övriga intäkter	5 261	5 578	5 851	6 084	6 366	6 661	6 964	7 274	7 604	9 746	4,5%
Verksamhetens intäkter	62 689	65 736	68 393	71 107	73 951	76 899	79 933	83 038	86 314	108 252	4,0%
Personalkostnader	31 493	33 626	35 432	36 816	38 644	40 556	42 503	44 483	46 671	60 619	4,8%
Material exkl läkemedel	3 853	4 007	4 164	4 328	4 499	4 676	4 855	5 037	5 237	6 463	3,8%
Läkemedel	4 792	4 917	5 046	5 178	5 314	5 454	5 599	5 748	5 901	6 921	2,7%
Tjänster	7 159	7 452	7 776	8 042	8 387	8 688	9 053	9 363	9 763	12 046	3,8%
Köp av verksamhet	11 809	12 484	13 141	13 774	14 471	15 200	15 976	16 808	17 579	23 338	5,0%
Lämnade bidrag	1 603	1 667	1 734	1 806	1 880	1 955	2 033	2 113	2 198	2 741	3,9%
Avskrivningar	2 260	2 449	2 589	2 777	2 911	3 104	3 246	3 458	3 573	4 779	5,5%
Finansiella kostnader	489	778	859	756	818	866	915	963	1 012	1 309	7,3%
Verksamhetens kostnader	63 458	67 381	70 742	73 478	76 924	80 500	84 181	87 972	91 932	118 216	4,5%
Årets resultat	-769	-1 645	-2 349	-2 371	-2 973	-3 601	-4 248	-4 934	-5 617	-9 964	

Tabell 4 ovan visar VGR:s ekonomiska resultat 2017-2031 om det beräknade kostnadstrycket slår igenom fullt ut. Underskottet som andel av intäkterna växer från 1,2% 2017 till 6,5% år 2025. I andra termer kan resultatet sägas illustrera det samlade behovet av effektiviseringar, prioriteringar, utöver den takt de redan skett, eller resursförstärkning för att erhålla nollresultat.

Som framgår försämras resultatet i snabb takt. För att ge ett perspektiv på de storheter det handlar kan vi jämföra med skattesatsen. Om enbart höjd skattesats skulle användas för att åtgärda obalansen skulle det motsvara ungefär den höjning som genomförts de senaste 15 åren, drygt 1,50 kr.

⁸ CAGR = Compound average growth rate = Genomsnittlig årlig förändringstakt

Tabell 5: Kassaflödesanalys Västra Götalandsregionen 2017-2031

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Årets resultat	-777	-1 657	-2 361	-2 381	-2 981	-3 605	-4 250	-4 921	-5 626	-6 352	-7 065	-7 791	-8 469	-9 112	-9 881
Avskrivningar/nedskrivningar	2 309	2 493	2 659	2 898	3 150	3 445	3 567	3 625	3 781	3 886	3 990	4 130	4 240	4 398	4 587
Avsättningar	1 880	779	463	285	444	667	679	694	731	753	769	799	794	814	876
Förändring rörelsekapital	135	203	162	119	158	163	166	170	179	184	188	195	194	199	214
Kassaflöde från löpande verks	3 547	1 818	923	921	771	670	163	-433	-935	-1 529	-2 118	-2 667	-3 242	-3 701	-4 203
Kassaflöde investeringar	-4 282	-4 400	-4 570	-4 747	-4 929	-5 119	-5 315	-5 517	-5 727	-5 944	-6 170	-6 404	-6 647	-6 902	-7 165
Kassaflöde finansieringsverks	0	0	1 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Årets kassaflöde	-736	-2 582	-2 647	-3 826	-4 158	-4 449	-5 152	-5 950	-6 662	-7 474	-8 287	-9 071	-9 889	-10 603	-11 368
Ingående likvida medel	7 843	7 108	4 526	1 879	-1 947	-6 105	-10 554	-15 706	-21 656	-28 318	-35 792	-44 079	-53 150	-63 039	-73 642
Utgående likvida medel	7 108	4 526	1 879	-1 947	-6 105	-10 554	-15 706	-21 656	-28 318	-35 792	-44 079	-53 150	-63 039	-73 642	-85 010

Underskotten tillsammans med investeringar påverkar även VGR:s likviditet. Med antaganden enligt huvudalternativ kommer VGR att ha negativ likviditet från 2020 vilket innebär att verksamheten behöver finansieras med hjälp av lån.

Tabell 6: Nettokostnad per verksamhetsområde, exklusive bolag, Västra Götalandsregionen 2017-2031⁹

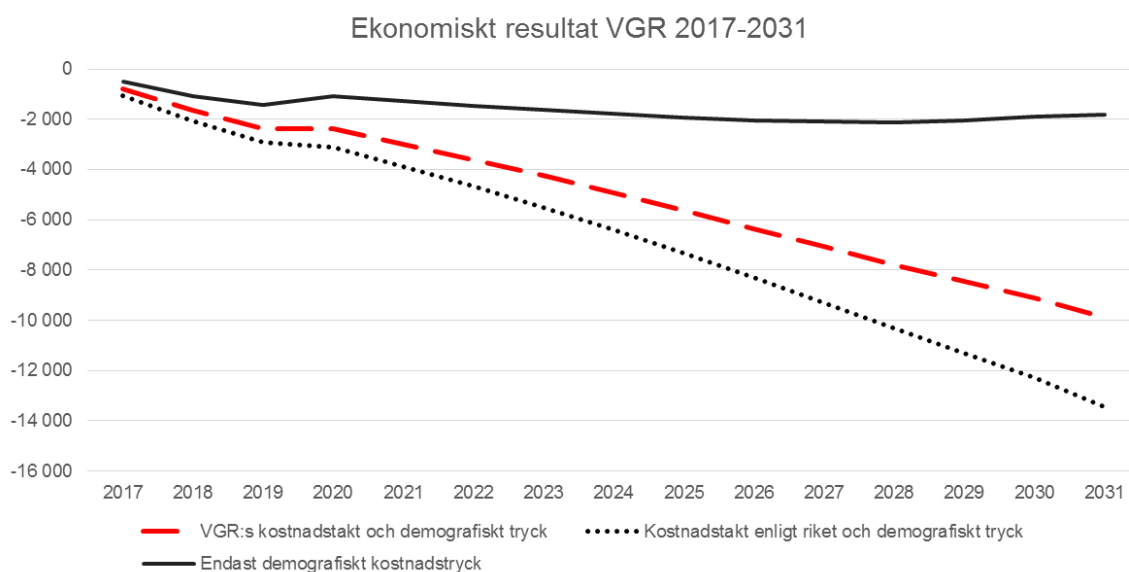
	2017	2018	2019	2022	2025	2028	2031	CAGR
Primärvård	7 836	8 312	8 728	9 951	10 406	12 895	14 550	4,7%
Specialiserad somatisk vård	22 130	23 500	24 697	28 244	29 569	36 917	41 870	4,8%
Specialiserad psykiatrisk vård	3 380	3 588	3 763	4 267	4 457	5 499	6 225	4,6%
Tandvård	1 221	1 306	1 374	1 576	1 664	2 179	2 516	5,4%
Övrig hälso- och sjukvård exkl politisk verksamhet	4 153	4 424	4 662	5 386	5 658	7 150	8 125	5,1%
Läkemedel (öppen)	3 331	3 398	3 466	3 678	3 751	4 142	4 395	2,2%
REGIONAL UTVECKLING exkl pol vsh, trafik, infrastruktur	2 029	2 116	2 201	2 468	2 563	3 081	3 423	4,1%
POLITISK VERKSAMHET	328	346	362	410	427	524	589	4,5%
TRAFIK OCH INFRASTRUKTUR	4 699	4 947	5 204	6 041	6 346	8 078	9 291	5,2%
Summa	49 106	51 937	54 456	62 019	64 842	80 465	90 983	4,7%

Nettokostnadsutvecklingen är, med några avvikelser, likartade mellan de olika verksamhetsområdena. Den högre kostnadstakten inom "Övrig hälso- och sjukvård" och tandvård beror på en annorlunda

⁹ I "Övrig hälso- och sjukvård" ingår: ambulanssjukvård och sjuktransporter, habiliteringsverksamhet, hjälpmedel, sjukresor, FoU

I "Politisk verksamhet" ingår bl.a. en del bidrag och köpta tjänster

sammansättning av kostnadsslagen inom dessa verksamheter. Inom trafik och infrastruktur är förklaringen en höjd ambitionsnivå för kollektivtrafik.



Figur 6: Resultatutveckling 2017-2031, utifrån tre alternativ för kostnadstakt utöver demografiskt tryck

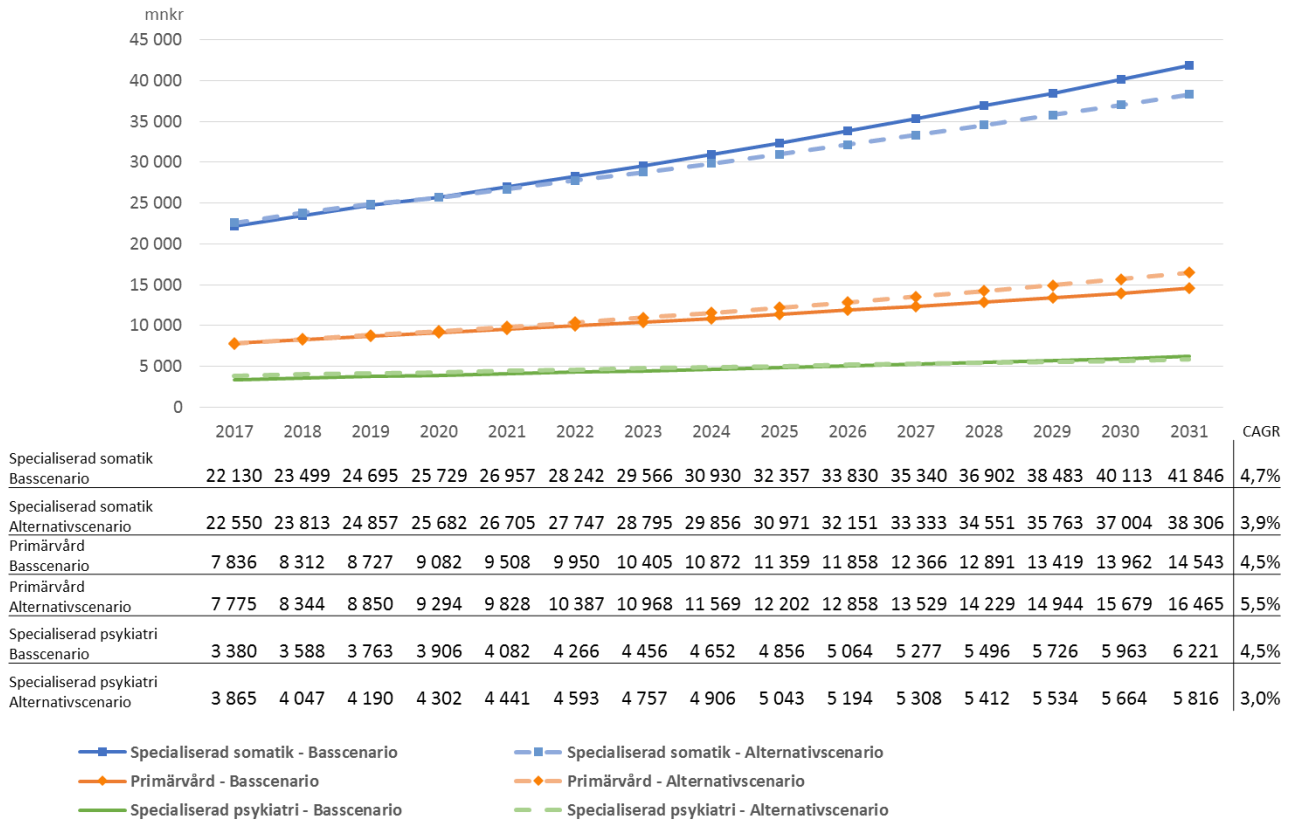
Att kostnaderna ökar mer än intäkterna medför problem med resultatutvecklingen. Vi har tidigare redovisat en historiskt betingad kostnad utöver vad som motiveras av en ökande och äldre befolkning. I figuren ovan åskådliggörs resultatutvecklingen utifrån tre olika nivåer; 0,0 (ingen kostnad utöver demografi) och 0,8 (rikets nivå), samt 0,6 procent (Västra Götaland, vald nivå). Som framgår blir det med tiden förhållandevis stora skillnader mellan de tre alternativen. Det framgår också att den potentiella resultatutvecklingen blir besvärande inom bara några år. Man bör också observera att huvudalternativet därmed inkluderar de effektiviseringskrav på verksamheter som förmedlats i budget de år vi har bakom oss.

Den åtgärder fr.o.m. 2017 som krävs för nollresultat kan grovt indelas i effektiviseringar, prioriteringar och intäktsförstärkning. Ju tidigare insatserna sätts in desto snabbare visar sig förbättringen. Följande överslagsberäkning kan ses som ett räkneexempel på omfattningen och hur genomslag på resultatet. Utöver dagens nivåer på effektiviserar och prioriteringar skulle årlig effektiviseringar på 0,25 % (utöver dagens nivåer), prioriteringar i åtagande om 0,25 % och 0,25 % inkomstförstärkning leder till nollresultat för VGR år 2025.

Kostnadsutveckling alternativscenariot – hälso- och sjukvård

Kostnaderna i det alternativa kostnadsscenarioet för hälso- och sjukvård skiljer sig något från basscenariot men i huvudsak ligger de båda alternativen nära varandra. Att två olika scenarier ger liknande resultat stärker den övergripande bilden av utvecklingen framöver.

Kostnadsutveckling inom hälso- och sjukvård i VGR basscenario och alternativscenari



Figur 7: Kostnadsutveckling inom hälso- och sjukvård VGR, basscenario och alternativscenari. (exklusive receptläkemedel, ambulans, sjukresor och FoU)

Alternativscenariot innebär att utvecklingen framöver följer den trend som varit i Västra Götalandsregionen de senaste fem åren. Beräkningarna enligt alternativscenariot visar på en något lägre kostnadsutveckling än i basscenariot.

En annan skillnad gentemot basscenariot är att kostnaderna skiljer sig åt inom hälso- och sjukvården med en snabbare kostnadsökning av primärvård men en lägre takt inom somatisk specialistvård. Att primärvård stärks mer än specialiserad vård, enligt alternativscenariot, är i grunden önskvärt och här skiljer sig Västra Götaland från övriga riket. När det gäller psykiatri tyder beräkningarna på att VGR haft och kommer att få en lägre resursökning än riket, vilket är något svårt att förklara. En del av orsaken kan vara att befolkningens åldersstruktur spelar mindre roll inom psykiatri än inom andra specialiteter.

DISKUSSION, KOMMENTARER OCH FORTSATT ARBETE

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

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

Basscenariot är gjort med hjälp av en modell framtagen av SKL, och är förhållandevis stabil. Antagandena utgår, enkelt uttryckt, ifrån att det hälsorelaterade vårdbehovet hos 75-åringar är oförändrat över tid. Det är ett osäkert antagande eftersom konsekvenser av, och framför allt orsaken till, den ökade medellivslängden kan vara en förskjutning av den ålder då sjukligheten ökar och vårdbehoven ökar. Det kan också innebära ett längre liv med fler sjuka år eller en komprimerad sjuklighet med färre år med ohälsa (vilket skulle medföra att behoven minskar trots äldre befolkning.). Frågan är alltså om vi får fler friska eller fler sjuka år till livet. Vi vet inte riktigt hur det förhåller sig och litteraturen är inte entydig. Antagligen ligger sanningen någonstans mitt emellan och det finns därmed risk för en viss överskattning av vårdbehoven med basscenariot.

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

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

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

Samtidigt som det ekonomiska trycket blir stort kommer VGR att behöva utöka verksamheten för att klara åtagandet för invånarna. Såväl kostnader som intäkter ökar stadigt och beräkningarna i rapporten utgår från en självklarhet, att VGR, och de organisationer som levererar till oss, lyckas rekrytera den personal som behövs. Lyckas inte det står vi antagligen inför större problem än de rent ekonomiska. Rapporten på nationell nivå pekar på en stor nuvarande utbildningskapacitet av hälso- och sjukvårdspersonal inte är tillräcklig. Hur vi kan rekrytera och utveckla personal hör till ett av de enskilt viktigaste områdena för att klara ekonomi och uppdrag.

I rapporten beskrivs faktorer som driver kostnader. Det finns naturligtvis en rad insatser som motverkar kostnadsökningar. Det handlar om hur vården organiseras, förbättring av invånarnas hälsa, nya arbetssätt och –metoder (t.ex. e-hälsa), minska kvalitetsbristkostnader. Det kan också röra sig om politiska prioriteringar och förskjutningar av vissa investeringar. Arbetet med att gå igenom och genomföra sådana förändringar pågår och kommer att behöva fördjupas i VGR de kommande åren.

Rapporten syftar också att dokumentera det arbete som gjorts i denna första fas. Uppdraget innebär att såväl utveckla modell som att bedöma utvecklingen. En reflektion av arbetet hittills är att det visade sig förvånande svårt att beskriva kostnader per verksamhetsområde med uppgifter från VGR:s egna ekonomiska uppföljningssystem. Vi kan t.ex. inte utan stort merarbete visa VGR:s kostnader för åtagandet för de egna invånarna för hälso- och sjukvård de senaste tio åren. I stället användes de data, räkenskapsammandrag, som alla huvudmän årligen skickar till SCB och som bland annat används i nationalräkenskaperna. Under arbetets gång var det av och till behov av historiska data, vilket ibland var svårt att få ut. I takt med att organisationens analysbehov förändras kan denna aspekt med fördel ingå i diskussionen.

Eftersom Västra Götalandsregionen har tillgång till bra kostnadsdata inom hälso- och sjukvård blev det möjligt att beräkna enligt alternativscenariots antaganden. VGR:s data användes också för beräkning av de relativa kostnadsvikter som användes i basscenariot och ersatte därmed de skånevikter som använts hittills i SKL:s modell. Det är också troligt att VGR:s vikter ersätter skånevikterna i andra sammanhang. Vid analyser är det en fördel att använda egna lokala data, det ger en högre trovärdighet åt resultaten, och kvaliteten i kostnadsdata kommer att förbättras vilket medför bättre underlag för kommande prognoser.

Under omvärldsanalysen visade sig att det fanns en ganska färdig modell på SKL, förhållandevis komplex. Det fortsatta arbetet kommer att innebära att tillsammans med SKL utveckla modellen, särskilt för att underlätta simuleringar utfall av olika antaganden och planerade åtgärder. Ambitionen är också att utveckla modellen så att olika scenarier kan kombineras, t.ex. det alternativa scenario som presenteras i denna rapport. Ekonomiska konsekvenser av asylsökande ingår inte i beräkningar, utan behöver analyseras särskilt. Under hösten 2015 anlände fler asylsökande människor till landet än tidigare. I VGR bor, januari 2016, 28 000 asylsökande motsvarande 1,75% av befolkningen. Tanken är att utvidga modellen med denna grupp under våren 2016, parallellt med och kanske tillsammans med SKL, som kommer att genomföra analyser på nationell nivå under 2016.

Tanken framöver är att uppdatera långtidsbedömningen en gång per år i samband med att underlag överlämnas till partierna inför kommande budgetberedning.

BILAGA 1 – TABELLBILAGA

Tabell 1: Resultatsammanställning 2017-2031, Västra Götalandsregionen, bolagsverksamhet

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	CAGR
Driftbidrag	5 150	5 421	5 694	5 972	6 268	6 576	6 898	7 233	7 583	7 947	8 323	8 715	9 119	9 539	9 977	4,8%
Såld vård	18	19	20	20	21	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	2,8%
Biljettintäkter	3 512	3 725	3 948	4 185	4 436	4 702	4 984	5 284	5 601	5 937	6 293	6 671	7 071	7 496	7 946	6,0%
Övriga intäkter	1 342	1 418	1 480	1 530	1 592	1 656	1 722	1 789	1 860	1 932	2 005	2 081	2 156	2 233	2 316	4,0%
Summa intäkter	10 023	10 582	11 142	11 706	12 316	12 956	13 626	14 328	15 067	15 839	16 646	17 492	18 373	19 295	20 266	5,2%
Personalkostnader	-859	-899	-940	-983	-1 027	-1 073	-1 121	-1 171	-1 223	-1 276	-1 332	-1 389	-1 448	-1 509	-1 572	4,4%
Bemanningsföretag	-20	-21	-22	-23	-24	-25	-26	-27	-28	-29	-31	-32	-33	-35	-36	4,4%
Köpt vård	-16	-16	-17	-17	-18	-18	-19	-19	-20	-20	-21	-21	-22	-23	-23	2,8%
Material och varor	-17	-17	-18	-19	-19	-20	-20	-21	-22	-22	-23	-24	-24	-25	-26	3,1%
Trafikkostnader	-7 455	-7 858	-8 282	-8 718	-9 174	-9 652	-10 170	-10 741	-11 224	-11 737	-12 283	-12 861	-13 589	-14 352	-15 153	5,2%
Avskrivningar	-246	-299	-303	-368	-386	-466	-472	-517	-617	-785	-881	-1 054	-1 034	-1 099	-1 081	11,1%
Övriga kostnader	-1 408	-1 469	-1 558	-1 577	-1 667	-1 702	-1 797	-1 832	-1 933	-1 969	-2 077	-2 112	-2 224	-2 256	-2 377	3,8%
Summa kostnader	-10 020	-10 579	-11 139	-11 705	-12 314	-12 955	-13 625	-14 328	-15 066	-15 839	-16 647	-17 492	-18 374	-19 297	-20 268	5,2%
ÅRETS RESULTAT	3	3	3	1	2	1	1	0	1	1	0	0	-1	-2	-2	

Tabell 2: Översikt över använda index i basscenario 2017-2031

Beskrivning	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Läkemedel															
Läkemedel öppen, pris	0,985	0,985	0,985	0,985	0,985	0,985	0,985	0,985	0,985	0,985	0,985	0,985	0,985	0,985	0,985
Läkemedel öppen, volym	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036
Läkemedel slutenvård, pris	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Läkemedel slutenvård, volym DDD	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040
Läkemedel (öppen och sluten), pris	0,989	0,990	0,990	0,990	0,990	0,990	0,990	0,990	0,990	0,990	0,990	0,990	0,990	0,990	0,990
Priser	1,026	1,039	1,030	1,021	1,027	1,028	1,027	1,027	1,028	1,028	1,028	1,028	1,027	1,027	1,028
Pris, konsumtion															
Pris, förbrukning	1,021	1,023	1,023	1,023	1,023	1,023	1,023	1,023	1,023	1,023	1,023	1,023	1,023	1,023	1,023
LPI, landstingprisindex, inkl läkemedel	1,026	1,039	1,030	1,021	1,027	1,027	1,027	1,027	1,028	1,028	1,027	1,028	1,027	1,027	1,028
LPI, landstingprisindex, exkl läkemedel	1,031	1,045	1,034	1,024	1,032	1,032	1,031	1,031	1,032	1,032	1,031	1,031	1,030	1,030	1,032
Pris, socialavgifter	1,040	1,094	1,046	1,006	1,035	1,035	1,033	1,032	1,034	1,033	1,032	1,033	1,028	1,027	1,033
Pris, socialavgifter, ID löner	1,0453	1,0992	1,0515	1,0112	1,0399	1,0402	1,0386	1,0373	1,0388	1,0385	1,0372	1,0380	1,0333	1,0326	1,0381
KPI, konsumentpriser	1,029	1,031	1,029	1,030	1,029	1,026	1,022	1,020	1,020	1,020	1,020	1,020	1,020	1,020	1,020
KPIX	1,018	1,019	1,019	1,019	1,019	1,019	1,019	1,019	1,019	1,019	1,019	1,019	1,019	1,019	1,019
Pris erhållna bidrag	1,031	1,045	1,034	1,024	1,032	1,032	1,031	1,031	1,032	1,032	1,031	1,031	1,030	1,030	1,032
ID LPI, landstingprisindex, inkl läkemedel	1,030	1,042	1,033	1,024	1,031	1,031	1,031	1,031	1,031	1,031	1,031	1,031	1,030	1,030	1,032
ID LPI, landstingprisindex, exkl läkemedel	1,035	1,049	1,038	1,028	1,035	1,036	1,035	1,035	1,036	1,036	1,035	1,035	1,034	1,034	1,036
Prisindex för kollektivtrafik	1,025	1,027	1,027	1,027	1,027	1,027	1,027	1,027	1,028	1,028	1,028	1,028	1,028	1,028	1,028
Löner															
SOY-lön, landsting	1,031	1,033	1,034	1,034	1,034	1,034	1,034	1,034	1,034	1,034	1,034	1,034	1,034	1,034	1,034
Timlön, riket	1,033	1,035	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036	1,036	1,037	1,037	1,037	1,037	1,037	1,037	1,037
ID lön	1,036	1,038	1,039	1,039	1,039	1,039	1,039	1,039	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040	1,040
Räntor															
Ränta, årsmedel 6 mån ssvx	0,6%	1,4%	2,2%	2,9%	3,7%	4,4%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%
Ränta, årsmedel 10 års statsobl	2,3%	3,2%	3,9%	4,4%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%

Arbetsgivaravgifter

Uppr av lönesumma för underl för arbgavg	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%
Arbetsgivaravgifter	31,42%	31,42%	31,42%	31,42%	31,42%	31,42%	31,42%	31,42%	31,42%	31,42%	31,42%	31,42%	31,42%	31,42%	31,42%
Avtalsförsäkringar	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%
Summa avgifter	31,63%	31,63%	31,63%	31,63%	31,63%	31,63%	31,63%	31,63%	31,63%	31,63%	31,63%	31,63%	31,63%	31,63%	31,63%
Kommunal kompletteringspension	10,3%	12,4%	12,9%	11,9%	11,9%	11,9%	11,9%	11,8%	11,8%	11,8%	11,7%	11,6%	11,4%	11,2%	11,1%
varav avgiftsbestämd del	4,9%	4,9%	5,0%	5,0%	5,1%	5,3%	5,3%	5,4%	5,5%	5,6%	5,7%	5,8%	5,9%	5,9%	6,0%
varav FÅP, nyintjänad FÅP	5,4%	7,5%	7,9%	6,8%	6,7%	6,7%	6,6%	6,4%	6,3%	6,2%	6,0%	5,9%	5,5%	5,2%	5,1%
Löneskatt på kompletteringspension	2,51%	3,02%	3,13%	2,88%	2,88%	2,89%	2,89%	2,87%	2,87%	2,86%	2,84%	2,82%	2,77%	2,71%	2,69%
Summa kompletteringspension	12,83%	15,45%	16,01%	14,73%	14,77%	14,82%	14,79%	14,71%	14,68%	14,63%	14,52%	14,45%	14,17%	13,86%	13,79%
Totalt	44,46%	47,08%	47,64%	46,36%	46,40%	46,45%	46,42%	46,34%	46,31%	46,26%	46,15%	46,08%	45,80%	45,49%	45,42%
Löneskatt,%	24,26%	24,26%	24,26%	24,26%	24,26%	24,26%	24,26%	24,26%	24,26%	24,26%	24,26%	24,26%	24,26%	24,26%	24,26%

REFERENSER (URVAL)

Przywara, B.: *Projecting future health care expenditure at European level: Drivers, methodology and main results*, European economy, Economic Papers 417 July 2010.

Pettersson, T, Sundén, D,: *Hållbara beräkningar – en ESO-rapport om att bedöma den offentliga sektorns finansiella hållbarhet*, En rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2014:6, Finansdepartementet 2014

Wetterberg, G.: *Kurvans kraft. En bok om befolkningsfrågan*, Weylers 2011

Lönnroth, J.: *Kan Göteborg gå runt?*, Kapitel i ”*Vart är du på väg, älskade stad-14 profiler om Göteborgs framtid*”, Tre Böcker 2014

Prognoserna och samhällsekonomin – en specialstudie, Sveriges Kommuner och Landsting, april 2014.

Framtidens utmaning – Välfärdens långsiktiga finansiering, SKL 2010

Välfärdstjänsternas utveckling 1980–2012, Ökande resurser och växande behov, SKL 2014

Vägval för framtiden – utmaningar för det kommunala uppdraget mot 2025, Rapport nr 2, SKL 2014

Den svårförutsägbara framtiden – en jämförelse av två framtidskalkyler, SKL 2014

Ekonomisk långtidsprognos Nacka kommun 2015-2025 med utblick mot 2050, PWC

Ekonomiska förutsättningar, Långtidsberäkningar 2015-2024, Region Skåne 2015

Investeringsutrymmet i Stockholms läns landsting, PP-presentation, SLL 2014

Huvudrapport från långtidsutredningen om hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting, SLL 2008

Utvärdering av makroekonomiska prognoser, Specialstudie nr 44, Konjunkturinstitutet, april 2015

Den långsiktiga hållbarheten i de offentliga finanserna, Specialstudie nr 43, Konjunkturinstitutet, mars 2015

Långtidsutredningen 2015, huvudbetänkande, SOU 2015:104

Medelpensioneringsålder och utträdesålder m.m. Rapport Pensionsmyndigheten 2015

Den ljusnande framtid är vård, delresultat från LEV-projektet, Regeringskansliet 2010

På andra sidan finansieringsgapet - rapport från Tillfällig beredning om välfärdens framtida finansiering, dnr RS 727-2011, Västra Götalandsregionen 2014

Regionalt trafikförsörjningsprogram, Västra Götalandsregionen 2012

Västtrafiks långtidsprognos 2017-2019

Vårdprognoser 2012-2020 - Hur påverkas vårdkonsumtion i Västra Götalandsregionen av befolkningsutveckling och andra trender? Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli, Västra Götalandsregionen 2014

Kostnader sista levnadsåret – betydelse för framtida vårdkostnader, Rapport, Västra Götalandsregionen 2012.

Svar på mailfråga 20150526 till landstingens budgetchefer:

”I VGR ska vi bli bättre på att göra långsiktiga bedömningar, 10-15 år, av vår ekonomiska utveckling. Som ett led i det arbetet vore det intressant med en översikt över om och hur övriga huvudmän tagit sig an den frågan. Min fråga till er i nätverket är om ni i ert landsting/region gjort långsiktig bedömning av ekonomin eller om ni planerar att göra det?/Anders Östlund

Uppdaterad prognos för utvecklingen av läkemedelskostnader i Sverige, Promemoria, Socialstyrelsen 20151001

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, Lägesrapport 2015, Socialstyrelsen 2015

Ekonomirapporter, SKL