

Regionkansliet

2006-03-02

Dnr RSK 254-2006
PM

Analys av Västra Götalandsregionens långsiktiga vårdbehov, personalförsörj- ningsbehov och pensionsåtaganden

Innehållsförteckning

1	Uppdrag och sammanfattande analys	3
1.1	Behovet av resurser för hälso- och sjukvården	3
1.2	Personalförsörjningsbehov	4
1.3	Strategi pensionsåtagande	5
1.4	Sammanfattande analys.....	7
2	Behovet av resurser för hälso- och sjukvård till 2030	9
2.1	Kostnader för sjukvård i olika åldrar	9
2.2	Befolkningsutveckling	10
2.3	Kostnadsutvecklingen	13
2.4	Utveckling för Västra Götalandsregionen.....	14
2.5	Verklig kostnadsutveckling.....	17
2.6	Sammanfattning	21
3	Personalbehov i Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård	23
3.1	Nuvarande Personalstruktur	23
3.2	Pensioneringar	24
3.3	Läkare	25
3.4	Sjuksköterskor	26
3.5	Omvårdnadspersonal	26
3.6	Paramedicinsk personal.....	27
3.7	Sammanfattande synpunkter	27
4	Strategi för Västra Götalandsregionens pensionsåtaganden	29
4.1	Bakgrund	29
4.2	Alternativa strategier för att lösa pensionsåtaganden	30
4.3	Förslag till strategi.....	31
	Bilaga: EkonomiNytt 14/05 från Sveriges Kommuner och Landsting.....	35

Analys av Västra Götalandsregionens långsiktiga vårdbehov, personalförsörjningsbehov och pensionsåtaganden

1 Uppdrag och sammanfattande analys

Bakgrund

Hösten 2005 formulerades ett uppdrag från ledningsgrupperna för hälso och sjukvårds-, personalstrategiska- och ekonomiavdelningen. Redan tidigare har en analys av pensionsåtagande för Västra Götalandsregionen genomförts. Kostnadsutvecklingen för pensionsåtagandet i fasta priser har analyserats och jämfört med dagens nivå kommer kostnaden i det närmaste att fördubblas strax efter 2025 och framåt. Kostnaden i fasta priser är ca 3,1 miljarder kronor jämfört med dagens 1,7 miljarder.

Uppdraget är att komplettera pensionsanalysen med analys av framtida vårdbehov baserad på bl.a. på demografisk utveckling samt en analys av det framtida personalförsörjningsbehovet. Sammantaget diskuterar vi således tre perspektiv:

- Framtida vårdbehov kopplad till bl.a. demografisk utveckling över den tiden analysen avser.
- Personalförsörjningsbehovet baserat på kommande pensionsåtagande och vårdbehov.
- Strategi för hantering av pensionsåtagandet och minska den ekonomisaks risken.

Samtliga perspektiv skall vävas samman i en ekonomisk analys för perioden fram till 2030.

Den grupp som arbetat med frågorna är Bengt Kron, Staffan Björck, Lars Sahlman, Jan Bengtsson och Bjarne Tveitan (sammanställande).

Under sommaren 2005 kom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) med en analys av framtida vårdbehov för tiden 2005- 2030. Analysen har varit ett av flera underlag för Västra Götalandsregionens arbete.

1.1 Behovet av resurser för hälso- och sjukvården

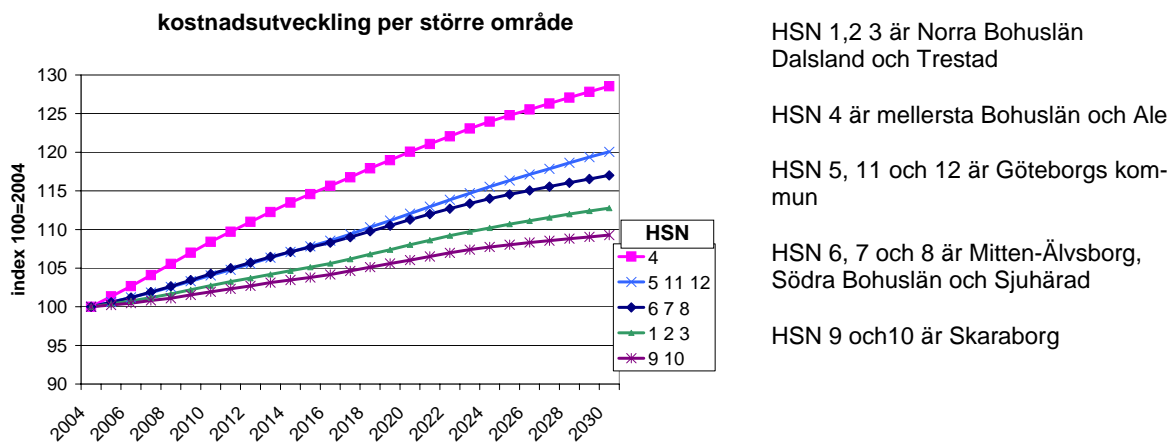
SKL har nyligen gjort en bedömning av sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt. I en prognos för tiden 2005-2030 bedöms behovet av resurser för sjukvård öka med ca 50% för kommuner och landsting, vilket är 1,6% per år varav hälften beror på befolkningsförändringar och hälften på andra faktorer. Kostnadsökning som beror på befolkningsförändringen har skattats genom att kostnaden för olika åldersgrupper lagts samman. Prognoser från Statistiska Centralbyrån (SCB) för hur varje åldersgrupp kommer att förändras har tillsammans med dagens kända kostnader per grupp gett en skattning av kostnadsökningen till 0,8% per år fram till 2030. Resten av kostnadsökningen betecknas som medicinteknisk utveckling. Utöver ny teknik för diagnos och behandling räknas av praktiska skäl även andra faktorer in som inte kan hänföras till effekter av demografisk utveckling. Det innebär att effekter av sådant som personaltäthet, löneutveckling och administrativa pålagor ingår. Här ingår också sådant som leder till sänkta kostnader såsom effektiviseringar och produktivitetsförbättringar.

Sammantaget präglas antaganden om den framtida utvecklingen av stor osäkerhet. Det gäller både betydelsen av demografiska förändringar och antaganden om den medicintekniska utveck-

lingen. Tidigare prognoser har ofta haft dålig precision. Trots dessa osäkerheter är dock SKL:s framskrivning av kostnaderna för hälso- och sjukvård ett viktigt planeringstal som pekar mot ökat reall resursbehov jämfört med dagens situation.

SCB har tagit fram befolkningsprognoser för Västra Götalandsregionen. Prognoserna visar att befolkningstillväxten är något lägre än Sverige som helhet men andelen äldre utvecklas på liknande sätt som i Sverige. Det gör att SKL:s prognos har samma relevans för Västra Götalandsregionen som för Sverige. Inom regionen finns det betydande variationer i befolkningstillväxt. Det finns också stora variationer mellan nämndområdena i hur åldersprofilen kommer att ändras.

Figuren nedan visar en beräknad skattning av hur kostnaderna kan komma att förändras framöver



Figur 1.1 Beräknad utveckling av kostnader för landstingets hälso- och sjukvård.

Figuren 1.1 visar endast den del som beror på demografiska förändringar och baseras på antagandet om oförändrade kostnader för varje ålderskategori. Befolkningen är indelad efter nämndområden som lagts samman till större områden. Till den kommer enligt SKL:s bedömning en lika stor ökning som beror på andra faktorer.

Kostnadsökningar ses för alla områden, även de som har en vikande befolkningsutveckling, därför att befolkningen blir äldre.

Om det beräkningssätt som SKL använt tillämpas på hälso- och sjukvårdskostnaderna för VGR innebär det en kostnadsökning på 43% till 2030.

Det finns stöd för att det kan vara så att befolkningens ålder har mindre betydelse för sjukvårdens resursbehov än vad man tidigare antagit. Det leder inte till att prognoser över kostnadsutveckling skall skrivas ned utan det leder till slutsatsen att vårdens resursbehov styrs av betydligt mer svåröversäglbara faktorer än demografi som ryms under begreppet medicinteknisk utveckling. Beräkningar blir allt osäkrare ju längre fram i tiden man skall bedöma.

1.2 Personalförsörjningsbehov

Andelen innevånare i Västra Götaland och i riket i förvärvsaktiv ålder kommer under perioden fram till 2030 att sjunka samtidigt som andelen över 65 års ålder ökar. Detta leder till att konkurrensen om arbetskraft ökar samtidigt som behovet av personal inom hälso- och sjukvården också ökar då befolkningen blir äldre och mer vårdkrävande.

Under den senaste femårs perioden har antalet och andelen läkare och sjuksköterskor ökat kraftigt medan flera andra grupper endast ökat marginellt eller minskat kraftigt. Denna kompetensförskjutning torde inte kunna fortsätta i samma takt som hittills. Tvärtom kan andra yrkesgrupper behöva öka för att avlasta den legitimerad personalen arbetsuppgifter från sådant som inte behöver deras kompetens.

Med de utbildningsvolymerna som idag finns vid regionens universitet och högskolor finns det ingen anledning att befara att det kommer att uppstå brist på grundutbildad personal, åtminstone inte på 15 års sikt. Bedömningen mellan 2020 och 2030 är givetvis mer osäker men någon stor brist torde inte uppstå om inte övriga delar av riket får stora brister.

Brister kommer däremot att uppstå, eller bli bestående, för flera specialistutbildningar om inte regionen tar ett större ansvar för volym av och inriktning på vidareutbildningar för all personal.

För gruppen sjuksköterskor är utmaningen att vidareutbilda de specialistsjuksköterskor som framtiden kräver. Redan idag finns brister inom psykiatri och andra grupper har en högre medelålder än snittet, exempelvis operationssjuksköterskor.

Inom allmänmedicinen har antalet utbildningstjänster ökat kraftigt de senaste åren och detta kommer, om denna tendens består, att redan inom några år leda till behovstäckning i nuvarande ambitionsnivå.

Inom både vuxen och barn- och ungdomspsykiatri har rått och råder stora brister vilka kommer att kräva stora insatser under många år för att komma till rätta med.

För framtiden måste nya arbetssätt prövas vilket leder till ökad tid för direkt patientarbete. Antalet timmar för direkt patientarbete kan öka snabbare än antalet anställda om exempelvis administrativa arbetsuppgifter överförs från vårdpersonal till andra yrkesgrupper, om antalet jourlinjer i regionen minskas, om vårdkedjelogistiken utvecklas och så kallade flaskhalsar elimineras med mera.

1.3 Strategi pensionsåtagande

Pensionskostnadsutvecklingen i Västra Götalandsregionen har analyserats. Jämfört med dagens nivå kommer kostnaden i det närmaste att fördubblas strax efter 2025 och framåt. Kostnaden i fasta priser är ca 3,1 miljarder kronor jämfört med dagens 1,7 miljarder. Redan strax efter 2020 når Västra Götalandsregionen en kostnadsnivå i storleksordning 3 miljarder kronor.

Regionens pensionsåtagande är synlig dels som skuld i balansräkningen (huvudsakligen kompletterande ålderspension), dels som en ansvarsförbindelse.

Avsättningar för kompletterande ålderspension ökar under hela perioden. Det individuella pensionsvalet avsätts inte utan betalas ut och kostnadsförs varje år.

Ansvarsförbindelsen är inte avsatt i balansräkningen, vilket således innebär en kostnadsbelastning kommande år. Merparten av pensionskulden utgörs av ansvarsförbindelsen, som uppgår till ca 18,2 miljarder per augusti 2005 och sammantaget är det framför allt den som genererar en ökad kostnadsbelastning i framöver.

En viss del av kostnadsökningen kan finansieras av ökade skatteintäkter, men sannolikt kommer en allt större del av skatteintäkterna jämfört med tidigare att behövas för att klara pensionernas framtida finansiering. En möjlig lösning som diskuteras är krav på resultatöverskott och även likviditetsöverskott kommande år. Överskotten används för att avlasta kostnaden och likviditeten för framtida pensioner.

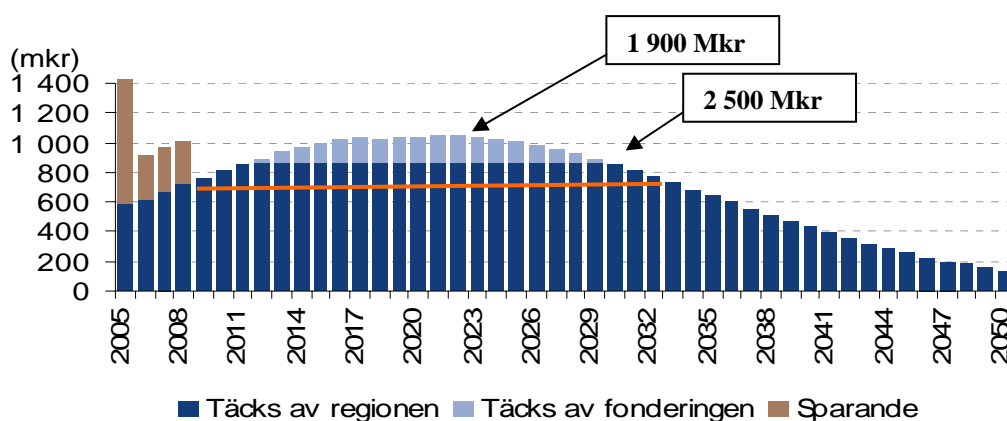
Det finns idag i huvudsak tre olika former för att lösa frågan med framtida pensionskostnader

1. Tillskapa medel för pensionsreserver i egen balansräkning.
2. Sätta av medel till pensionsstiftelse.
3. Teckna försäkring hos pensionsförsäkringsbolag.

Den huvudsakliga formen som diskuteras för Västra Götalandsregionen är medel för pensionsreserv i egen balansräkning, d v s alternativ 1. Övriga alternativ som redovisats innebär en kostnadsökning som inte kan försvaras även om alternativen ger en tydligare inlåsningseffekt.

Strategin som diskuteras bygger på att använda resultatöverskott för att ”matcha” kostnadsökning av pensioner framöver, d v s fondera medel idag för framtida behov. Tankegången åskådliggörs i figur nedan

Figur 1.2: Ansvarsförbindelsen med fondering - scenario 1 (1 900 mkr)



Beroende på hur mycket av överskottet som kan fonderas kommer mer eller mindre del av puckeln att kapas. I exemplet ovan uppgår sparandet till 1 900 mkr för åren 2005-2008, vilket innebär att puckeln kan kapas under fler år (2012-2030) och därmed uppnås en lägre belastning på eller undanträngande av exempelvis sjukvårdande verksamhet kommande år.

Den heldragna linjen markerar en kostnadsnivå för pensioner på samma nivå som 2008 fram till 2033 och därefter sjunker kostnaden. Vid 2008 års kostnadsnivå är fonderingen inte tillräcklig utan det krävs en fondering på ytterligare 2 500 mkr, dvs en total fondering på ca 4 400 mkr.

Ytterligare fonderingar skulle kunna göras och därmed minskas belastningen på ekonomin i framtiden.

Det är också centralt att fonderingen följs med motsvarande likvidplacering för att matcha riskerna för framtida kostnadsutveckling av pensionsskulden.

I årsredovisningen för 2005 har en fondering av pensioner genomförts med 480 mkr som ett första steg i den strategi som föreslagits.

1.4 Ekonomiska förutsättningar och sammanfattande analys

Real kostnadsutveckling fram till 2030

Som framgår av analysen uppgår resursbehovet för hälso- och sjukvård till följd av demografiska förändringar till ca 0,6% per år fram till 2030. Det är något lägre än beräkningen från SKL vilket beror på att den inkluderar även den kommunala hälso- och sjukvården. Till detta skall läggas den kostnadsökning som beror på andra faktorer än demografi vilka skattats till 0,8% per år av SKL. Sammantaget ger det en kostnadsökning som motsvarar ca 1,4% per år utöver index för pris och löneökningar.

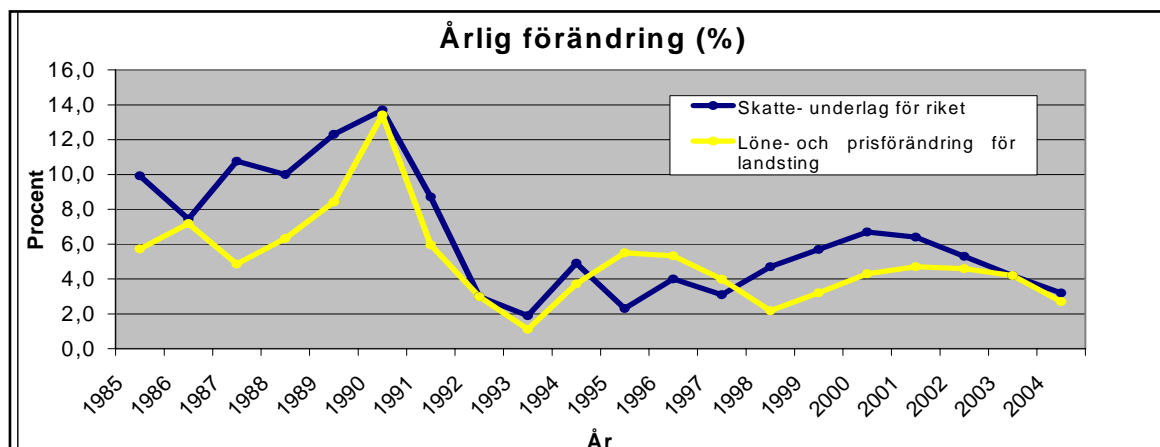
Pensionskostnaden ökar med ca 1,4 miljarder under perioden, vilket är en ökning med över 80 %. Det motsvarar en real kostnadshöjning på 5,4% på den totala kostnadsmassan. Den genomsnittliga ökningen för hela perioden är således ca 0,2 % per år. Ökningen är kraftigast i början av perioden och fram till 2020 är den årliga ökningen ca 0,3 %.

Totalt är kostnadsökningen i reala tal 1,6 % per år, där ökningen i början av perioden fram till ca 2020 uppgår till 1,7 % per år.

Kostnaden för ökat vårdbehov och pensionsåtagande framöver måste ställas mot en eventuell real ökning av skatteunderlaget.

Skatteunderlagets utveckling

Figur 1.3 ger en bild av hur skatteunderlaget för riket har utvecklats jämfört med löne- och prisindex för landstingssektorn.

Figur 1.3: Skatteunderlag samt löne- och prisförändring 1985- 2004 – procent


Bilden ger en indikation på att ökningen av skatteunderlaget ligger något högre än löne- och prisökningen för landstingssektorn. Tabellen nedan ger en grov bild av hur reala förändringen av resurser har utvecklats under en 10-20 års period.

Figur 1.4: Utveckling i procent per år.

	Skatteunderlag	Löne- och prisindex	Real förändring
1985-2004 (20 år)	6,4	5,0	+1,4
1991-2004 (15 år)	5,2	4,5	+0,7
1995-2004 (10 år)	4,6	4,1	+0,5

SKL har i sin långtidsutredning prognostiserat skattunderlagsutvecklingen till + 0,6 % fram till 2030.

Utgår analysen från ett resursbehov som uppgår till storleksordningen 1,6 % per år förutsätter det en god tillväxt i ekonomin framöver. Högsta tillväxten i skatteunderlaget i förhållande till löne- och prishöjningar var i slutet av 1980-talet samt möjligen slutet av 1990-talet och början av 2000-talet, vilket räcker för att ge en kraftig genomsnittlig tillväxt för de senaste 20 åren. Av tabellen ovan framgår att skillnaden mellan skatteunderlag och index successivt har minskat. För att klara det framtida resursbehovet enligt prognosen fordras långsiktigt en tillväxtökning som är tre gånger så stor som den under den senaste tioårsperioden om inte andra finansieringskällor används.

En viktig fråga att beakta i analysen av resursbehovet framöver är den geografiska skillnaden inom Västra Götalandsregionen, där behovet av resurser varierar stort beroende på demografiska förändringar över tiden.

Avslutande kommentar

Analysen visa på att historiskt har vi haft en real utveckling som inneburit att Hälso- och sjukvården kunnat expandera och därmed möte de vårdbehov som finns till följd av demografi och medicinteknisk utveckling. Sammantaget präglas analysen av osäkerhet och ger enbart en indikation om hur utvecklingen kan se ut. Den absolut viktigaste faktorn i diskussionen är tillväxten

och därmed skatteunderlagets utveckling. Beroende på hur tillväxten utvecklas måste en anpassning göras på resurssidan. Analysen visar också på att vi historiskt har haft en real utveckling som inneburit att hälso- och sjukvården kunnat expandera och därmed möta de vårdbehov som finns till följd av demografi och medicinteknisk utveckling. Till en del har detta skett genom höjning av utdebitering och ökade bidrag från staten. Analysen fram till 2030 pekar på en diskrepans mellan resursbehov och skatteunderlagets utveckling enligt SKL:s redovisning.

Personalförsörjningen indikerar några problemområden framöver, framför allt efter 2020. Med en god planering kan dock försörjningsbehovet täckas.

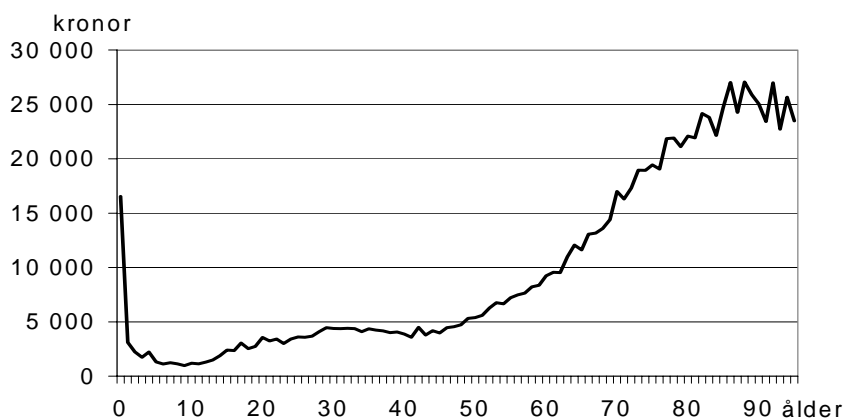
2 Behovet av resurser för hälso- och sjukvård till 2030

SKL har nyligen gjort en bedömning av sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt¹. I en prognos för tiden 2005-2030 bedöms behovet av resurser för sjukvård öka med ca 50% för kommuner och landsting vilket är 1,6% per år. Hälften förklaras av att fler personer behöver vård och av att den äldre och vårdtunga gruppen blir större. Den andra halvan av kostnadsökningen förklaras av andra faktorer som betecknas som medicinteknisk utveckling. Skillnaden mot dagens resursbehov motsvarar en skatthöjning på 5 procentenheter år 2030. Man konstaterar att sjukvårdens andel av BNP behöver öka och att nuvarande utformning av hälso- och sjukvårdens finansiering inte räcker till för att tillgodose de ökade resursbehoven som framkommit. Vi har här gjort ett antal beskrivningar av kommande behov av resurser för landsting ägnade att belysa utvecklingen från ett regionalt perspektiv.

2.1 Kostnader för sjukvård i olika åldrar

Den viktigaste faktorn som påverkar behovet av hälso- och sjukvård är att äldre individer konsumerar mest vård. Befolkningens kommande sammansättning måste därför vägas in i prognoser. Efter pensionsåldern ökar vårdkonsumtionen brant för åldersrelaterade sjukdomar såsom hjärtkärlsjukdomar och tumörer. Före pensionsåldern konsumerar vi mest vård när vi föds och i samband med graviditet och förlossning. Därför styr såväl förändringar i befolkningens storlek som förändringar i ålderssammansättning i stor utsträckning de kommande resursbehoven.

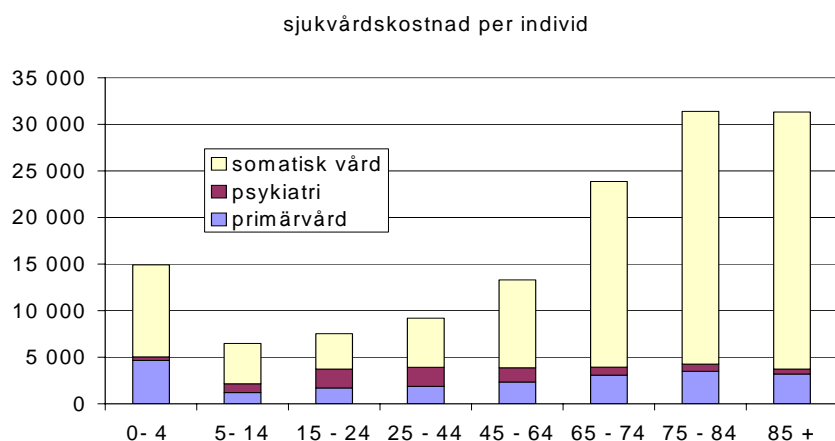
Sambandet mellan hälso- och sjukvårdskostnader och ålder illustreras i figuren nedan som visar kostnad per individ för slutenvård i Västra Götalandsregionen 2004.



Figur 2.1: Fakturerade kostnader för slutenvård i Västra Götalandsregionen per invånare i ett-årsklasser 2004. Källa: regionala vårddatabasen.

Vid beräkningar av kostnader för hälso- och sjukvård används ofta data från Region Skåne som har följt utvecklingen under flera år. Bilden nedan visar den samlade kostnaden för olika ålders-kategorier samt kostnadernas fördelning på vårdform.

¹ Hälso- och sjukvården till 2030. SKL 2005

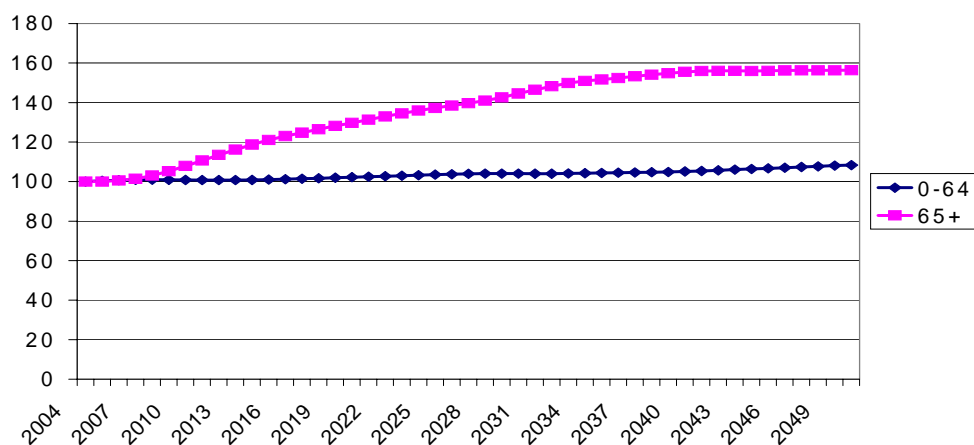


Figur 2.2: Landstingens hälso- och sjukvårdskostnader för olika ålderskategorier i kronor per invånare och år. Från region Skåne, 2004.

Dessa beräkningar över vårdkostnader i olika åldersgrupper är ett ofta använt underlag för beräkning av kommande behov av sjukvårdsresurser.

2.2 Befolkningsutveckling

Som underlag för beskrivning i detta avsnitt tjänar prognoser över befolkningsutvecklingen framtagna av SCB. År 2030 bedöms Sveriges befolkning ha ökat med drygt en miljon människor. Av denna ökning bedöms 880 000 individer vara 65 år och äldre. Sålunda sker ca 86% av befolkningstillväxten av individer i de från sjukvårdssynpunkt resurskrävande grupperna. Det beror på att de stora barnkullarna efter andra världskriget kommer in i pensionsåldern från år 2010 och framåt. Fenomenet illustreras i bilden nedan som visar procentuell tillväxt i Sverige från år 2004 och där man tydligt ser en acceleration av antalet äldre individer från år 2010.



Figur 2.3: Prognosticerad befolkningstillväxt i Sverige för individer under och över 65 års ålder. År 2004=index 100. Från SCB.

SCB bedömer att befolkningsökningen kommer att bli något mindre i Västra Götalandsregionen än i riket men andelen som är 65 år eller äldre ökar i samma grad.



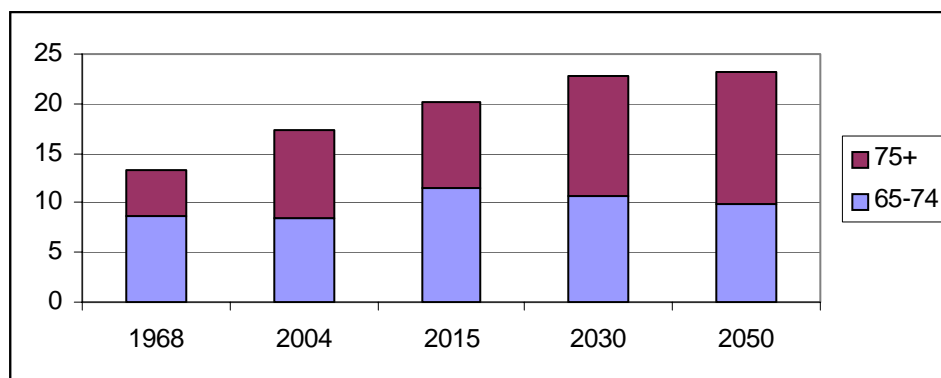
	Befolkning, tusental		Befolknings- ökning, %	Ökning av andelen som är 65+, %
	2004	2030		
VGR	1 522	1 650	8,4	31,3
Sverige	9 011	10 034	11,6	31,5

Figur 2.4: Prognosticerad befolkningsökning (%) 2004 till 2030. SCB.

Att befolkningen i Västra Götalandsregionen skulle öka mindre än riket baseras inte på skillnader i födelsetal och dödlighet utan på skillnader i in och utflyttning vilket baseras på historiska tal. Det är rimligt att anta att dessa tal är osäkra framgent, medan däremot befolkningens åldersprofil är mera lättbedömd.

Den andel av Sveriges befolkning som är 65 år eller äldre kommer att öka från dagens 17% till 23% år 2030. Inom denna grupp av individer 65 år och äldre är det särskilt den äldre delen som ökar mest.

Detta har naturligtvis konsekvensen att såväl de totala vårdkostnaderna beroende på fler personer, som den genomsnittliga kostnaden per individ, kommer att öka under perioden.



Figur 2.5: andel (procent) av Sveriges befolkning som är 65-74 respektive över 74 år. Prognos SCB.

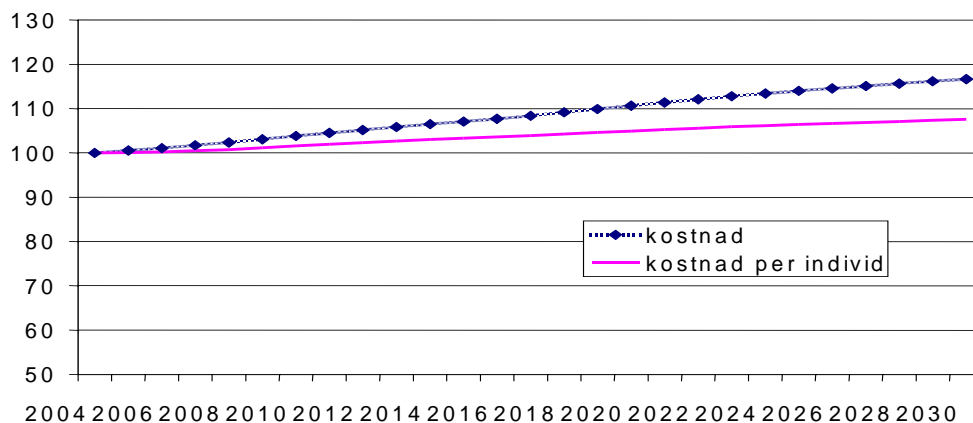
Metod för befolkningsprognoser

Den regionala befolkningsprognosen är baserad på SCB's senaste riksprognos med regionala jämförelser. Fruktsamhet, dödlighet och migration utgör förutsättningarna för prediktionen tillsammans med utgångsfolkmängden. Under ett framskrivningsår förekommer det ett flöde av personer in och ut ur befolkningen. Födda och invandrare tillkommer, döda och utvandrare utgår. Utifrån folkmängden vid ett kalenderårs början erhålls folkmängden vid årets slut genom addition och subtraktion av flödena. Föregående års framskrivna befolkning utgör utgångspunkt för beräkningen av folkmängden i slutet av nästföljande år, osv. Vid beräkningen av förändringsfaktorernas parametrar används olika statistiska modeller beskrivna i SCB's Modell för befolkningsprognoser². SCB har antagit en framtida regional nivå av fruktsamhet baserat på nivån i regionen i förhållande till riket under de senaste 6 åren. Dödligheten har baserats på en studie av regional dödlighet 1991-2000. Utflyttning och inflyttning utgår från observerade mönster av utflyttning och inflyttning i regionen de senaste 6 åren.

² SCB, SCB's modell för befolkningsframskrivningar. Bakgrundsmaterial om demografi, barn och familj 2005:1

2.3 Kostnadsutvecklingen

Det är enkelt att skriva fram de beräknade kostnaderna för framtidens sjukvård om kostnaden för individer i varje åldersintervall antas vara oförändrat. Med detta beräkningssätt kommer de landstingsfinansierade kostnaderna som beror på befolkningsförändring i Sverige att öka med 19% fram till 2030. I SKL:s prognos som även inkluderar sjukvård i kommuner är motsvarande siffra 22%. Observera att till detta kommer en ökning av kostnaderna av andra skäl som kan vara lika stor vilket beskrivs mer nedan. Utslaget per individ kommer kostnaderna av demografiska skäl att öka med ca 7,1%. För Västra Götalandsregionen är befolkningstillväxten möjligen något lägre än i riket men kostnadsökningen likartad den som i Sverige som helhet därför att den äldre andelen av befolkningen ökar på samma sätt.



Figur 2.6: Framskrivning av kostnader för hälso- och sjukvård i VGR med anledning av förändrad demografi. Index 100=2004.

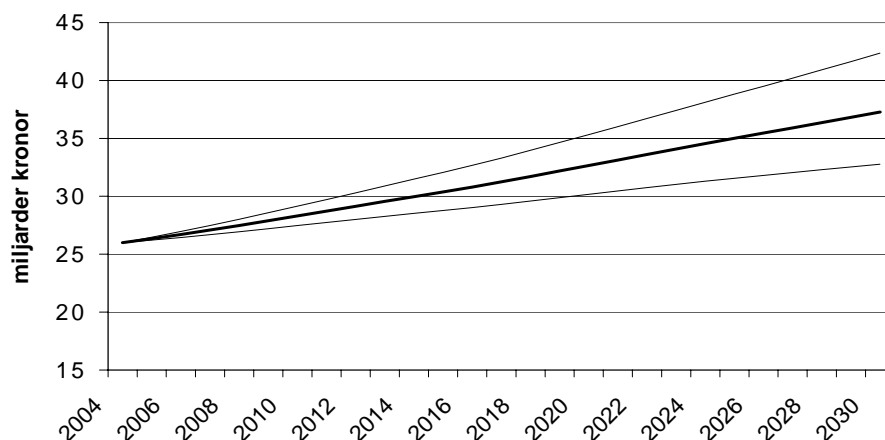
Nedan ges beräkningen i siffror totalt och per år under perioden för VGR. Siffrorna är något lägre än SKL:s på grund av att kommunernas hälso- och sjukvård inte är medtagna.

ökning 2004-2030	kostnad	Kostnad per individ
Procent	16,7	7,6
Procent per år	0,59	0,28

Således ökar kostnaderna med ca 0,6% per år. Det är något lägre än beräkningen från SKL vilket beror på att den inkluderar även den kommunala hälso- och sjukvården. Till detta skall läggas den kostnadsökning som beror på andra faktorer än demografi vilka skattats till 0,8% per år av SKL. Sammantaget ger det en kostnadsökning på 43% från dagens 26 miljarder till ca 37 miljarder.

Beräkningssättet innehåller antagandet att varje åldersgrupp har oförändrade kostnader för hälso- och sjukvård vilket är en kraftig förenkling och som kan komma att visa sig felaktig. Detta diskuteras närmare i kommande avsnitt.

Figuren nedan visar ett beräknat scenario där även linjer lagts in för ett utfall som ligger 0,5% över eller under den beräknade ökningen.



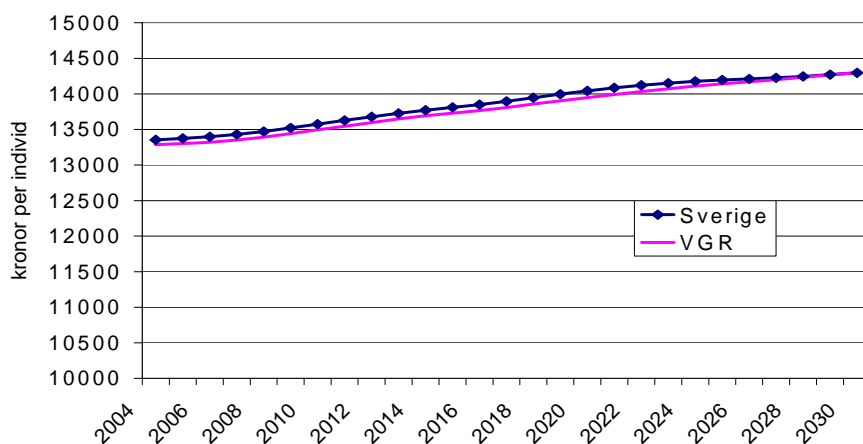
Figur 2.7: Beräknade kostnader för hälso- och sjukvård 2005-2030 samt utfall om utvecklingen blir 0,5% högre eller lägre än den beräknade.

Kostnadsökningen för hälso- och sjukvård som beror på förändrad befolkningssammansättning uppgår till 0,6% per år för tiden fram till 2030 varav ca hälften beror på att befolkningen blir äldre och den andra hälften på att befolkningen ökar. Denna beräkning baseras dock på förenklingen att sjukligheten för varje åldersintervall är oförändrad. Till detta kommer kostnadsökningar av andra skäl som kan uppgå till 0,8% per år.

2.4 Utveckling för Västra Götalandsregionen

Befolkningsutvecklingen i Västra Götalandsregionen i förhållande till riket som helhet

Västra Götalandsregionens befolkningsstruktur är en blandning av storstad och glesbygd. Ålderssammansättningen i Västra Götalandsregionen är mycket lik den för Sverige som helhet. Däremot avviker den från Stockholmsregionen som har en betydligt yngre befolkning. Med de antaganden som SCB gör för befolkningsutvecklingen i Västra Götalandsregionen kan kostnadsutvecklingen bedömas vara likartad för den i Sverige som helhet. I figuren nedan presenteras en sådan framskrivning med antagandet om oförändrad sjuklighet och kostnad för vård i varje åldersintervall. Diagrammet visar kostnaden i kronor per invånare. Ökningen är 7,1% för Sverige och 7,6% för Västra Götalandsregionen.



Figur 2.8: Framskrivning av kostnader för landstingens hälso- och sjukvård i Sverige och Västra Götalandsregionen med anledning av förändrad demografi

Inomregional variation

Den kostnadsberäkning som gjorts ovan kommer av många skäl att avvika från den verkliga utvecklingen vilket kommer att diskuteras nedan. Den har emellertid sitt största värde för att jämföra utvecklingen mellan olika områden inom regionen eftersom de skillnader som kommer att uppstå beror på olika demografisk utveckling eftersom andra förändringar såsom t.ex. teknisk utveckling och effektiviseringar kan antas vara likartade inom en region.

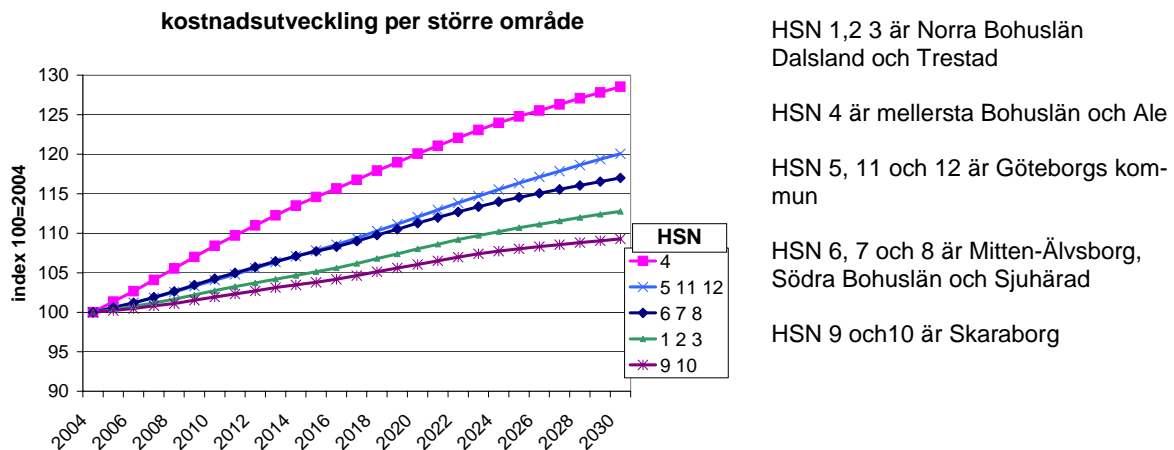
Bedömningen av hur befolkningen utvecklas varierar stort mellan områden i regionen i SCB:s prognos

HSN	Procent förändring av befolkning 2004-2030		
	0-64 år	65 år och äldre	Totalt
1 Norra Bohuslän	-10,5	49,3	2,2
2 Dalsland	-17,4	26,1	-7,8
3 Trestad	-2,5	41,2	5,4
4 Mellersta Bohuslän och Ale	3,1	75,3	14,4
5, 11, 12 Göteborgs kommun	12,6	35,1	16,0
6 Mitten-Älvsborg	-3,3	57,0	6,4
7 Södra Bohuslän	3,8	52,1	10,6
8 Sjuhärad	0,1	37,3	7,0
9 Västra Skaraborg	-9,5	38,7	-0,1
10 Östra Skaraborg	-12,5	38,5	-2,8
VGR	1,4	42,4	8,4

Tabellen visar att sex av tio nämndområden har en vikande befolkningsutveckling för individer yngre än 65 år medan alla områden har en kraftigt ökande befolkning 65 år och äldre.

Om den prognosticerade befolkningsutvecklingen tas som grund för framskrivning av sjukvårdskostnaderna ger det en viss variation i utvecklingen per område.

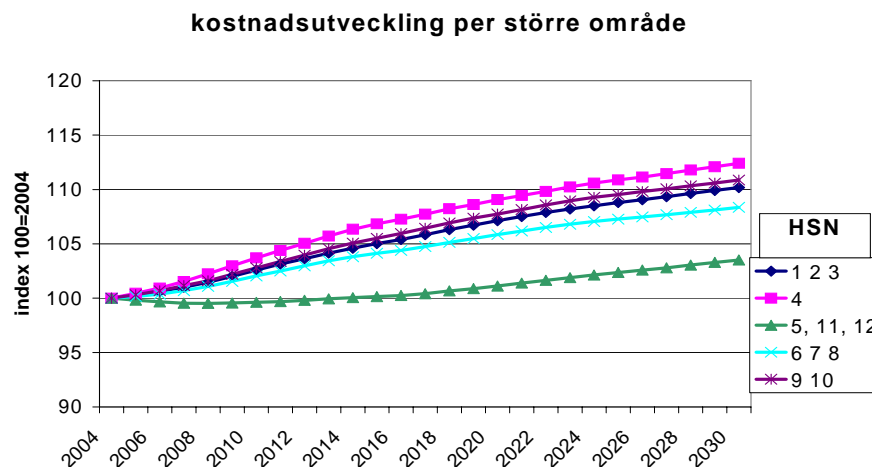




Figur 2.9: Framskrivning av landstingets kostnader för hälso- och sjukvård med anledning av förändrad demografi. Bilden har förenklats genom sammanläggning av hälso- och sjukvårdsnämnder till större områden som i de flesta fall överensstämmer med sjukhusens huvudsakliga upptagningsområden.

Den största ökningen ses för HSN 4, dvs området runt Kungälv's sjukhus. Det beror på att andelen äldre individer där är relativt lågt och ökar proportionellt sett mycket. Den näst största ökningen ses för Göteborgsnämnderna. Även områden med en vikande befolkningsutveckling har ökande kostnader med denna beräkningsmetod.

Om kostnadsförändringen beskrivs som kostnad per individ fås en annan bild vilket illustreras av bilden nedan.



Figur 2.10: Framskrivning av kostnader per individ för landstingens hälso- och sjukvård med anledning av förändrad demografi

Per individ så har Göteborgsnämnderna den minsta ökningen och kostnaderna är oförändrade fram till 2020. För övriga nämndområden är skillnaderna mycket små men den största ökningen ses fortfarande för HSN 4. Även Skaraborg som har en vikande befolkningsutveckling kan antas få ett ökande sjukvårdsbehov per individ på grund av en åldrande befolkning.

2.5 Verklig kostnadsutveckling

Prognoser över kostnadsutveckling för hälso- och sjukvård är osäkra. Beräkningar baserade på befolkningsframskrivningar som ovan har ofta visat sig stämma dåligt med det verkliga utfallet. Under 80-talet överskred den verkliga kostnadsutvecklingen kraftigt vad som kunde förväntas av förändringar i befolkning och under 90-talets början minskade sjukvårdens kostnader trots att demografin pekade på ett ökande behov. I den prognos som gjordes av en parlamentarisk kommitté på uppdrag av regeringen (HSU 2000) bedömdes att kostnadsutvecklingen från 1993 till 2010 till skulle bli 5,5% och inte överstiga vad som kunde förklaras av befolkningsförändringar³. Facit är att kostnaderna ökat med 15% redan för perioden 1993-2003⁴. Den faktiska tillgången på ekonomiskt utrymme har påverkat kostnadsbilden i mycket hög grad. I ett internationellt perspektiv är sjukvårdens kostnader mycket starkt korrelerat till BNP.

Felkällor i prognoser

Det finns ett flertal osäkerhetsmoment som får mycket stor betydelse därför att prognosen täcker så lång tid. Även mycket små avvikelser har avgörande betydelse för vad som händer 2030.

Uppskjuten sjuklighet

Den allt längre livslängden har hävdats leda till både högre och lägre sjukvårdskostnader och det finns stöd för båda teorier. Ett längre liv kan leda till att man kommer ifråga för allt fler medicinska åtgärder till höga kostnader. T.ex. ortopedisk proteskirurgi och hjärtkirurgi. Å andra sidan infaller de för sjukvården största kostnaden under individers sista levnadsår. Det finns data som talar för att tiden till döden har en mycket större betydelse för hälso- och sjukvårdskostnader än en individs faktiska ålder. Det innebär att om livslängden förlängs så minskar sjukvårdskostnaden för varje ålderskategori. SKL har i olika scenarier skattat denna effekt till att kunna minska kostnaderna år 2030 med 3%. Det innebär endast att ökning av vårdens resurser sjunker från 1,6% till 1,52% per år. SKL har tagit bort denna korrektion från sin långtidsbedömning av "försiktighetsskäl" därför att man bedömt att det är små tal i sammanhanget och att andra kostnadsdrivande faktorer är mer betydelsefulla⁵.

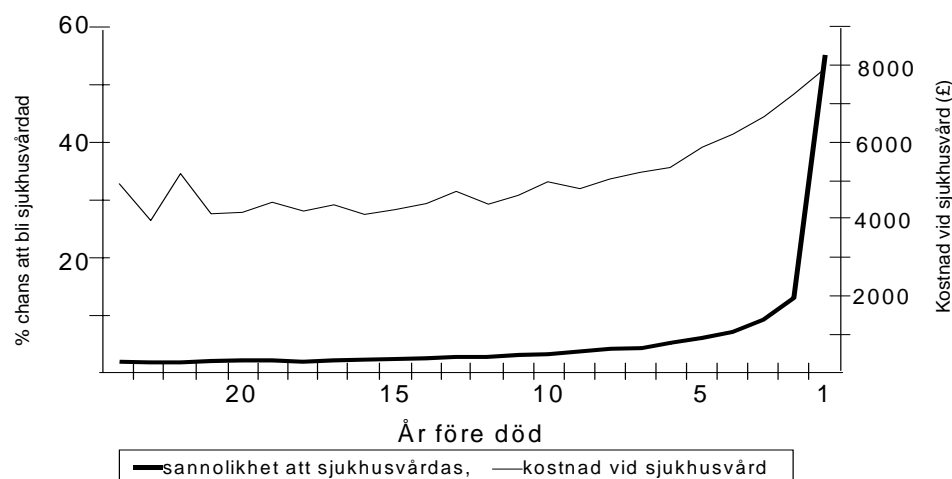
Den kostnadsminskande effekten av längre liv har dock tillmätts betydligt större betydelse av andra. Figuren nedan visar sjukhuskostnader för individer i relation till individernas återstående livslängd i en studie baserad på engelska sjukvårdsdata insamlade under 30 års tid⁶.

³ Behov och resurser i vården - en analys. Del A. Delbetänkande av HSU 2000. SOU 1996:163

⁴ Hälso- och sjukvårdsrapport 2005, Socialstyrelsen

⁵ Landstingens ekonomi, november 2003. Landstingsförbundet.

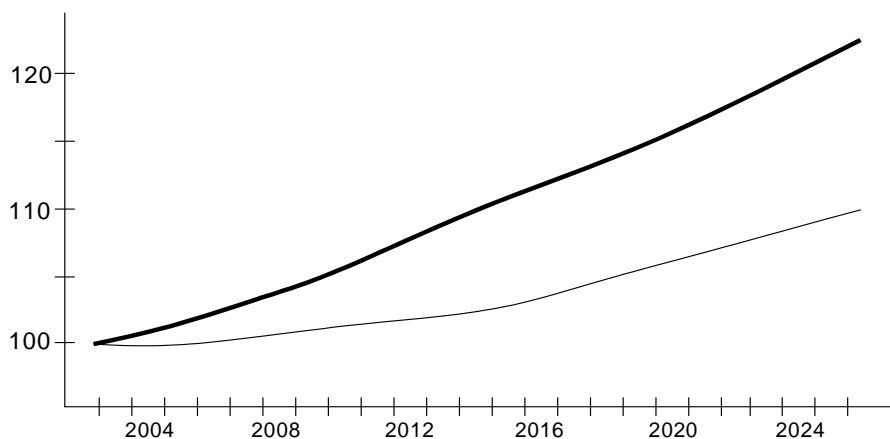
⁶ Seshamani M, Gray AM. Journal of Health Economics 2004; 23: 217-35.



Figur 2.11: Sjukhuskostnad för individer i relation till individens återstående livslängd.

Figuren visar att denna analys pekar på att behovet av sjukhusvård är starkt koncentrerat till det sista levnadsåret. Dessutom så ökar kostnaden för varje individs sjukhusvård ju närmre livets slut det sker.

Samma forskare har gjort en prognos över resursbehov för engelsk sjukhusvård där hänsyn tagits till effekterna av en uppskjuten död⁷.



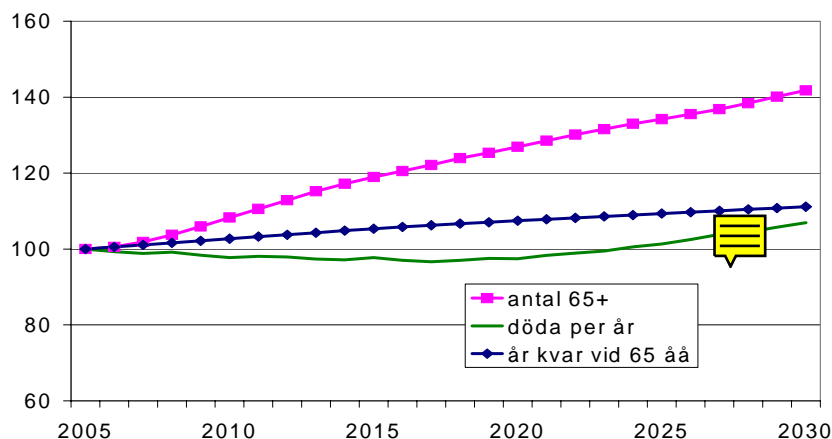
Figur 2.12: Traditionellt gjord prognos för hur kostnaderna för sjukhusvård kommer att utvecklas (fet linje) och en prognos över hur kostnaderna kommer att utvecklas med en metod där effekten av längre livslängd och senare död beaktats (tunn linje). Index 100=2002. Prognosen gäller endast demografiska effekter på kostnader.

Prognosen i diagrammet baseras på engelska sjukvårdsdata från 1970 och framåt samt hur kostnaden utvecklats för olika åldersgrupper. Denna typ av analys som tar hänsyn till att vi lever längre ger en mer optimistisk bild av effekter av en åldrande befolkning än den typ av fram-

⁷ Seshman M, Gray A. Age an Ageing, 2004:33; 556-561

skrivning som SKL gjort som enbart baseras på oförändrad sjuklighet i varje ålderskategori, med en halvering av kostnadsökningen från 0,8% per år till 0,4% per år.

Den förlängda medellivslängden kan ha stor betydelse också för svensk hälso- och sjukvård och några data som belyser detta är sammanställda i figuren nedan.



Figur 2.13: Prognos över antal individer 65+ och antalet döda per år i VGR samt prognos över förväntat antal år kvar i livet vid 65 års ålder i Sverige. Källa SCB. Index 100= 2004.

Figuren visar att antalet individer 65 år och äldre ökar i Västra Götalandsregionen med ca 40% fram till 2030 men antalet döda per år ökar med endast 7 % för perioden. Det beror på en förväntad ökande livslängd där antalet förväntade kvarvarande år efter 65 års ålder ökar med 11%. Det har mycket stor betydelse för kostnadsutvecklingen om man beaktar de höga sjukvårdskostnaderna under det sista levnadsåret. I en undersökning av individer över 65 år så svarade de 5% av befolkningen som var på sitt sista levnadsår för hälften av sjukhusens kostnader för hela den åldersgruppen. Detta fynd överensstämmer med data från HSU 2000. Där beräknades kostnaderna för sista levnadsåret till 36% av totalkostnaderna för sjukvård. Till detta kommer att data som talar för att ju senare det sista levnadsåret infaller ju lägre är hälso- och sjukvårdens kostnader för detta sista levnadsår.

I en analys av kostnader från USA och Kanada bedömdes två tredjedelar av kostnadsutvecklingen vara icke åldersberoende⁸. Dessa och andra bedömningar kan tala för att den prognos som SKL använt överskattar betydelsen av en åldrande befolkning i perspektivet 2005- 2030. Men det förbättrar inte nödvändigtvis utsikterna för en framtida kostnadsutveckling eftersom prognosen baseras på en tolkning av historiska data. Istället så komplicerar det bedömningen av framtida resursbehov eftersom en större andel av de kostnadsökningar som har skett och kommer att ske beror på mer oförutsägbara faktorer än demografi.

Sammanfattningsvis kommer den demografiska utvecklingen oundvikligen att leda till ett ökat behov av resurser för hälso- och sjukvård, både på grund av att vi blir fler och på att vi blir äldre.

⁸ Di Matteo L. The macrodeterminants of health expenditure in the united states and canada. Health Policy 2005; 71: 23-42

Det finns dock betydande osäkerheter i demografiska framskrivningar som baseras på oförändrad sjuklighet i respektive ålderskategori och utan beaktande av förändringar i livslängd.

Medicinteknisk utveckling

De senaste decennierna har vården förändrats mycket kraftigt. En mängd experimentella eller utvecklade tekniker har blivit standardbehandlingar. Dit hör t.ex. ledplastiker, kataraktoperationer och olika typer av kranskärslsngrepp. Farmakologisk behandling har expanderat och en allt större del av befolkningen inleder långvarig medicinering. Det är svårt att skatta hur stor del av sjukvårdskostnadernas ökning som beror på medicinteknisk utveckling som består av nya eller förändrade behandlingar. I HSU 2000 gjordes en mer detaljerad genomgång, av expertgrupper, över hur vården av dessa förväntas utvecklas och vilka konsekvenser det kommer att ha för resursbehov. Trots det blev överensstämelsen med den verkliga kostnadsutvecklingen dålig som nämnts ovan. Under begreppet medicinteknisk utveckling brukar också inrymmas kostnader förknippade med ny diagnostik, dyrare läkemedel och ökade administrativa krav t.ex. som rör kvalitet och redovisning.

SKL skattar kostnaden för den medicintekniska utvecklingen till 0,8% per år vilket således skall läggas till den ökning som beror på befolkningsförändringar. Beräkningen baseras på metoder som presenterats i en internationell litteraturgenomgång i vilken den medicintekniska utvecklingen uppgick till ca 2% per år⁹. Man har använt den så kallade residualmetoden som innebär att de kostnadsökningar som blir kvar när man tagit hänsyn till befolkningsutvecklingen historiskt betecknas som medicinteknisk utveckling. Det är en praktisk metod och kanske den enda användbara. Men det är en grov metod med en rad felkällor eftersom denna residual påverkas av många andra faktorer. Kostnader för den verkliga medicintekniska utvecklingen och kvalitetsförbättringar i vården är sannolikt långt större eftersom den, förutom nya satsningar, är summan av kostnadsdrivande och kostnadsminskande åtgärder. I residualen inryms den motsatta effekten av betydande strukturrationaliseringar och effektiviseringar, alltså tillförsel av interna omfördelade medel. Här finns t.ex. satsningar på personal såsom omvandling av deltider till heltidstjänstgöring, glesare helgtjänstgöring m.m. I residualen ingår t.ex. också att vården förutom nya medel, under 80- och 90-talet har tillförts stora interna resurser genom allt kortare vårdtider och allt färre vårdplatser samt, under 70- och 80-talet genom påtagliga lönesänkningar för läkarkollektivet och under början av 90-talet genom personalminskningar av icke legitimerad personal.

Om det skulle vara så att dessa interna möjligheter till resursförstärkning närmar sig att bli uttömda så kan de totala kostnaderna för det som kallas för medicinteknisk utveckling bli större än tidigare eftersom de inte längre balanseras av internt skapade resurser.

Patienters förväntningar, patientsäkerhet och kvalitet

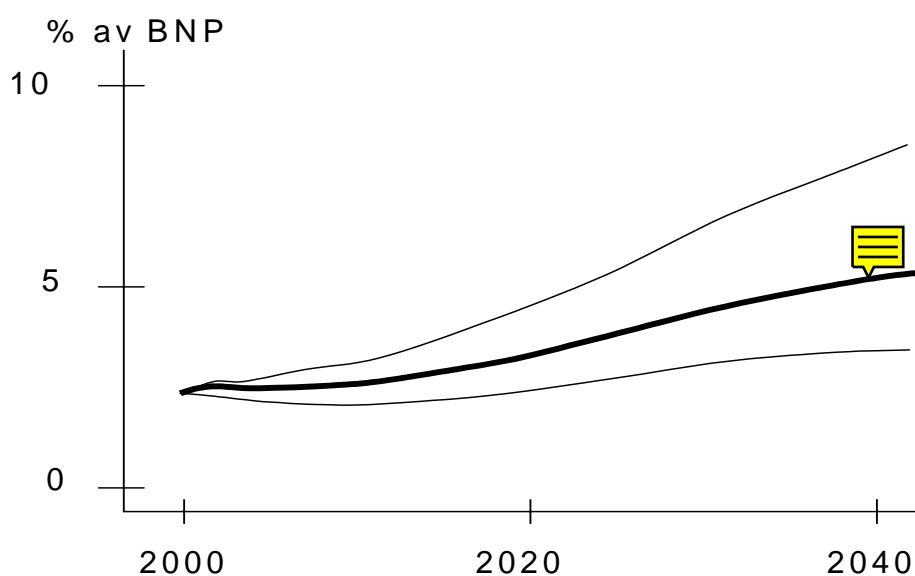
I SKLs framtidsbedömning antas att patienter kommer att vara mer informerade och ställa större krav på att få tillgång till nya undersöknings- och behandlingsmetoder. Kravet på att få tillgång till vård kommer sannolikt också att öka. Utvecklingen i USA styrs i större utsträckning av individens krav och är starkare kopplad till vad personer är villiga att betala för vård. Där har kostnadsutvecklingen varit betydligt högre än i Europa med kostnader som nu uppgår till 16% av BNP, det dubbla mot i Sverige. På senare år, och mer i andra länder än Sverige, har fokus ökat

⁹ Den medicintekniska utvecklingen och konsekvenser för sjukvårdens resursbehov. Landstingsförbundet 2002.

på patientsäkerhetsfrågor. Arbete med allmänt accepterade kvalitetsindikatorer befinner sig i en startfas i Sverige. Efterfrågan ökar på data om vårdens prestationer och kvalitet. Kvalitetsuppföljning kan vara ett sätt att öka produktivitet men fungerande sådan redovisning följs sannolikt också av nya krav på kontroll och uppföljning av vårdproducenter. Det medför också ökade administrativa kostnader för att hantera kontroll och uppföljning såväl hos producenter som beställarorganisation..

Sammantaget är det många faktorer som på ett oklart sätt verkar mot ökade kostnader för hälso- och sjukvård.

Det har gjorts försök att statistiskt skatta osäkerheten i bedömningar av den framtida kostnaden för hälso- och sjukvård. Där betonas ofta att osäkerheten är betydande och blir större ju längre prognostiden sträcker sig. Bilden nedan är ett exempel på en sådan känslighetsanalys.



Figur 2.14: En beräkning av kostnaden för sjukvård i medicare-systemet och vissa andra sjukvårdskostnader i USA uttryckt som andel av BNP. Statistisk osäkerhetsintervall inlagt inom vilket kostnaden med 95% sannolikhet bedöms ligga¹⁰.

2.6 Sammanfattning

SKL har i en bedömning av framtida resursbehov givit en grund för antaganden om den framtida utvecklingen. Den baseras på hur befolkningen kommer att förändras och en bedömning av hur andra faktorer förändras baserat på hur utvecklingen varit historiskt. Vår bedömning är att kostnaderna för Västra Götalandsregionen inte kommer att skilja sig avsevärt från SKL:s nationellt framtagna siffror. Kostnaderna för hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen kan komma att öka med ca 40-50 % till 2030. Men osäkerheten i framskrivningen av sjukvårdsbehoven är betydande, både till den del som beror på en åldrande befolkning och till andra faktorer. Det finns stöd för att det kan vara så att befolkningens ålder har mindre betydelse för sjukvårdens resursbehov än vad man tidigare antagit. Det leder inte till att prognoser över kostnadsutveckling

¹⁰ Lee R, Miller T. Health Services Research 2002; 37, 1365-86.

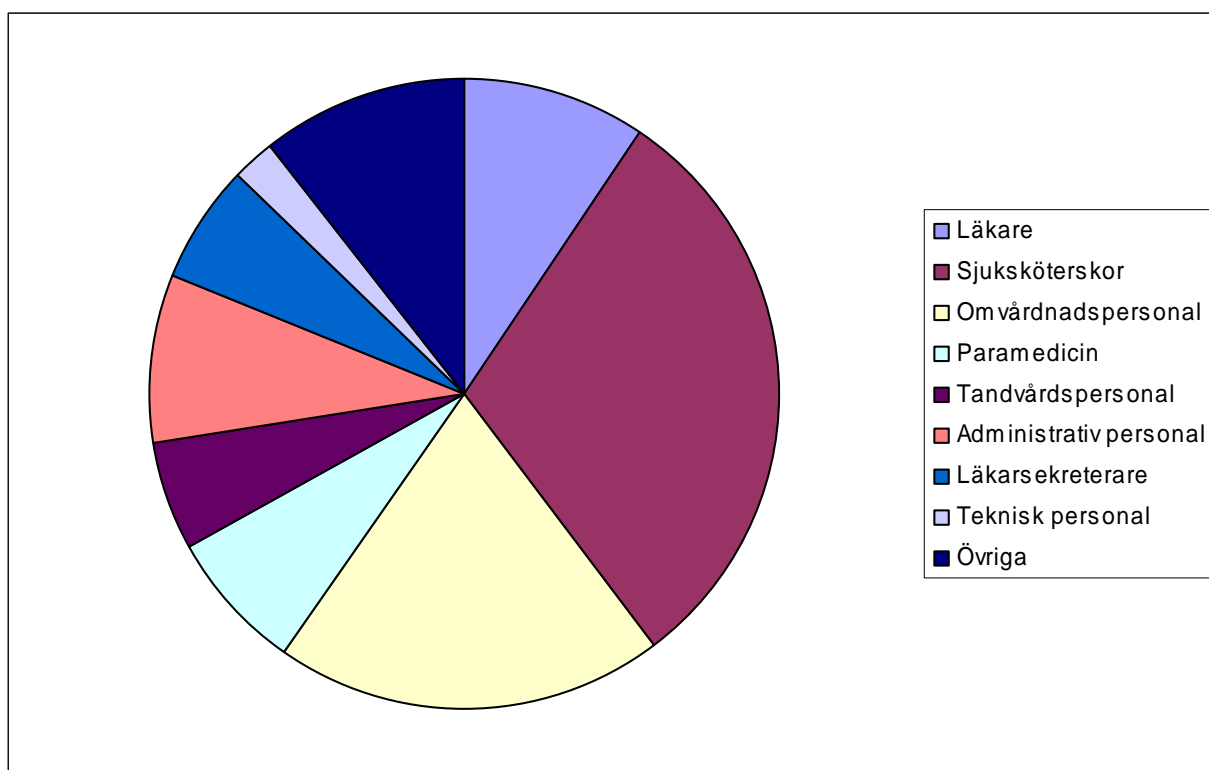
skall skrivas ned utan det leder till slutsatsen att vårdens resursbehov styrs av betydligt mer svår-
förutsägbara faktorer än demografi som ryms under begreppet medicinteknisk utveckling. Be-
räkningar blir allt osäkrare ju längre fram i tiden man skall bedöma. Baserat på de befolknings-
prognoser som SCB har utarbetat så finns det väsentliga skillnader mellan hur behovet av resur-
ser kommer att utvecklas mellan regionens områden.

3 Personalbehov i Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård till 2030

Följande avsnitt behandlar de större grupperna av regionens personal och de bedömningar som görs bygger på flera antaganden.

3.1 Nuvarande Personalstruktur

En bild av nuvarande personalsammansättning framgår av figur 3.1. Sedan regionbildningen har en årlig ökning av antalet sjuksköterskor och läkare skett medan framför allt antalet omvårdnadspersonal har minskat något. Mellan 1999 och 2005 har antalet sjuksköterskor ökat omkring 11% medan antalet undersköterskor har minskat med drygt 2%. Under åren 2000 till 2002 ökade även antalet omvårdnadspersonal i samma takt som sjuksköterskor och var 2002 knappt 5% fler än 1999 men åren 2003 till 2005 minskade antalet. Detta kan vara en effekt av den brist som rådde på grundutbildade sjuksköterskor under regionens första år vilken ledde till att viss del av önskad sjuksköterskerekrytering inte kunde genomföras. Från 2003 finns god tillgång till grundutbildade sjuksköterskor.



Figur 3.1: Personalsammansättning i Västra Götalandsregionen 2005.

Källa: Personalfokus 2005.

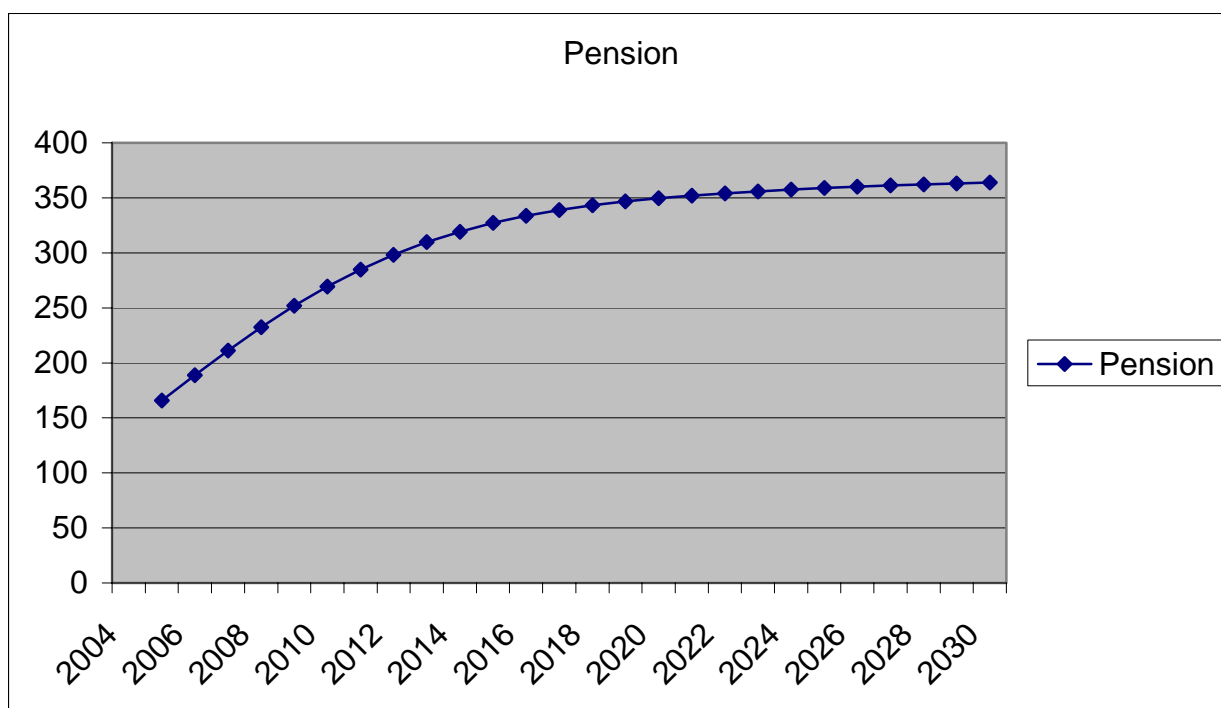
Mellan år 2001 till 2005 har antalet läkare ökat med över 11% och antalet paramedicinsk personal med 5%. Totalt har antalet anställda i Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård ökat med omkring 4% mellan 2001 och 2005.

3.2 Pensioneringar

För att kunna göra en beräkning av framtida pensioneringar krävs att vissa antaganden görs. Till att börja med måste beräknad pensionsålder bestämmas. Om 65 år fastställs som beräknad pensionsålder torde detta kunna leda till mycket diskussion, men om pensioneringen inträffar ett år tidigare kommer ersättningsrekryteringen att bli lika stor över tiden fränsett en extra årskull pensioneringar i starten. Vidare måste åldersfördelningen inom gruppen ingå i beräkningarna. Man måste också antaga att de medarbetare som idag arbetar i regionen och är över 40 år gamla, upp till 25 år kvar till 65 års ålder, stannar i regionen till pensionering. Utifrån dessa antaganden kan man för de större grupperna beräkna behovet av ersättningsrekryteringar.

För alla större personalgrupper gäller att de största grupperna återfinns i åldersgrupperna mellan 45 och 54 års ålder utom för gruppen sjukgymnaster som domineras av grupperna mellan 35 och 45 år och för grupperna psykologer, kuratorer, administrativ personal och biomedicinska analytiker som domineras av grupperna mellan 50 och 60 år.

Behovet av ersättningsrekryteringar i en stor grupp framgår av figur 3.2 som visar beräknad pensionering av sjuksköterskor i regionen till 2030.



Figur 3.2: Beräknade pensioneringar av sjuksköterskor i Västra Götalandsregionen.

Källa: Palett

Av ovanstående diagram framgår att ersättningsrekryteringar på grund av pensioneringar av sjuksköterskor stiger från drygt 150 per år 2005 till omkring 350 per år från 2017 och därefter en långsam ytterligare ökning.

På samma sätt kan yrkesgrupp för yrkesgrupp studeras och de flesta yrkesgrupperna har samma form på pensioneringskurvan.

De enda större personalgrupper som tidigare når en topp i pensioneringar, runt 2011 till 2014, är biomedicinska analytiker, psykologer, kuratorer samt administrativ personal. Övriga grupper når toppen på pensioneringskurvan mellan 2017 och 2020 för att sedan plana ut eller minska något.

3.3 Läkare

Antalet läkare som pensioneras är för närvarande omkring 80 årligen. Antalet ökar successivt under de kommande åren och når omkring 2017 upp till omkring 130 årligen och ligger sedan runt denna nivå till 2030. Till detta kommer de cirka 250 anmälda vakanserna för närvarande. De till antalet största vakanserna finns inom allmänmedicin och vuxen- och barnpsykiatri.

Årligen tillsätter regionen mellan 160 till 180 ST-tjänster och anställer ytterligare omkring 30 till 40 nya vikarierande läkare. År 2005 hade regionen drygt 860 ordinarie ST-läkare och över 200 vikarierande legitimerade underläkare. Detta innebär, vid 5 års specialistutbildning, att regionen under de kommande 5 åren tillförs drygt 1 000 nya specialister samtidigt som färre än 500 läkare pensioneras.

Om antalet läkare skall öka i takt med den demografiska utvecklingen, 0,6% årligen, är nyrekryteringsbehovet omkring 135 fram till 2014, därefter 160 årligen. Antalet läkare ökar då från omkring 4 400 år 2005 till drygt 5 050 år 2030.

Sveriges Läkarförbund beräknar att efterfrågan på läkare ökar 0,5 – 1,5 % årligen (SNAPS, 2004, Sveriges Läkarförbund; Stockholm) och dåvarande Landstingsförbundet förväntar att efterfrågan på läkare ökar med 0,5 – 1 % årligen (Landstingens ekonomi, maj 2004; Landstingsförbundet (2004); Stockholm). Med en ökning av antalet med 1% årligen kommer rekryteringsbehovet att vara 150 årligen till 2012 och därefter 180 årligen. Totalt skulle regionen då ha drygt 5600 läkare år 2030 och antalet läkare per 100 000 innevånare skulle öka med 10% om befolkningsökningen är 0,6% årligen.

SKL har beräknat att tillgången till läkare inom hälso- och sjukvården i Sverige var 28 800 år 2002 och att behovet år 2030 är 32 000 (+ 11%) om samma läkartillgång per 100 000 innevånare som idag skall bibehållas. Om hänsyn också tas till demografiska förändringar ökar behovet till 34 000 (+18%) år 2030 (Hälso- och sjukvården till 2030, Sveriges Kommuner och Landsting, maj 2005; Stockholm). År 2002 hade Västra Götalandsregionen 4 362 läkare (Personalfokus, 2005) och omkring 400 anmälda vakanser (Läkarstatistik 2002, Västra Götalandsregionen). Totalantalet läkare skulle då ha varit omkring 4 760 år 2002. En ökning med 11% respektive 18% till år 2030 skulle innebära ett behov av 5 290 respektive 5 620 läkare. Denna beräkning stämmer väl med en ökning av läkare med omkring 1% årligen.

Nyintagningen till läkarutbildningen i Göteborg är 180 studenter per år och examinationsfrekvensen är omkring 160 årligen för närvarande. Historiskt är Västra Götalandsregionen nettovinnare av läkare, det vill säga att fler läkare flyttar till regionen än vad som lämnar regionen. Inom 3 år kommer dessutom ett stort antal, förmodligen motsvarande utbildningen i Göteborg, svenska ungdomar som har studerat medicin i utlandet att tillföras den svenska läkararbetsmarknaden.

3.4 Sjuksköterskor

Som framgår i diagram 3.2 är ersättningsbehovet av sjuksköterskor på grund av pensioneringar stigande från drygt 150 år 2005 till omkring 350 år 2017 och 375 årligen 2030.

Om antalet sjuksköterskor ökas efter den demografiska utvecklingen, 0,6% årligen, blir nyrekryteringsbehovet 300 årligen till år 2010 och 450 årligen därefter. Totalt ökar då antalet från drygt 12 000 år 2005 till drygt 14 500 år 2030.

Om ökningstakten i stället är 1 respektive 1,5% blir rekryteringsbehoven 350 respektive 450 till 2010, därefter 450 respektive 550 till 2017 och 500 respektive 600 till 2030. Antalet sjuksköterskor blir då 15 600 respektive 17 400 år 2030, alltså en ökning med 3 600 respektive 5 400. Antalet sjuksköterskor per 100 000 innevånare skulle öka 10 respektive 25 %.

I riket var övergången till sysselsättning utanför hälso- och sjukvården för sjuksköterskor i snitt 2,7% årligen mellan 1996 och 2002 medan inflödet från verksamheter utanför hälso- och sjukvården i snitt var 1,9% under samma period. Detta skulle innebära ett ytterligare rekryteringsbehov av knappt 100 sjuksköterskor för närvarande och drygt 110 år 2030.

För närvarande utbildas omkring 800 nya sjuksköterskor årligen på regionens fyra lärosäten. Några planer att minska denna utbildning nämnvärt finns för närvarande inte. Med denna utbildningstakt kommer inte Västra Götalandsregionen att sakna möjligheter att nyrekrytera de grundutbildade sjuksköterskor som behövs, även om regionens kommuner ökar antalet anställda sjuksköterskor.

3.5 Omvårdnadspersonal

Andelen omvårdnadspersonal, undersköterskor, skötare, barnskötare med flera, har de sista 5 åren minskat med 1,5%, och antalet har minskat från 10 704 till 9 976, en minskning på 6,8% (Personalfokus, 2005). Denna minskningstakt torde inte vara möjlig i framtiden då det alltid kommer att finnas tydliga arbetsuppgifter för denna grupp. Om nuvarande volym undersköterskor skall bibehållas behöver omkring 250 nyrekryteringar ske årligen. Om de senaste årens minskningstakt skulle fortgå skulle ändå rekryteringsbehovet vara omkring 150 årligen. Om antalet undersköterskor behöver ökas 0,6% måste 300 årligen rekryteras till 2017 och därefter 350.

Utbildningen av denna personalgrupp sker i det gymnasiala omvårdnadsprogrammet och framför allt inom Komvux. Denna utbildning sker helt i kommunal regi och har en inriktning mot det kommunala behovet av omvårdnadspersonal. Detta har bland annat lett till att det inte längre utbildas skötare till psykiatrin. För att täcka regionens behov av rätt utbildad omvårdnadspersonal måste regionen vidareutbilda grundutbildad omvårdnadspersonal inom alla de specialområden som behöver omvårdnadspersonal.

En möjlighet att trygga det framtida behovet av undersköterskor, skötare och annan omvårdnadspersonal är att öka sysselsättningsgraden för denna grupp. Detta skulle ge ett snabbt och välutbildat tillskott.

3.6 Paramedicinsk personal

För arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykologer och kuratorer är nyrekryteringsbehovet på grund av pensioneringar mellan 20 till 30 årligen under hela planperioden. Det största behovet infaller tidigt under perioden, redan 2010 till 2012, för psykologer och kuratorer medan de två övriga har det största behovet efter 2020. Behovet av beteendevetenskaplig kompetens inom framför allt primärvården ökar och detta kommer att innebära att framtida rekrytering kommer att överstiga pensioneringarna.

Utbildningarna i Göteborg täcker väl de behov som finns inom Västra Götalandsregionen, även inkluderat de alternativa arbetsgivarna i och utom regionen.

3.7 Sammanfattande synpunkter

Frånsett pensionsavgångar påverkas tillgången av personal av annan personalomsättning såsom övergång till verksamhet utom hälso- och sjukvård, utflyttning från regionen och död före beräknad pensionering. Den totala personalomsättningen i regionen har sjunkit från 7,3 % år 2001 till 4,3 % år 2005. För läkare och sjuksköterskor finns undersökningar om var de sysselsatta är utbildade (NPS 2004, Socialstyrelsen) och för Västra Götalandsregionen visar det sig att nettotillskottet till regionen är 450 läkare och 1 600 sjuksköterskor för de som utbildats mellan år 1983 till år 2001. Om denna tendens står sig i framtiden behöver migrationen mellan landstingen i riket ej kompenseras av ökad utbildning i regionen.

De för regionen viktiga högskole- och universitetsutbildningarna har alltid varit populära bland ungdomar och sökandetrycket till dessa utbildningar har varit stort. För riket gällde 2004 att det fanns 7,4 respektive 2,3 sökande per utbildningsplats till läkar- respektive sjuksköterskeutbildningarna. I de undersökningar som görs, till exempel Ungdomsbarometern, ligger vårdrkesutbildningarna alltid högt. Givetvis kan man bara spekulera i om detta intresse kommer att bestå under de kommande 25 åren, men inget har tytt på någon nedgång i intresset de senaste 25 åren, oavsett konjunktur.

Med de utbildningsvolymerna som idag finns vid regionens universitet och högskolor finns det ingen anledning att befara att det kommer att uppstå brist på grundutbildad personal, åtminstone inte på 15 års sikt. Bedömningen mellan 2020 och 2030 är givetvis mer osäker men någon stor brist torde inte uppstå om inte övriga delar av riket får stora brister.

Brister kommer däremot att uppstå, eller bli bestående, för flera specialistutbildningar om inte regionen tar ett större ansvar för volym av och inriktning på vidareutbildningar för all personal.

För gruppen sjuksköterskor är utmaningen att vidareutbilda de specialistsjuksköterskor som framtiden kräver. Redan idag finns brister inom psykiatrin och andra grupper har en högre medelålder än snittet, exempelvis operationssjuksköterskor.

Inom allmänmedicinen har antalet utbildningstjänster ökat kraftigt de senaste åren och detta kommer, om denna tendens består, att redan inom några år leda till behovstäckning i nuvarande ambitionsnivå.

Inom både vuxen och barn- och ungdomspsykiatri har rått och råder stora brister vilka kommer att kräva stora insatser under många år för att komma till rätta med. För framtiden måste nya arbetssätt prövas vilket leder till ökad tid för direkt patientarbete. Antalet timmar för direkt patientarbete kan öka snabbare än antalet anställda om exempelvis administrativa arbetsuppgifter överförs från vårdpersonal till andra yrkesgrupper, om antalet jourlinjer i regionen minskas, om vårdkedjelogistiken utvecklas och så kallade flaskhalsar elimineras med mera.

4 Strategi för Västra Götalandsregionens pensionsåtagande

4.1 Bakgrund

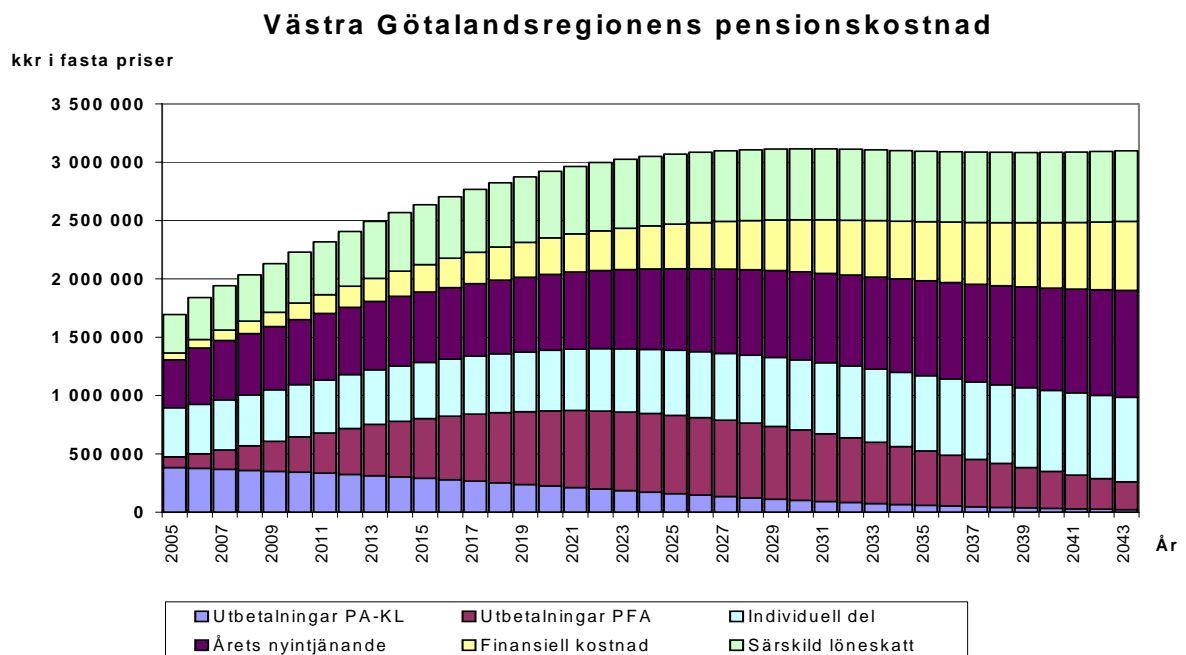
Pensionskostnadsutvecklingen i Västra Götalandsregionen har analyserats vid ett flertal tillfällen. Kostnadsutvecklingen i fasta priser framgår av bilden nedan. Jämfört med dagens nivå kommer kostnaden i det närmaste att fördubblas fram till efter 2025 och framåt. Kostnaden i fasta priser är ca 3,1 miljarder jämfört med dagens 1,7 miljarder. Redan strax efter 2020 når Västra Götalandsregionen en kostnadsnivå i storleksordning 3 miljarder kronor.

Regionens pensionsåtagande är synlig dels som skuld i balansräkningen (huvudsakligen kompletterande ålderspension), dels som ansvarsförbindelse.

Avsättningar för kompletterande ålderspension ökar under hela perioden. Det individuella pensionsvalet avsätts inte utan betalas ut och kostnadsförs varje år.

Ansvarsförbindelsen är inte avsatt i balansräkningen, vilket således innebär en kostnadsbelastning kommande år. Merparten av pensionskulden utgörs av ansvarsförbindelsen, som uppgår till ca 18,2 miljarder per augusti 2005.

Figur 4.1: Västra Götalandsregionen pensionskostnad (tkr)



Av figur 4.1 framgår också att kostnaden för pensioner avser både ”gamla pensionsåtagande” (ansvarsförbindelsen) och ”nya pensionsåtaganden”. Det ”dubbla” åtagandet är en huvudförklaring till den framtida kostnadsökningen.

En viss del av kostnadsökningen kan finansieras av ökade skatteintäkter, men sannolikt kommer en allt större del av skatteintäkterna jämfört med tidigare att behövas för att klara pensionernas

framtida finansiering. En möjlig lösning som diskuteras är krav på resultatöverskott och även likviditetsöverskott kommande år. Överskotten används för att avlasta kostnaden och likviditeten för framtida pensioner.

Andra risker

Pensionskostnadsutvecklingen ovan förutsätter nuvarande värdering av pensionsskuld som baseras på 3 procents diskonteringsränta. Den totala skulden uppgår till ca 20,8 miljarder kronor, varav ansvarsförbindelsen svarar för drygt 87 procent.

En marknadsvärdering av pensionsskulden förändrar skuldens storlek betydligt. Med dagens nivå (hösten 2005) på ränta kommer skulden att uppgå till ca 28,4 miljarder kronor. Känsligheten är förhållandevis stor och framgår av figur 4.2:

Figur 4.2: Räntekänslighet för pensionsskuldens värdering

Räntekänslighet	Mkr	Förändring	Procent
Bokfört värde idag	20 791		
Marknadsvärde idag	28 835		
Ränta + 1%	23 975	- 4 410	- 16%
Ränta - 1%	34 071	5 685	20%

Redovisningspraxis av balansposter går mer mot en marknadsvärdering, vilket även innefattar pensionsskulden.

Med ovanstående bakgrund är det av intresse att utreda vilka alternativa lösningar som är möjliga för Västra Götalandsregionen för att hantera risker och framtida pensionsåtagande.

4.2 Alternativa strategier för att lösa pensionsåtaganden

Det finns idag i huvudsak tre olika former för att lösa frågan med framtida pensionskostnader

- Tillskapa medel för pensionsreserver i egen balansräkning.
- Sätta av medel till pensionsstiftelse.
- Teckna försäkring hos pensionsförsäkringsbolag.

SKL har i ekonominytt 14/05 belyst vad dessa tre alternativ innebär ur styrningssynpunkt, synliggörande och ekonomiska effekter (se bilaga). Nedan följer en mycket kort beskrivning av alternativen.

Medel för pensionsreserver i egen balansräkning, kopplat till ett sparande genom till exempel planerade överskott, har bland annat ekonomiska fördelar och ger möjlighet till kontroll men kräver att de avsatta medlen verkligen undantagslöst ”läses in” för kommande pensioner och inget annat.

Det är således möjligt att med nuvarande lagstiftning ”öronmärka” del eller hela överskottet ett enskilt år för täckande av framtida pensionskostnader. ”Öronmärkningen” är en del av det egna kapitalet som därmed kan användas för att täcka pensionskostnader framöver.

Pensionsstiftelse tillgodoser behovet av att ”låsa in medlen” och möjlighet till kontroll. Det har dock en kostnadsnackdel jämfört med att ha medel i egen balansräkning i och med att avkastningsskatt tillkommer (15 % på avkastningen = genomsnittlig statslåneränta). Dessutom kan en utbetalning av särskild löneskatt tillkomma beroende på konstruktion.

Med tjänstepensionsförsäkring kan också medlen ”låsas in” men kommunen/landstinget har inte kontroll över placeringarna som vid öronmärkning i egen balansräkning. Försäkring innebär samma skatter som placering hos pensionsstiftelse men det tillkommer kostnader för bolagets administration och avkastning/vinst, kostnader som ingår i premien för försäkringen. Särskild löneskatt betalas det år som premien betalas.

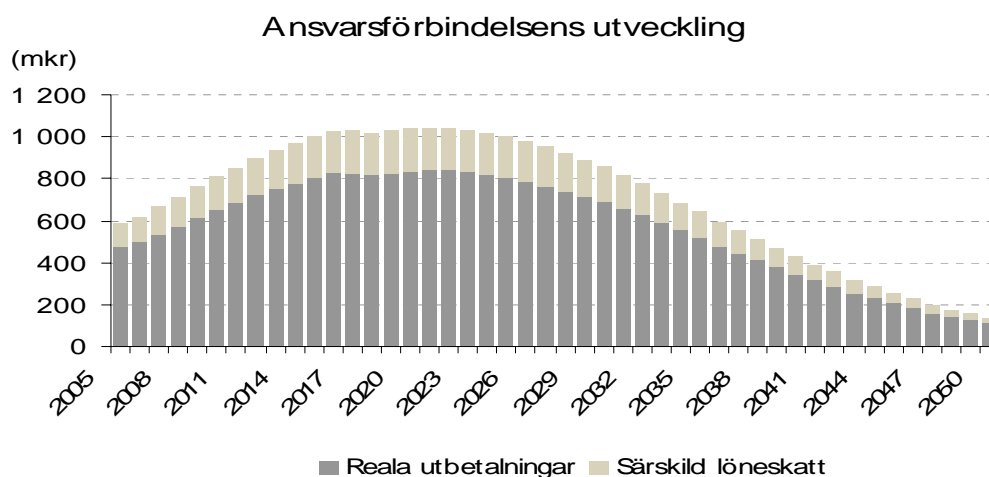
4.3 Förslag till strategi

Avsättningsstrategi

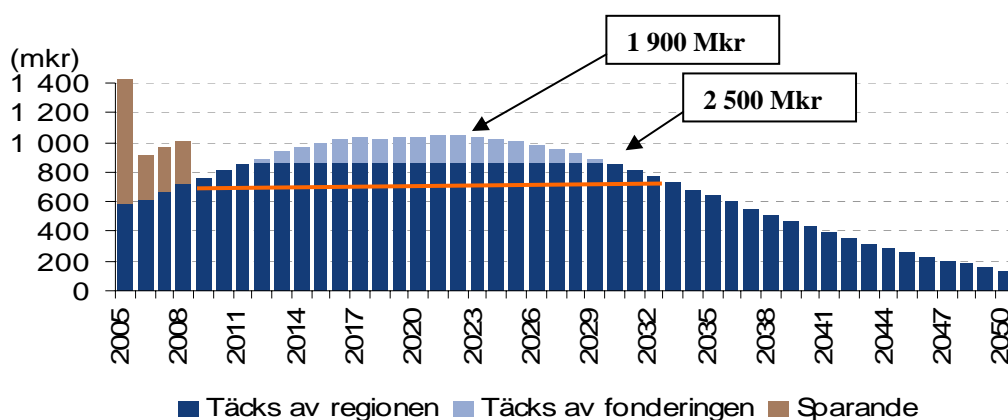
Den huvudsakliga strategin som diskuteras för Västra Götalandsregionen är medel för pensionsreserv i egen balansräkning. Övriga alternativ som redovisats innebär en kostnadsökning som inte kan försvaras även om alternativen ger en tydligare inlåsnings effekt.

I en genomförd analys för Västra Götalandsregionen framkom att, inom ramen för pensionsskulden, det huvudsakligen är ansvarsförbindelsen som genererar en ökad kostnadsbelastning framöver. Detta åskådliggörs i form av en tydlig puckel (se figur 4.3 nedan). Kostnaden för ansvarsförbindelsen ökar stadigt och når "taket" omkring 2018 för att sedan ligga på samma nivå under flera år.

Figur 4.3: Ansvarsförbindelsen utveckling (mkr)



Den strategin som diskuteras bygger på att använda resultatöverskott för att ”matcha” kostnadsökning av pensioner framöver, d v s fondera medel idag för framtida behov. Tankegången åskådliggörs i figur 4.4.

Figur 4.4: Ansvarsförbindelsen med fondering - scenario 1 (1 900 mkr)


Beroende på hur mycket av överskottet som kan fonderas kommer mer eller mindre del av puckeln att kapas. I exemplet ovan uppgår sparandet till 1 900 Mkr för åren 2005-2008, vilket innebär att puckeln kan kapas under fler år (2012-2030) och därmed uppnås en lägre belastning på eller undanträngande av exempelvis sjukvårdande verksamhet kommande år.

Den heldragna linjen markerar en kostnadsnivå för pensioner på samma nivå som 2008 fram till 2033 och därefter sjunker kostnaden. Vid 2008 års kostnadsnivå är fonderingen inte tillräcklig utan det krävs en fondering på ytterligare 2 500 mkr, d v s en total fondering på ca 4 400 mkr.

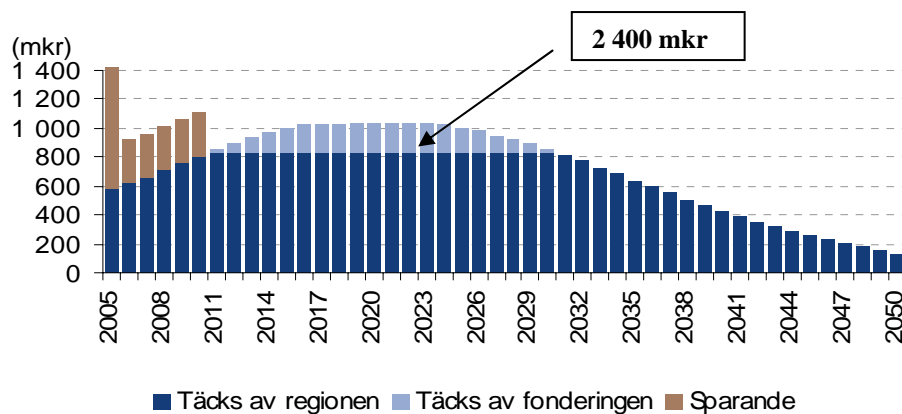
Som underlag för analys och bedömning av effekter finns en beräkning med tre olika scenario för att spegla detta. Scenarioberäkningarna framgår av tabellen nedan (figur 4.5)

Figur 4.5: Resultatöverskott/likviditetsöverskott (mkr)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Summa
Scenario 1	900	300	300	300			1 900
Scenario 2	900	300	300	300	300	300	2 400
Scenario 3	900	300	550	550	550	550	3 400
Likvidöverskott		1 000	500				

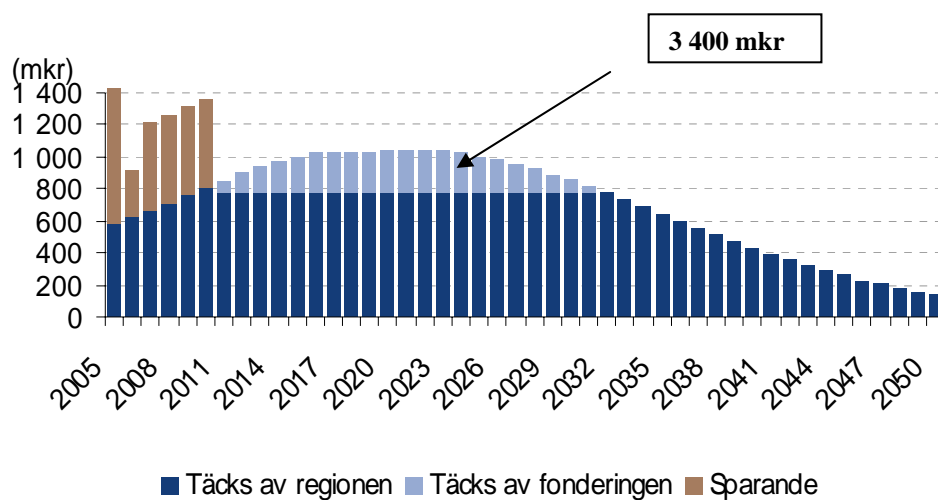
Alternativa scenario speglar olika krav på resultatöverskott, där scenario 3 innebär en kraftig resultatökning och förutsätter en tydlig hemtagning av framtida effektivitetsförbättringar i Västra Götalandsregionen. Scenario 2 och 3 enligt tabell redovisas grafiskt i figur 4.6 och 4.7

Figur 4.6: Ansvarsförbindelsen med fondering – scenario 2 (2 400 mkr)



Med en resultatutveckling enligt scenario 2 kommer resultatnivån år 2010 inklusive fonderingar att täcka kommande kostnader för ansvarsförbindelsen. Någon ytterligare fondering skulle inte vara nödvändig.

Figur 4.7: Ansvarsförbindelsen med fondering – scenario 3 (3 400 mkr)



Utvecklingen i figur 4.7 speglar en situation där fonderingen och resultatnivån fram till 2010 täcker mer än väl framtida kostnader för ansvarsförbindelsen. Resultatnivån kan exempelvis även användas för täckande delar av kompletterande ålderspension framöver.

Det skulle även vara möjligt att vid likviditetsöverskott göra ytterligare placeringar enligt samma principer som redovisats (se figur 4.5). Dessutom kan avkastningar på gjorda placeringen användas på samma sätt, d v s för att säkra framtida pensionsåtaganden.

Redovisningsalternativ

Det är viktigt att känna till lagstiftningen för hur pensioner ska redovisas innan vi analyserar frågan vidare. Redovisningen av pensionsförpliktelser regleras i den kommunala redovisningslagen. Kortfattat innebär den kommunala pensionsredovisningsmodellen (blandmodellen) att de pensionsrättigheter som personalen intjänat före år 1998 inte ska skuldredovisas i balansräkningen. Däremot ska utbetalningar av dessa pensioner redovisas som kostnader. Pensionsrättigheter som intjänats efter 1998 skuldredovisas dock och periodiseras efter vad som allmänt kan betraktas som redovisning enligt bokföringsmässiga grunder.

Inom ramen för strategin att tillskapa medel i egen balansräkning finns två alternativa vägar:

- ”Öronmärka” resultatöverskott idag för framtida pensionsutbetalningar – fondering
- Kostnadsföra delar av ansvarsförbindelsen löpande motsvarande resultatöverskottet eller del av.

Det första alternativet bygger på lagstiftning och rekommendationer inom sektorn, medan det andra alternativet inte följer gällande regler kring blandmodellen. Däremot innebär en kostnadsföring av ansvarsförbindelsen eller delar av den ett tydliggörande av att det är pensionsavsättning som avses. Pedagogiskt är det en enklare lösning. Flera kommuner har börjat göra avsteg från blandmodellen och på landstingssidan är det Östergötland.

Finansiell strategi

Oberoende av vilket redovisningsalternativ som väljs är det centralt att fonderingen följs med motsvarande likvidplacering för att matcha riskerna för framtida kostnadsutveckling av pensionsskulden.

Ett *exempel* inom ramen för den redovisade finansiella strategin är en skräddarsydd obligation med återköpsklausul. En sida kan kombineras med placering i exempelvis aktier. Det skulle möjliggöra bra avkastning med inlåsnings effekter. Redovisningsmässigt kan det vara möjligt att klassificera placeringen som anläggningstillgång (anläggningsobligation). Några effekter:

- Kan matchas gentemot pensionsutbetalningarna och bidrar till inlåsnings effekter
- Kan garantera andel av varje utbetalning genom riskkontroll
- Återköpsklausul garanterar långsiktighet

Avsättning i årsredovisningen 2005

I årsredovisningen för 2005 har en fondering av pensioner genomförts med 480 mkr som ett första steg i den strategi som föreslagits.

Dnr SKL 2005/2451	ULf Lennartsson	08-452 77 48
	Åsa Hjortsberg Sandgren	08-452 77 32
	m.fl.	

14/05

2005-11-03

Landsting och regioner
Ekonomidirektörer Lt
Finanschefer Lt
Landstingsdirektörer
Landstingsekonomer
Personaldirektörer Lt
Redovisningschefer Lt

Olika sätt att hantera tillgångar för pensionsförpliktelser för kommuner och landsting

Sammanfattning

En aktuell fråga i många kommuner och landsting är hur man kan finansiera framtida ökade pensionsutbetalningar. Det finns idag i huvudsak tre olika former för att lösa den frågan.

4. Tillskapa medel för pensionsreserver i egen balansräkning.
5. Sätta av medel till pensionsstiftelse.
6. Teckna försäkring hos pensionsförsäkringsbolag.

Det finns naturligtvis även ett fjärde alternativ, nämligen att inte bygga upp några särskilda medel för kommande pensioner. Detta alternativ innebär att alla framtida pensionsutbetalningar belastar ekonomierna det år de inträffar. För närvarande förefaller det som om en majoritet av kommunerna och landstingen har denna lösning. Många överväger dock en strategi som innebär att man vill tillskapa särskilda tillgångar för pensionerna. Det är här de tre ovannämnda alternativen kommer in.

Vi belyser vad dessa alternativ innebär ur styrningssynpunkt, synliggörande och ekonomiska effekter. Vilket alternativ som är bäst för den egna kommunen eller det egna landstinget kan bara kommunen/landstinget själv avgöra. Det beror på vad som vid den samlade bedömningen hos den enskilda kommunen/det enskilda landstinget väger tyngst; kostnader på kort och lång sikt, kontroll över medlen och/eller synliggörandet av åtagandet.

Alternativet medel för pensionsreserver i egen balansräkning, kopplat till ett sparande genom till exempel planerade överskott, har bland annat ekonomiska fördelar och ger möjlighet till kontroll men kräver att de avsatta medlen verkligen undantagslöst "läses in" för kommande pensioner och inget annat.

Pensionsstiftelse tillgodoser behovet av att ”låsa in medlen” och möjlighet till kontroll. Det har dock en kostnadsnackdel jämfört med att ha medel i egen balansräkning i och med att avkastningsskatt tillkommer.

Med försäkring hos utomstående aktör/pensionsförsäkringsbolag kan också medlen ”låsas in” men kommunen/landstinget har inte kontroll över placeringarna som vid öronmärkning i egen balansräkning. Försäkring innebär samma skatter som placering hos pensionsstiftelse men det tillkommer kostnader för bolagets administration och avkastning/vinst, kostnader som ingår i premien för försäkringen.

Bakgrund

Kommunernas och landstingens pensionsförpliktelser är synliga dels som skulder i balansräkningen (för de pensioner som följer pensionsavtalet PFA) dels som en ansvarsförbindelse inom linjen i årsredovisningen (för de pensioner intjänade före 1998 som följer PA-KL, det tidigare pensionsavtalet). Dessa är inte (med några undantag) upptagna som en reell skuld.

Enligt de prognoser för pensionsutbetalningar, som de flesta kommuner och landsting har, kommer de årliga utbetalningarna att öka successivt för att nå en kulmen åren 2010–2020. Detta beror på stora pensionsavgångar under dessa år men exakt hur det slår i varje enskild kommun och landsting är olika. Utbetalningarna kommer under dessa år innebära en påfrestning på likviditeten och ta ökat utrymme från kommunens/landstingets resurser för verksamheterna.

En del kommuner och landsting har under de senaste åren tagit upp frågan om fördelar och nackdelar med olika alternativ att tillskapa medel för att ”matcha” sina pensionsförpliktelser. Syftet är att förebygga den ekonomiska påfrestning som de kommande åren kan innebära. Många kommuner och landsting har redan i någon form satt av medel för detta men långt ifrån alla och långt ifrån de belopp som svarar mot skulden och ansvarsförbindelsen. Andra har tecknat försäkring för vissa delar av sitt pensionsåtagande. Från medlemmarna ställs frågor till förbundet som visar på behov av information om olika alternativ.

Syfte med detta EkonomiNytt

Mot ovanstående bakgrund har förbundet funnit det angeläget att gå igenom och redovisa olika alternativ för att tillskapa medel för kommande pensionsförpliktelser. Vi anger kortfattat vad alternativen innebär.

De alternativ som behandlas är:

1. Tillskapa medel i egen balansräkning.
2. Sätta av medel till pensionsstiftelse.
3. Teckna pensionsförsäkring hos marknadsaktör.

Däremot behandlas inte kapitalförvaltning eller amortering av skulder, då detta snarare är olika former av sparande som kan – men inte behöver – kopplas till avsättning av medel för pensionsändamål. De är alltså inga tryggandeformer i sig utan snarare medel att praktiskt matcha pensionsskulden finansiellt.

De faktorer som är intressanta att ta med vid en bedömning av alternativen är följande:

- ekonomiska effekter
- möjligheter att styra medelsförvaltningen från kommunens/landstingets sida
- möjligheter att inom gällande kommunal- och redovisningslag synliggöra sitt åtagande och öronmärka sina pensionsmedel

För varje alternativ beskrivs innebörden och de effekter som följer utifrån dessa faktorer. Förutsättningarna för val av alternativ varierar i och för sig mellan enskilda kommuner/landsting. Utan att värdera för- och nackdelar med de olika alternativen är förhoppningen att genomgången ska visa vilka alternativ som är att föredra om man utifrån sin egen situation vill få ut det bästa av de olika lösningarna.

Redovisning av pensionsförpliktelser

Redovisningen av pensionsförpliktelser regleras i den kommunala redovisningslagen. Kortfattat innebär den kommunala pensionsredovisningsmodellen (blandmodellen) att de pensionsrättigheter som personalen intjänat före år 1998 inte ska skuldredovisas i balansräkningen. Däremot ska utbetalningar av dessa pensioner redovisas som kostnader. Pensionsrättigheter som intjänats efter 1998 skuldredovisas dock och periodiseras efter vad som allmänt kan betraktas som redovisning enligt bokföringsmässiga grunder.

Tre alternativ att hantera medel för pensionsförpliktelser

Alternativ 1: Tillskapa medel i egen balansräkning

Alternativet innebär att bygga upp egna reserver för pensionsändamål.

Metoder för öronmärkning av pensionsreserver

Tillvägagångssätten kan se lite olika ut. Här beskrivs några typfall men det finns naturligtvis flera exempel och variationer på dessa förenklade typfall.

- **Engångsfinansiering av pensionsreserver**
Kommunen/landstinget har sålt en tillgång (exempelvis ett företag eller en attraktiv fastighet) och fått en större summa pengar. Man beslutar att lägga undan dessa pengar till att betala framtida ökade pensionsutbetalningar. Den alternativa användningen av pengarna skulle t.ex. kunna vara att amortera skulder, finansiera investeringar, bygga upp sin allmänna likviditetsreserv.
- **Planerad årlig uppbyggnad av pensionsreserver**
I sina finansiella mål bestämmer kommunen/landstinget att årligen skapa ett överskott som leder till en likvidmässig förstärkning som öronmärks i budget för att betala framtida pensionsutbetalningar. I årsredovisning redovisas den faktiska och beloppsmässiga öronmärkningen tydligt.

- **Oförutsedda överskott disponeras till pensionsreserver**

I samband med ett bokslut konstateras att det resultat- eller likviditetsmässiga överskottet blev betydligt större än budgeterat. Istället för att låta detta överskott bli ett tillskott för kommande drift- och investeringsverksamhet görs en öronmärkning för framtida pensionsutbetalningar.

Om öronmärkningen av medel ska ses som en reell och stabil åtgärd krävs att den styrks av ett beslut av fullmäktige. Det kan vara lämpligt att fullmäktige ger sådana direktiv i samband med beslut om de finansiella målen i nästa års budget.

Fullmäktige ska enligt kommunallagen 8 kap. 3a meddela särskilda föreskrifter för medelsförvaltning av pensionsförpliktelser. I föreskrifterna blir det naturligt att tydliggöra förutsättningar och villkor för en särskild öronmärkt pensionsmedelsförvaltning. I samband med behandlingen av årsredovisningen kan det också bli aktuellt att besluta om en sådan öronmärkning. Det är dock viktigt att observera att en öronmärkning av detta slag inte blir resultatpåverkande i den externa redovisningen

I årsredovisning och i annan uppföljning bör man kunna identifiera en öronmärkning av pensionsreserver i balansräkningen. Ett rimligt krav är att man åtminstone av noterna till olika tillgångsposter och/eller till det egna kapitalet ska kunna identifiera en öronmärkning av realiserbara finansiella tillgångar. I kommunallagen 8 kap. 3a § stadgas dessutom att kommuner och landsting, oavsett om de har eller inte har särskilda öronmärkta pensionsreserver, i sin förvaltningsberättelse ska analysera sin pensionsmedelsförvaltning. Rådet för kommunal redovisning har även i sin Rekommendation nr 7 angivit hur en sådan analys kan utformas. Förekomsten av och utfallet för en öronmärkning av pensionsmedel framkommer av denna analys.

Balanskravanalys

De kommuner och landsting som bygger upp finansiella reserver för att använda dessa medel längre fram i tiden ställs inför vissa pedagogiska utmaningar. Utmaningarna hänger bland annat ihop med den kommunala pensionsredovisningsmodellen och det ekonomiska balanskravet. När man bygger upp reserver krävs överskott i resultaträkningen och när man använder reserverna till pensionsutbetalningar får man lägre överskott eller till och med resultatmässiga underskott. Det är viktigt att pedagogiskt kunna förklara en sådan finansiell strategi för att få gehör för den.

I kommentarerna till lagen om ”God ekonomisk hushållning” berörs denna problematik. I kommentarerna anges vissa sätt att hantera de situationer som en uppbyggnad av pensionsreserver kan ge. I den analys av ekonomi och balanskrav som ska ske i förvaltningsberättelsen är det möjligt att öronmärka överskott för vissa framtida ändamål. När sedan kostnaderna uppkommer för samma ändamål kan de i en till externredovisningen sidoordnad balanskravsutredning avräknas mot det faktiska resultatet i resultaträkningen. Nedanstående exempel visar lite förenklat hur en sådan balanskravsanalys kan se ut.

Balanskravutredning år 2005		Balanskravutredning år 2015	
Årets resultat enl. resultaträkning	+10	Årets resultat enl. resultaträkning	-4
Uppbyggnad av pensionsreserv	-5	Disponering av pensionsreserv	+7
Årets balanskravresultat	+5	Årets balanskravresultat	+3

Fördelar och nackdelar med att bygga upp pensionsreserver i egen balansräkning

Vid en jämförelse med andra alternativ finns det både för- och nackdelar med att bygga upp pensionsreserver och öronmärka dem i den egna balansräkningen. Löneskatt betalas i detta fall först vid pensionsutbetalning

Fördelar

- Tillgångarna belastas inte med avkastningsskatt så länge de redovisas i kommunal regi.
- Tillgångarna belastas inte av någon annan organisations administrativa kostnader eller vinstkrav. (Troligen blir de administrativa kostnaderna lägre i den egna organisationen än det pris man får betala för detta i en annan organisation.)
- Kommunen/landstinget har egen och suverän kontroll över tillgångarna och placeringen av dessa.

Nackdelar

- Kommunen/landstinget måste besitta viss kompetens för att förvalta tillgångarna. (Även om själva förvaltningen lämnas ut till kapitalförvaltare.)
- Medlen är inte inlåsta, dvs. säkrade för tid och evighet till pensioner. Tillgångarna kan i framtiden, efter politiskt beslut, omdisponeras till andra ändamål.
- Pedagogiska problem med att förstå och förklara skillnad och samband mellan resultaträkning och s.k. balanskravutredning.

I några kommuner och landsting har man valt att skuldredovisa hela sitt pensionsåtagande i balansräkningen. Vissa pedagogiska problem kan därmed undanröjas. Då denna metod står i strid mot uttryckliga regler i redovisningslagen utreds inte detta här.

Alternativ 2: Pensionsstiftelse

Gemensamma skatteeffekter för pensionsstiftelse och tjänstepensionsförsäkring

Om pensionsutfästelserna ska finansieras via pensionsstiftelse eller tjänstepensionsförsäkring tillkommer en kostnad i form av avkastningsskatt och vissa konsekvenser för den särskilda löneskatten på pensionskostnader.

Avkastningsskatt

Avkastningsskatt utgår med 15 procent på avkastningen. Avkastningen definieras som den genomsnittliga statslåneräntan under året före beskattningsåret multiplicerat med det kapital som finns i stiftelsen respektive försäkringen vid beskattningsårets ingång. Detta innebär att om den faktiska avkastningen är lägre blir skattsatsen högre än 15 procent på faktisk avkastning och om den faktiska avkastningen är högre blir skattsatsen lägre än 15 procent.

För beskattningsåret 2004 uppgick den genomsnittliga statslåneräntan till 4,39 procent. Skatten blir då 0,6585 procent eller 6 585 kr per förvaltat pensionsmiljon under år 2004 i dessa trygghanformer, jämfört med 0 kr om kapitalet istället förvaltats direkt i kommunen eller landstinget.

Särskild löneskatt

Särskild löneskatt utgår med 24,26 procent på pensionskostnaderna. I de fall pensionen inte tryggas via pensionsstiftelse eller tjänstepensionsförsäkring betalas inte skatten ut förrän pensionerna betalas ut. Väljer man att istället trygga pensionerna i egen stiftelse eller hos extern part tas löneskatten ut redan vid betalning till pensionsstiftelsen eller premien för tjänstepensionsförsäkringen. Detta innebär en tidigareläggning av löneskatteinbetalningarna. Den tillväxt som sker i stiftelsen respektive hos försäkringsbolaget på det avsatta kapitalet kommer däremot inte att bli föremål för särskild löneskatt.

Effekterna vad gäller löneskatten i de olika alternativen kan enligt vår uppfattning i stort sett ta ut varandra i slutändan, beroende på hur avkastningen utvecklas. Den särskilda löneskatten på pensionskostnader är därför inte vara avgörande för om kapitalet ska förvaltas direkt i balansräkningen eller via pensionsstiftelse/tjänstepensionsförsäkring.

Regelverk

Det kan vara av intresse för kommun- och landstingssektorn med avsättning till pensionsstiftelse. En pensionsstiftelse får inte själv betala ut pension utan är endast en pant för (= tryggar) arbetsgivarens utfästelser. Gången är att om arbetsgivaren har betalt ut pension kan arbetsgivaren vända sig till stiftelsen och begära gottgörelse (ersättning) för sina pensionskostnader.

Ledamöterna i en pensionsstiftelses styrelse väljs till lika antal av arbetsgivaren och de arbetstare som omfattas av stiftelsens ändamål.

För att kunna få gottgörelse krävs att stiftelsen tillgångar överstiger de utfästa pensioner som stiftelsen ska trygga. Gottgörelse kan också fås ur årets avkastning även om överskott inte föreligger.

En pensionsstiftelse kan vara gemensam för flera arbetsgivare. Då har varje arbetsgivare sin egen pensionsfond i stiftelsen. Därmed kan stordriftsfördelar uppnås i kapitalförvaltningen.

Pensionsstiftelserna står idag under Länsstyrelsens tillsyn. De större stiftelserna, mer än 100 förmånstagare, kommer antagligen att stå under Finansinspektionens tillsyn från och med år 2006. Detta är en av flera förändringar i anledning av EG:s Tjänstepensionsdirektiv som kommer att genomföras från och med år 2006.

Löneskatt betalas i alternativet pensionsstiftelse det år betalningen till stiftelsen sker i stället för då pensionen utbetalas.

Pensionsstiftelser i näringsliv och hos organisationer

Tidigare återfanns pensionsstiftelser mest hos ett fåtal större företag, banker, fackförbund och ideella organisationer. För 5–6 år sedan inleddes en utveckling där de flesta stora svenska företagen inklusive tidigare statliga bolag som Telia och Posten började bilda pensionsstiftelser. På senaste tid har det kapital som storföretagen avsätter i dessa stiftelser ökat mycket kraftigt och uppgår idag till över 115 miljarder kronor. Skälen är bättre egen kontroll och påtagliga kostnadsfördelar jämfört med försäkringslösningar.

Förbunden driver själva två pensionsstiftelser (Kommunförbundens Pensionsstiftelse samt Landstingsförbundets Pensionsstiftelse) med väl så goda erfarenheter av både avkastningsnivå i förhållande till vald risknivå och låga kostnader för kapitalförvaltningen jämfört med försäkringslösning.

Fördelar och nackdelar med pensionsstiftelse

Fördelar

- En hundra procentig inlåsnings effekt – avsatta medel kan bara användas till pensionsändamål.
- Stiftelsen bestämmer själv över kapitalförvaltning och placeringar.
- Stiftaren har full insyn i stiftelsens verksamhet.
- Administrationen och därmed kostnaderna kan hållas relativt låga jämfört med försäkringslösning.

Nackdelar

- Stiftelsen betalar avkastningsskatt på pensionsmedlen.
- Administrationen och kostnaderna kan bli högre än vid en förvaltning i egen regi.

Alternativ 3: Tjänstepensionsförsäkring

Skatteeffekter av en försäkringslösning är desamma som för en pensionsstiftelse, se avsnitt om avkastningsskatt.

Under de senaste åren har en form av försäkring för delar av pensionsåtagandet blivit aktuell. Flera pensionsförsäkringsbolag är aktiva med att erbjuda denna form av gardering inför framtiden.

En försäkringslösning innebär att arbetsgivaren genom premieinbetalningar gör kontinuerliga avbetalningar på pensionsåtagandet. I första hand har det varit aktuellt att skaffa försäkringskydd för följande förmåner i pensionsavtalet PFA:

- Kompletterande ålderspension
- Efterlevandepension till vuxen samt barnpension
- Premiebefrielse för försäkrade pensionsförmåner

Denna försäkringsform har ökat och ett stort antal kommuner har tecknat sådan försäkring (PFA). I ett begränsat antal fall har kommuner försäkrat delar av pensionsförpliktelser intjänade före 1998 (PA-KL), s.k. partiell inlösen.

Fördelar och nackdelar med tjänstepensionsförsäkring

Fördelar

- En hundra procentig inlåsnings effekt – avsatta medel kan enbart användas till pensionsändamål.
- Försäkringsbolaget kan i avtalet garantera avkastning (detta kan i sin tur begränsa bolagets placeringsmöjligheter och avkastning).

- Överskott kan avsättas till överskottsfond i avtalet. Överskottsfonden kan disponeras av kommunen/landstinget till en viss kostnad.

Nackdelar

- Försäkringsbolaget betalar avkastningsskatt på försäkringskapitalet (samma som stiftelse) men här tas skatten ut i premier av kommunen/landstinget.
- Kommunen/landstinget kan inte påverka kapitalplaceringen.
- Löneskatt betalas det år premien betalas.
- Administration, omkostnader och avkastning/vinst för bolaget betalas via premien. Det innebär högre kostnader för kommunen/landstinget än egen administration eller i stiftelse.

Slutsatser

Frågan om vilket alternativ som är bäst för den egna kommunen eller det egna landstinget kan bara kommunen/landstinget själv avgöra. För det avgörandet kan följande aspekter beaktas:

- Alternativet öronmärkning i egen balansräkning har fördelar. Det bör övervägas om det i kommunen eller landstinget är möjligt att planmässigt och konsekvent sätta av medel för framtida pensionsförpliktelser, oavsett skiftande majoriteter eller kortsiktiga ekonomiska påfrestningar för arbetsgivaren.
- Bildandet av pensionsstiftelse är ett alternativ som ger fördelar som inlåsning och kontroll för arbetsgivaren men också har en kostnadsnackdel jämfört med öronmärkning i egen balansräkning.
- Med försäkring hos utomstående aktör kan medlen också låsas in men arbetsgivaren har inte kontroll över placeringarna som i övriga alternativ. Kostnadsnackdelarna är sannolikt större än i övriga alternativ.

Utöver dessa tre huvudalternativ har på senare tid också börjat diskuteras om det finns andra juridiska former (handelsbolag, kommanditbolag) för att hantera pensionskapitalet i syfte att både kunna låsa in medlen men undvika kostnadsnackdelar jämfört med öronmärkning i egen balansräkning. Detta kräver emellertid ytterligare juridiska överväganden.

Det bör i detta sammanhang nämnas att det som beskrivs om pensionsstiftelser och pensionsförsäkring i princip är relevant även för kommunala företag och kommunalförbund.

Oavsett val av alternativ så gäller i alla lägen att arbetsgivaren står det yttersta ansvaret för sina anställdas och före detta anställdas pensioner enligt de avtal som träffats. Varken stiftelseform eller försäkringsform löser arbetsgivaren från det ekonomiska åtagande som pensionsavtalen innebär. Skulle det inbetalda kapitalet till stiftelsen eller det kapital som via premien betalas till försäkringsbolaget inte visa sig räcka måste arbetsgivaren tillföra ytterligare medel eller betala en högre premie.

Övergripande **frågor** kring detta EkonomiNytt kan ställas till Ulf Lennartsson, tfn 08-452 77 48, avdelningen för ekonomi och styrning. Frågor om *redovisning* kan ställas till Anders Nilsson, tfn 08-452 76 42 eller Åsa Hjortsberg Sandgren, tfn 08-452 77 32, båda på avdelningen för ekonomi

och styrning. Frågor om *pensionsstiftelser* kan ställas till Lars Björnson, tfn 08-452 79 72, avdelningen för juridik eller Åke Göransson, tfn 08-452 75 65, avdelningen för administration.

SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING
Avdelningen för ekonomi och styrning
Sektionen för ekonomisk analys

Maj-Lis Åkerlund