



Annika Jonsson  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen  
Tfn: 063-14 75 00  
E-post: annika.jonsson@regionjh.se

Finansdepartementet

fi.remissvar@regeringskansliet.se  
fi.ofa.k.remiss@regeringskansliet.se

## Yttrande över remiss, betänkandet Nätt och jämnt - likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn

Fi2024/01521

Region Jämtland Härjedalen har tagit del av *Nätt och jämnt – likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn* och tackar för möjligheten att få lämna synpunkter på betänkandet.

### Om kommunal utjämning och landets ekonomi

Vi vill börja med att trycka på betydelsen av det kommunala utjämningsystemet för utvecklingen av svensk ekonomi och välfärd i stort. Att förbättra förutsättningarna för utbildning, vård mm i hela landet behövs även för att det lokala näringslivet ska kunna utvecklas. Utvinning av energi, malm, skog och andra naturresurser i de nordligaste länen bidrar starkt till svensk BNP och välfärd och därmed till landets skatteinkomster. Detta gäller även beskattningen av fastigheter.

En betydande del av det som utvinns eller produceras skickas vidare till övriga landet eller exporteras. Från Jämtlands län skickas t ex mer än 90 procent av den el som utvinns från vind- och vattenkraft. Detsamma gäller en del av de ungdomar som utbildar sig här. De flyttar ofta till storstadsregionerna och resurser återförs via utjämningsystemet till deras tidigare hemkommuner. Därmed kan deras föräldrar få vård och omsorg när de blir äldre.

Generellt är skatteläget högt och regionerna, samt många kommuner, får bidrag från delar av utjämningsystemet, samtidigt som de ger bidrag till kollektivtrafikmodellen och strukturellt löneläge. Det senare kommer storstadsområdena till del. Trots högt skatteuttag och utjämningsbidrag har dock många kommuner och regioner svårt att klara ekonomin. Det tyder på att nuvarande utjämningsystem inte helt når upp till målet att skapa likvärdiga förutsättningar i hela landet. En förändring av beskattningsrätten för naturresurser och fastigheter skulle kunna vara en kompletterande åtgärd, för att förstärka regioner och kommuner i norra drifts- och utvecklingskapacitet.

### Sammanfattning av synpunkter på betänkandet

Det är positivt att utredarna i de senaste utredningarna börjat släppa på uppfattningen om att det är mycket mindre skillnader i förutsättningar mellan olika regioner än mellan olika kommuner. Fokus har länge legat på kommunerna. Vi bedömer att skillnaderna i förutsättningar dock kan vara minst lika stora mellan enskilda regioner.

Om *hälso- och sjukvårdsmodellen*: Vi instämmer i förslaget om förändringar i hälso- och sjukvårdsmodellen, men har synpunkter på delmodellen för gles bebyggelsestruktur och borttagandet av strukturbidraget. I gleshetsmodellen är det positivt att man nu ser att det är skillnad på förutsättningarna för ett litet sjukhus som är enda sjukhuset för befolkningen i ett helt län och ett litet sjukhus som ingår i ett nätverk av flera sjukhus. Den nya komponenten för *smådrift av sjukhus* tar hänsyn till detta. Samtidigt föreslås den del av strukturbidraget som avser "små landsting" försvinna, och hela den ersättningen förs inte in i komponenten för smådrift av sjukhus. Strukturbidraget har varit oförändrat i kr per invånare sedan 2005. Det innebär att ingångsnivån inte speglar de nutida merkostnaderna för drift av ett litet sjukhus.

Komponenten *långa resor* är konstruerad på ett sådant sätt att merkostnaderna i stora glesbygdslän underskattas enligt vår mening. Det gäller både justeringen för vårdtyngd och att ingen problematisering görs av kostnader för sjukresor och sjuktransporter inom det egna sjukvårdsregionala området. I den Norra sjukvårdsregionen är t ex avstånden till Norrlands universitetssjukhus i Umeå mycket långa jämfört med de flesta andra sjukvårdsregioner. Kostnaden per km blir också högre p g a att ambulanshelikopter och flygambulans används oftare för att rädda liv. Vårt förslag är att Lunds Universitet får i uppdrag att utveckla hela gleshetsmodellen så att den bättre fångar de faktorer som kan kopplas till gles bebyggelsestruktur och långa avstånd.

Vi instämmer i förslaget till förändringar i inkomstutjämningsystemet, då det för regionsektorn återställer kompensationsgraden till den avsedda nivån.

Förslagen om riktade statsbidrag instämmer vi i, förutom att det minsta beloppet bör vara olika för kommun- respektive regionsektorn. För regionsektorn föreslår vi en minsta nivå på 500 000 kronor.

Införandebidragen borde finansieras med statsbidrag i stället för genom regleringsavgifter, även om kostnadsutjämningsystemet då inte längre skulle bli ett nollsummespel.

Vi instämmer i borttagandet av strukturbidragen förutsatt att den nivå som införs i gleshetsmodellen är i nivå med nuvarande merkostnader. Vi bedömer att det inte uppnås i förslaget som det ser ut nu.

Det som föreslås angående sammanläggningar av kommuner och regioner, samt om effektivitet för att motverka höjning av skattesatser instämmer vi också i.

## Kommentarer per avsnitt

### **4.2 Principer för användning av riktade statsbidrag**

Vi instämmer i utredningens förslag att huvudprincipen ska vara att statsbidrag är generella, men att riktade statsbidrag kan användas för särskilda skäl

### **4.3 Kriterier för utformning av riktade statsbidrag**

Vi instämmer i huvudsak med förslaget till kriterier som beskrivs i utredningen.

Undantaget är minsta beloppsgränsen. Där tycker vi att man borde göra skillnad mellan kommun- och regionsektorn. För regionensektorn bör beloppet vara minst 500 000 kronor.

För övrigt har vi följande kommentarer:

*Framförhållning* är viktigt. Det är ett stort problem att beslut om riktade statsbidrag många gånger fattas med så kort varsel. Det blir svårare att uppnå avsedd effekt om medlen ska förbrukas på kort tid, ofta under samma år som de beslutats. Information om tidsbestämda statsbidrag bör därför delges minst ett år innan de ska börja gälla, för att möjliggöra planering och förberedelser kopplade till regionernas årliga budgetprocess.

Något som inte diskuteras i utredningen är kategorin *prestationsbaserade* statsbidrag. Dessa är problematiska. De driver på kostnader för att uppnå kraven, men i slutändan kanske man ändå inte får ta del av statsbidraget, eller ska dela det med flera andra regioner. Det blir därför svårt att prognosticera resultatet av satsningar, när man i stället för statsbidrag, kanske bara får ökade kostnader. Detta gäller t ex tillgänglighetsmedlen.

I utredningen diskuteras hur riktade statsbidrag bör vara utformade. Utformningen bör även gälla befintliga bidrag. Flera av dem förnyas och revideras år från år ifråga om villkor. Många av dessa bidrag orsakar mycket administration, vilken skulle kunna minska, om även de följde kraven på utformning.

#### **4.5 Förslag på riktade statsbidrag att inordna i det generella statsbidraget**

Vi instämmer i förslaget på vilka riktade statsbidrag som kan inordnas i det generella statsbidraget. Förutsättningen är att de i stället förs över till det generella statsbidraget.

#### **5 Översyn av inkomstutjämnningen**

Vi instämmer i utredningens förslag. Förändringarna är helt nödvändiga för att i högre grad uppnå syftet med lagen om kommunalekonomisk utjämning.

#### **7.2 Översyn av kostnadsutjämnningen - Hälso- och sjukvård**

Vi kommenterar nedan varje delmodell och komponent i delmodellerna för sig:

##### **Vårdtyngd**

Vi instämmer med utredningens förslag. Man har gjort en omfattande och systematisk genomgång av olika indelningar i åldersgrupper kombinerat med olika variabler.

##### **Gles bebyggelsestruktur**

Vi instämmer med förslaget. Men, vi vill framföra synpunkter på faktorer som vi bedömer inte fångas upp i modellen, men som borde ges kompensation för. Dessa faktorer skulle kunna utvecklas i modellen inför nästa gång som hälso- och sjukvårdsmodellen görs om.

##### **1. Långa resor på grund av långa avstånd**

Vår uppfattning är att gles bebyggelsestruktur och långa avstånd är de faktorer som orsakar den största skillnaden i förutsättningar att bedriva hälso- och sjukvård mellan den region som har den tätaste och den som har den glesaste bebyggelsestrukturen. När man jämför Region Stockholm med Region Jämtland Härjedalen, som har den glesaste bebyggelsestrukturen i kombination med stor yta, handlar det inte om gradskillnader. I

Jämtlands län har 26 procent av befolkningen mer än 60 minuter till närmaste akutmottagning (36 procent mer än 45 minuter). Motsvarande siffror för Stockholms län är 0 procent<sup>1</sup>. Hanteringen av denna problematik är därför det som orsakar de största merkostnaderna för Region Jämtland Härjedalen.

I komponenten för *långa resor* har utredarna lagt in en justering av kostnaderna för vilken *vårdtyngd regionen har i förhållande till riket*. Tanken är riktig, men missar en viktig omständighet. I Jämtlands län har de kommuner som ligger längst bort från det enda sjukhuset en större andel äldre, fler lågutbildade, lägre inkomster mm, det vill säga högre vårdbehov än länet i genomsnitt. I Härjedalens kommun t ex, där en stor del av befolkningen har 20 mil eller längre till Östersunds sjukhus, är andelen över 65 år nära 30 procent, medan den för hela länet endast är 24 procent. I verkligheten blir det därför fler sjukresor och sjuktransporter än om befolkningsstrukturen hade varit densamma som den genomsnittliga för länet. Justeringsfaktorn kommer därför att underskatta dessa merkostnader. Så ser det troligen ut även i resten av landet. Men det slår mycket hårdare på kostnaderna i Jämtlands län, eftersom här bara finns ett enda sjukhus och avstånden dit är så stora. Det borde gå att utveckla en justeringsfaktor som inte bara tar hänsyn till regionens vårdbehov i relation till rikets, utan även den inbördes relationen i länet - av vårdbehov i de områden som ligger längst ifrån det närmaste sjukhuset.

Det är dock inte bara avstånden som orsakar höga kostnader för sjukresor och sjuktransporter i stora glesbebyggda län. **Genomsnittskostnaden per km blir dessutom högre** av fler orsaker:

- En region med stora ytor och få sjukhus måste i större utsträckning transportera patienter med ambulanshelikopter och ambulansflyg för att kunna rädda liv vid akuta tillstånd. Trots relativt många flygtimmar brukar Region Jämtland Härjedalen p g a avstånden ha den längsta responstiden i landet vid prio 1-larm.
- Med undantag för Östersunds kommun är kommunerna i länet små och det privata näringslivet därmed mer begränsat. Möjligheten att i konkurrens upphandla sjukresor i taxi till riktigt låga priser är mindre på grund av att det finns få taxiföretag och en begränsad privat marknad för taxi.

På grund av strukturen i länet finns inte heller underlag för en lika väl utbyggd kollektivtrafik, varför många sjukresor av nödvändighet måste ske med bil.

En annan kostnadshöjande strukturfaktor som inte diskuteras i utredningen, men också kan kopplas till geografi, är avstånden inom en gemensam sjukvårdsregion till dess universitetssjukhus. De fyra nordligaste länen i Norra sjukvårdsregionen omfattar till ytan nästan halva landet. Avstånden till Norrlands universitetssjukhus blir därför i många fall mycket långa. Det är t ex ca 58 mil mellan Tännadalen i Jämtlands län och Umeå, och det är nästan 70 mil mellan Abisko i Norrbottens län och Umeå.

Trots höga egenavgifter för sjukresor för patienterna och höga patientavgifter för ambulanssjukvård har Region Jämtland Härjedalen de näst högsta kostnaderna i landet för sjukresor och sjuktransporter. Dessutom hanteras en del olycksfall i primärvården, där flera vårdcentraler är utrustade med röntgenapparater, vilket utgör en del av de merkostnader

---

<sup>1</sup> Siffrorna kommer från *En akut bild av Sverige*, Myndigheten för vårdanalys

som regionen har för små vårdcentraler. Annars skulle transportkostnaderna ha varit ännu högre. Dessa beskrivna merkostnader för sjukresor och sjuktransporter orsakas av gles bebyggelsestruktur, långa avstånd och en liten befolkning och är därmed svåra att påverka i någon större utsträckning. **Vi ser att utjämning för dem endast delvis sker i den nya modellen för gles bebyggelsestruktur.**

## **2. *Småskalighetsnackdelar vid drift av små sjukhus***

Införandet av ett nytt sätt att se på små sjukhus är positivt. Denna komponent föreslås även innefatta frågeställningen om huruvida det lilla sjukhuset är en del i ett nätverk av större sjukhus eller om det är det enda sjukhuset i regionen. Det kan innebära stor skillnad i förutsättningarna för att kunna bedriva en kostnadseffektiv sjukvård.

Samtidigt föreslår utredarna att strukturbidraget för *små landsting* tas bort. Det ska alltså ersättas av komponenten *småskalighetsnackdelar vid drift av litet sjukhus*, som läggs in i ett index som följer kostnadsutvecklingen. Indexkopplingen är positiv, eftersom strukturbidraget har varit ett fast belopp i kronor per invånare under många år, vilket inneburit att det successivt har blivit allt mindre värt. **Men det är då viktigt att ingångsläget hamnar på en korrekt nivå.** Se kommentarer under *10 Strukturbidrag*.

Frågan är dock om den nya komponenten fångar in alla de merkostnader som en liten befolkning ger?

Förutom högre kostnader vid drift av ett litet sjukhus, som trots relativt litet patientunderlag, men på grund av sitt isolerade läge, behöver innehålla de flesta specialiteter, finns andra smådriftsnackdelar. En region med en liten befolkning har många gånger ett för litet patientunderlag för att kunna "ta hem" verksamhet från universitetssjukhuset i sin sjukvårdsregion. Så sker vanligen i regioner med mer normal befolkningsstorlek. Det är en trend som pågår sedan lång tid att vissa nya behandlingar, i takt med att tekniken blir mer stabil och etablerad flyttas ut från universitetssjukhusen. Detta kan ofta en liten region inte ta del av fullt ut. Konsekvensen blir en avvikande stor andel köpt vård från universitetssjukhus, vilket medför högre kostnader både för vården och fler och längre sjuktransporter.

I Jämtlands län behövs dessutom kapacitet för att tidvis kunna ta hand om en nästan dubbelt så stor befolkning på grund av turismen. Jämtlands län har högst antal gästnätter per invånare i landet – mer än fyra gånger högre än rikssnittet. Det krävs därför viss marginal i systemet och möjlighet att kunna skala upp och ner verksamheten över året. Det handlar framför allt om att ha beredskap för att ta hand om skador. Det medför en del merkostnader eftersom man inte i förväg vet i vilken omfattning skador inträffar och hur många besökare som kommer till länet. Det är därför svårt att bemanna exakt för att möta behoven. Detta berör både primärvården, och utgör därmed en del av merkostnaderna för små vårdcentraler, och Östersunds sjukhus.

**Vi tycker att Lunds Universitet borde få i uppdrag att se över hela gleshetsmodellen, inte bara den som avser *små enheter*. Vi bedömer att det fortfarande finns faktorer som inte fångas upp. Det gör modellen mindre träffsäker än vad den skulle behöva vara. Med tanke på konsekvenserna, tycker vi att det är rimligt att mer resurser läggs på att uppnå en mer sofistikerad gleshetsmodell.**

### **Uppdaterad ersättning för personalkostnader**

#### **1. Strukturellt löneläge**

Vi instämmer i utredningens förslag.

#### **2. Ersättning för hyrpersonal p g a gles bebyggelsestruktur**

Vi instämmer i utredningens förslag.

### **7.3 Ersättning kraftig befolkningsförändring**

Vi instämmer i utredningens förslag.

### **7.4 Ersättning för eftersläpningar**

Vi instämmer i utredningens förslag.

## **8 Översyn av kostnadsutjämnningen för kollektivtrafik**

Vi instämmer i utredningens förslag, men föreslår följande för framtiden.

Ge utredarna mer tid och ett särskilt uppdrag att tillsammans med Trafikanalys ta fram en mer genomarbetad modell som baseras på siffror av bättre kvalitet. I denna utredning pekas det på skillnader i redovisningen av siffror i räkenskapsammandraget hos SCB och Trafikanalys och att inga siffror är av riktigt god kvalitet. Utredarna gör olika försök att hitta variabler som kan förklara skillnader i kostnader och som inte är påverkbara. Det är diverse problem med alla variabler och till slut blir ändå resultatet att man föreslår i stort sett samma modell som nuvarande. Den enda skillnaden är att en av variablerna byts ut mot en snarlik. Modellen uppdateras också, vilket är det som ger den största effekten på utfallet. Att man inte kommer fram till en bättre modell trots genomgången av alla siffror och variabler, talar för att detta borde utredas med mer tid till förfogande. Då ökar sannolikheten för att man kan få fram en modell som är bättre grundad på strukturfaktorer.

För övrigt är det diskutabelt att variabeln *pendling över kommungräns* behålls. I stora kommuner kan man pendla över betydligt större avstånd utan att korsa kommungränser än i län med många ytmässigt små kommuner. Variabeln blir därmed inte neutral.

### **10.3.3 Strukturbidraget för små regioner tas bort**

Vi instämmer med förslaget – i princip.

Men, det är tydligt att ersättningen för *litet landsting* minskar rejält genom denna åtgärd. Det är inte rimligt, då merkostnaderna för drift av litet sjukhus snarare är betydligt högre nu än år 2005. I nuvarande modell får Region Jämtland ca 96 miljoner kronor för den del av strukturbidraget som avser "små landsting". Detta bidrag har inte räknats upp sedan det infördes 2005. Om det hade räknats upp med KPI skulle det idag ha uppgått till 136 miljoner kronor. Om man utgår från Figur 7.13 på sid 580 i utredningen och tittar på den del som avser "smådrift sjukhus", vilket ser ut att ligga i spannet 400-450 kr per invånare, hamnar ersättningen i spannet 53-60 miljoner kronor. Det är ca 40 miljoner kronor lägre än idag och nästan 80 miljoner kronor lägre än om det hade räknats upp med inflationen. Det är positivt att ersättning för drift av små sjukhus framåt i tiden kommer att ingå i ett index och därmed följa kostnadsutvecklingen, men då måste ingångsvärdet ligga på en nivå som avspeglar nutida merkostnader för smådrift av sjukhus. Tidigare i det här remissvaret,

under avsnitt 7.2.3 och rubriken *Småskalighetsnackdelar vid drift av små sjukhus*, beskriver vi vad vi anser inte fångas in av den nya komponenten.

### **11 Införandebidrag**

Vi instämmer i förslaget, men har följande synpunkter:

Vi tycker att man borde överväga att finansiera införandebidragen med statsbidrag i stället, även om kostnadsutjämningsystemet då inte längre blir ett nollsummespel.

Vi har förståelse för, och instämmer med att man vill att stora negativa förändringar i utjämningsystemet inte ska drabba berörda regioner alltför snabbt och omfattande. Det finns dock en baksida av detta. Eftersom införandebidragen finansieras genom en höjd regleringsavgift för samtliga regioner, får inte de regioner som enligt utredningen ska få höjda bidrag i utjämningsystemet, ta del av dem fullt ut. För Region Jämtland Härjedalens del rör det sig om knappt 40 miljoner kronor lägre kostnadsutjämningsbidrag första året. Region Jämtland Härjedalen har som en, av endast två regioner i landet, ett negativt eget kapital. Det är ett arv efter komponenten *vårdtunga grupper* i en tidigare version av hälso- och sjukvårdsmodellen. Det var en komponent som tvärtemot intentionen med utjämningsystemet gick att påverka genom medveten och ambitiös registrering av diagnoskoder. Under nästan ett decennium tvingades regionen betala in en avgift till kostnadsutjämningsystemet. Detta var helt orimligt med tanke på regionens skyhöga kostnader för sjuktransporter, sjukresor, små primärvårdssenheter, driften av ett fullskaligt akutsjukhus, samt en befolkning med en stor andel äldre. För att komma tillbaka i ekonomisk balans är det därför viktigt att kunna få del av hela den höjning av kostnadsutjämningsbidraget som föreslås. Tilläggas kan att regionen, och kommuner i Jämtlands län, redan har bland de högsta skattesatserna i landet. Regionen ligger även i toppen i landet när det gäller nivån på patientavgifter och egenavgifter för sjukresor.

### **12 Effekter vid sammanläggningar**

Vi instämmer i utredningens förslag.

### **14 Orsakerna till skattesatsskillnaderna**

Kommentar: Det är begripligt med hänsyn till utredningsuppdragets omfattning att analysen fokuserat på skillnader inom kommunsektorn. Men det hade varit intressant att även få en genomgång av utvecklingen av regionernas skattesatser. En komplicerande faktor vid en analys, som i så fall skulle ha behövt beaktas, är att skatteväxlingarna för äldre vård mm varit så olika stora i olika regioner.

### **15 Åtgärder för att motverka höga och ökande skattesatser i kommuner och regioner**

Vi instämmer i huvudsak i utredningens förslag, men vill tillägga följande:

En förändring av den kommunala beskattningsrätten av naturresurser och fastigheter skulle motverka ökande skattesatser för många kommuner och regioner. Detta alternativ tas inte upp i utredningen.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Bengt Bergqvist (S)  
Regionstyrelsens ordförande

Sara Lewerentz  
Regiöndirektör