

Hur allvarlig är ålderschocken?

En kritisk analys av Sveriges demografiska problem

MARTIN KARLSSON

FÖRORD

Bilden av Sverige som ett åldrande samhälle är numera allmänt spridd. Vi lever allt längre och allt färre arbetande ska försörja allt fler gamla. Men exakt hur allvarliga är problemen? Hur känsliga är prognoserna för olika antaganden? Hur stora förändringar av välfärdssystemen är motiverade, och hur bråttom är det?

I denna skrift går Martin Karlsson, doktorand i nationalekonomi vid European University Institute i Florens, igenom Sveriges demografiska problem och de hotbilder som stundom målas upp i debatten. Hans nyanserade analys visar att situationen förvisso är problematisk men inte nödvändigtvis så akut som ibland görs gällande. Det innebär att snabba panikåtgärder är omotiverade och att det finns tid att föra en grundlig debatt. Skriftens avslutande del ska ses som ett inlägg i denna debatt om hur den svenska välfärdsstaten bör förändras inför framtiden.

En tidigare version av skriften har kommenterats av Anna Westerberg och fil dr Lennart Nordfors, som härmed tackas och samtidigt avskrivs allt ansvar för slutprodukten.

ANDREAS BERGH

redaktör för Bertil Ohlin Institutets skriftserie

1 Inledning

Kommer den svenska välfärdsstaten att klara av trycket från en åldrande befolkning? De demografiska utsikterna ser onekligen dystra ut: försörjningsbördan, dvs. antalet pensionärer per medborgare i arbetsför ålder, väntas öka från cirka 0,3 idag till 0,5 vid seklets mitt. I absoluta tal förväntas antalet pensionärer att öka från 1,6 miljoner idag till 2,3 miljoner år 2050. Denna ökning kompenseras förvisso delvis av en väntad minskning i antalet barn och ungdomar från dagens 2,1 miljoner till 1,8 miljoner. Icke desto mindre kan trycket på pensionssystem, vård och äldreomsorg förmodas bli betydande. Situationen kan tänkas bli extra besvärlig för Sverige, som redan idag har världens högsta skattetryck.

På senare år har larmrapporterna duggat tätt om välfärdsstatens framtida problem. I det följande presenteras ett litet axplock ur diskussionen. Så har t. ex. Kjell-Olof Feldt, ordförande i Pensionsforum, i ett flertal debattinlägg de senaste åren hävdade att det nya pensionssystemet är »underfinansierat« och inte »håller vad det lovar« (DN 11/10 2000). Vad pensionssystemet lovar enligt Feldt är en pension som motsvarar 65 procent av inkomsten vid pensionen. Feldt menar att systemets »broms« kommer att behöva aktiveras ganska snart och att pensionerna kan komma att sjunka ganska långt under denna nivå. Kritiken är delvis missriktad, då ett avgiftsbaserat system som det svenska aldrig kan garantera en viss nivå på pensionen, men påståendet att pensionärernas relativa välfärd kommer att devalveras avsevärt förtjänar likväl att tas på allvar.

En annan debattör som gett sig på åldringsproblematiken är Dan Andersson, chefekonom på LO (DN 4/7 2001). Andersson menar att behoven inom vård och omsorg kommer att öka kraftigt framöver, och

föreslår att offentliga medel under de kommande tio åren avsätts i en fond, som kan användas för att bibehålla en hög standard även när den demografiska chocken slår till på allvar om ett par decennier. Andersson menar att en buffert på 400 miljarder behövs för att täcka de ökande resursbehoven. 400 miljarder är en ansenlig summa; det är mer än dubbelt så mycket som sjukvård och äldreomsorg tillsammans kostar idag och med hyfsad avkastning i fonden borde den kunna ge ett avsevärt tillskott till framtidens sjukvårdsbudgetar.

Även för äldreomsorgen finns det en utbredd oro att dagens system inte är långsiktigt hållbart. Kommunförbundet pekar i rapporter på ökande resursbehov och en begynnande personalbrist. Detta, tillsammans med ett antal uppmärksammade fall av vanvård, har lett till en rad förslag på reformer av finansieringssystemet. Ett sådant presenterades av moderaternas Mattias Svensson i näringslivets organ Smedjan. Utifrån antagandet att kostnaderna för äldreomsorgen kommer att öka radikalt framöver drar Svensson slutsatsen att den offentliga finansieringen måste avvecklas och ersättas med privat sparande.

Det finns med andra ord en tämligen spridd uppfattning att de svenska välfärdssystemen inte kommer att klara av trycket när fyrtiotalisterna blir gamla och vårdbehövande. En fråga som infinner sig är hur starkt stöd denna uppfattning har i tillgängliga data och prognoser för framtiden. Till att börja med skulle man kunna roa sig med att diskutera vilka ramar de allmänna makroekonomiska förutsättningarna kan tänkas sätta för den svenska välfärdspolitiken framöver. Under perioden 1995–2001 var den genomsnittliga produktivitetsökningen i svensk ekonomi 1,87 procent per år. Om vi antar att produktiviteten utvecklas i samma takt de kommande fem decennierna, skulle det innebära att BNP per capita – trots den krympande arbetskraften – fortsätter att utvecklas gynnsamt. Enligt denna beräkning skulle Sverige år 2030 ha en BNP per capita som är ungefär 60 procent högre än dagens.

Sverige skulle alltså även med en tämligen blygsam ekonomisk utveckling att vara ett betydligt rikare land år 2030 än idag. Och denna

iakttagelse rimmar onekligen dåligt med de pessimistiska stämningar som vädras av många debattörer: varför ska vi följa Dan Anderssons råd och bygga upp en jättelik fond för våra välbärgade barn och barnbarn? Förvisso skulle man kunna invända att den växande kakan i allt större utsträckning kommer att tas i anspråk av offentliga tjänster som sjukvård och äldreomsorg, men då bör man komma ihåg att Sverige idag har en betydande arbetskraftsreserv i form av de 6 procent av arbetskraften som är arbetslösa eller befinner sig i åtgärder. Dessutom finns det ytterligare en reserv i form av alla de människor som skulle vilja ta sig till Sverige men inte får.

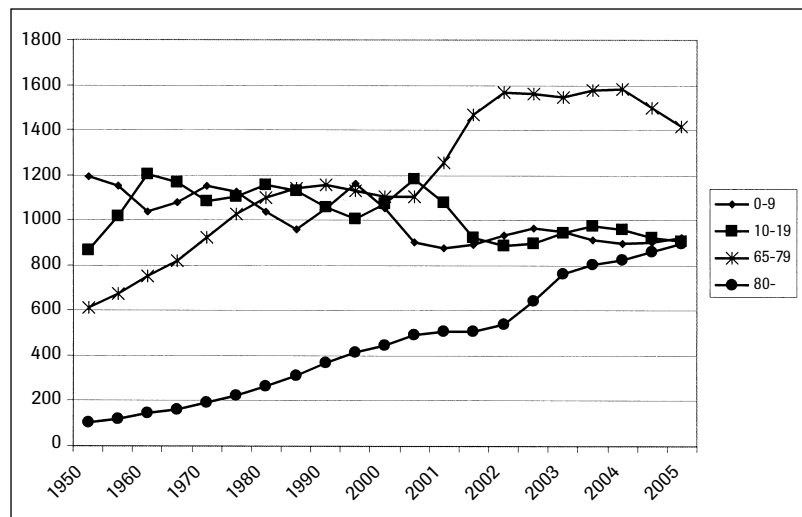
Syftet med denna rapport är att närmare granska hur framtidsutsikterna för den svenska välfärdsstaten ser ut. Givetvis präglas alla sådana prognoser av ett stort mått av osäkerhet, men med de förfinade prognosmetoder som finns till hand går det åtminstone att komma med kvalificerade gissningar för olika scenarier. Analysen kommer att ge ett preliminärt svar på huruvida pessimisterna i debatten har goda grunder för sina uppfattningar, eller om de måhända har andra skäl att varna för en annalkande kostnadsexplosion. Vidare kommer några förslag på reformer i välfärdssystemen att presenteras. Tyngdpunkten kommer därvid inte att hamna på hur den demografiska bördan ska hanteras, utan det kanske intressantare perspektivet hur en rättvis fördelning mellan olika generationer kan åstadkommas. En annan vägledande aspekt kommer att vara hur Sveriges välfärdspolitiska ambitioner ska kunna bibehållas i en tid av hårdnande internationell konkurrens.

2 Prognoser för den offentliga sektorn

2.1 Bakgrund: demografin

En beskrivning av antalet personer i olika åldersgrupper ges i figur 1 – för tiden efter år 2000 handlar det om en prognos från IIASA.¹ Som figuren visar har antalet barn (0–9) och ungdomar (10–19) varit någorlunda

konstant fram till idag, medan antalet äldre ökat oupphörligt. Mest markant har ökningen varit i gruppen 80+; här handlar det om en ökning med över 300 procent sedan 1950. Tillväxten i gruppen 65–79 år förväntas stanna av omkring 2020, medan antalet »äldre äldre« fortsätter att öka kraftigt och är därför år 2050 omkring dubbelt så högt som idag.



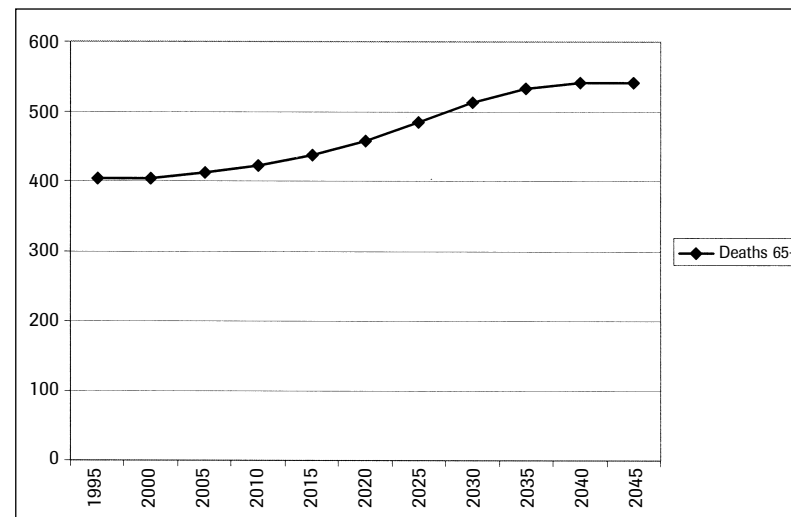
Figur 1. Befolkningsutveckling i icke arbetsför ålder 1950–2050. Tusental.

Givet den starka åldersbiasen i olika välfärdsprogram – pensioner, sjukvård, äldreomsorg – verkar denna utveckling oroväckande. För att ta ett exempel kommer det år 2050 att gå 21 personer över 80 år per 100 i arbetsför ålder, jämfört med 8,7 idag.

Å andra sidan finns det indikationer på att många åldersrelaterade kostnader är koncentrerade till tiden precis före döden, oavsett när denna inträffar. Ett mer relevant mått på de demografiska förändringarnas implikationer för den offentliga sektorn vore alltså att studera antalet dödsfall över tiden. Figur 2 visar antalet dödsfall per femårsperiod bland pensionärer. Som synes beskriver även denna kurva en markant ökning, men bara med 34 procent jämfört idag. I den mån offentliga utgifter är

relaterade till antalet dödsfall snarare än antalet äldre, ser alltså prognosen betydligt ljusare ut.

Det finns dock en rad andra faktorer utöver demografin som kan tänkas påverka den framtida kostnadsutvecklingen. I det följande görs en mer grundlig genomgång av tillgängliga prognoser.



Figur 2. Antalet dödsfall bland personer över 65 år. Tusental.

2.2 Sjukvård och äldreomsorg

2.2.1 DAGENS SITUATION

De svenska sjukvårdskostnaderna motsvarade år 1997 9,2 procent av BNP. Sverige placerar sig därmed bland de länder som lägger högst andel av BNP på sjukvård. Sverige har också en förhållandevis hög andel offentlig finansiering i sjukvården.² 1998 konsumerades offentlig sjukvård för 115,1 miljarder kronor. Därtill kommer en privat konsumtion på cirka 20 miljarder kronor, samt investeringsutgifter motsvarande cirka 5 miljarder kronor.

Det finns en spridd föreställning att 90-talskrisen innebar omfattande nedskärningar och besparingar i den offentliga sjukvården. Tittar man

på aggregerade siffror över sjukvård som andel av BNP finner man lätt stöd för denna hypotes; andelen sjönk från 8,6 procent 1990 till 7,6 procent år 1996. Denna analys missar emellertid den viktiga förändring som Ädelreformen innebar.³ Om statistiken rensas för Ädelreformen *ligger sjukvårdskostnaderna förhållandevis konstant som andel av BNP* (Törnqvist [1999]). Om absoluta siffror beaktas har sjukvårdens kostnader ökat något under 1990-talet.

Äldreomsorgen, som sedan ädelreformen är en kommunal angelägenhet, hade en total kostnad år 1999 på 63,8 miljarder kronor (3,2 procent av BNP). Beträffande äldreomsorgen finns det få tillförlitliga internationella jämförelser, men trots att insatserna de senaste decennierna koncentrerats allt mer till svåra fall, förefaller Sverige fortfarande tillhöra de länder som spenderar förhållandevis mycket på äldreomsorg (Karls-son [2001]). Merparten av pengarna går till särskilt boende (73,7 procent) och resten till hemtjänst och färdtjänst (Socialdepartementet [1999]). Det finns en viktig skillnad mellan sjukvård och äldreomsorg. Sjukvården utvecklas alltmer i riktning mot kunskapsintensiva tjänster; även om antalet vårdanställda minskat avsevärt under 90-talet, har antalet läkare och sjuksköterskor ökat markant. Äldreomsorgen, däremot, domineras alltjämt av okvalificerade tjänster.

2.2.2 ÅLDERSPROFILEN

Konsumtionen av sjukvård är starkt åldersrelaterad. Högst kostnader har pensionärer, lägst har barn och ungdomar. Enligt uppgifter från 1997 konsumerar pensionärerna som grupp 150 procent mer vård än vad som motiveras av dess andel av befolkningen, medan barn och ungdomars andel av sjukvårdskonsumtionen bara motsvarar cirka 40 procent av deras andel av befolkningen. För medelålders är motsvarande siffra cirka 80 procent (Söderström et al. [1999]). För att studera de demografiska förändringarnas inverkan på ekonomin är alltså sjukvården av stort intresse.

Behovet av äldreomsorg är naturligtvis än mer åldersrelaterat. Enligt

statistik från år 2000 bereds 8,2 procent av befolkningen över 65 år hjälp i ordinärt boende och 7,9 procent i särskilt boende. Motsvarande siffror för åldersgruppen 80+ är 19,0 respektive 20,7 procent. Båda andelarna har minskat successivt under 1990-talet, i takt med att kommunerna p.g.a. ekonomiska bekymmer tvingats prioritera de mest vårdbehövande (Karls-son [2001]). Insatserna ökar starkt med åldern och bland dem som fyllt 90 år får nästan alla någon form av stöd, närmare bestämt 97,1 procent av individerna jämnt fördelade på hemtjänst (48,5 procent) och särskilt boende (48,6 procent).

Även den så kallade vårdtyngden är klart åldersrelaterad. Yngre pensionärer har ett lägre antal hemtjänsttimmar i genomsnitt än äldre. I gruppen över 90 år har 30 procent av hemtjänstmottagarna en insats som överstiger 50 timmar i månaden och 16 procent har mer än 80 timmar i månaden. Tendensen har varit att hemtjänsten betjänar allt färre samt att det skett en koncentration till pensionärer med större vårdbehov. En tredjedel av vårdtagarna i kommunernas hemtjänst behöver hjälp dygnet runt (Söderström *et al.*, 1999).

Det finns dock en avsevärd variation i behovsbedömningen mellan olika kommuner. Ett mer rättvisande mått vore därför att titta på hur människors fysiska tillstånd förändras med åldern. En gedigen engelsk studie på området visade att graden av funktionsnedsättning ökar exponentiellt med åldern och således var andelen med svåra funktionsnedsättningar 35,4 procent i åldersgruppen över 80 år, medan motsvarande andel i åldrarna 60–69 endast var 5,7 procent (OPCS [1988]).

2.2.3 PROBLEM MED PROGNOSE

Uppskattningar av de framtida kostnaderna för sjukvården och äldreomsorgen präglas med nödvändighet av osäkerhet. En viktig anledning är att *vårdbehovet* i sig inte är ett väldefinierat begrepp. Snarare är det uppfattade behovet starkt avhängigt de resurser som finns tillgängliga. Detta gäller inte minst äldreomsorgen, vilket framgår av de betydande skillnader kommunernas behovsbedömning uppvisar. Trots detta brukar man i

prognoser av kostnadsutvecklingen anta att vårdbehovet för olika individuella hälsotillstånd är konstant över tiden.

Vid sidan av vårdbehovet finns det andra faktorer som kan tänkas påverka kostnadsutvecklingen. Det handlar här dels om faktorer som påverkar efterfrågan på vårdtjänster, t. ex. familjeförhållandena och möjligheterna att få stöd av anhöriga, dels om faktorer på utbudssidan som påverkar kostnadsläget, t. ex. hur teknologin och löneläget utvecklas. I det följande görs en summarisk genomgång av dessa olika faktorer.

Under 1990-talet har en rad studier företagits som uppskattar kostnadsutvecklingen för vård och omsorg i Sverige. *Hälso- och sjukvårdsutredningen* (SOU 1999:163) kom fram till att en stor ökning av äldreomsorgen är att vänta fram till 2010, med en mer begränsad ökning för sjukvårdens del. I den uppmärksammade ESO-rapporten *Kommuner Kan! Kanske!* (Ds 1998:15) uppskattades den sammanlagda kostnadsökningen i vård och omsorg fram till år 2030 till hela 60 procent. Detta resultat är dock kontroversiellt. I långtidsutredningen används ESO-rapporten som ett exempel på dålig forskningsmetodik.

En annan prognos som måste betraktas som tvivelaktig är Valfärdspolitiska rådets rapport från 1999. Där använder man sig av en statisk framskrivning av vård- och omsorgskostnaderna och kryddar denna ytterligare med spekulationer kring *Baumols sjukdom*.⁴ Slutsatsen, att åldersrelaterade utgifter kommer att öka med minst 80 miljarder kronor (netto) fram till år 2030, måste därför tas med en nypa salt. I Kommunförbundets långtidsutredning är slutsatsen att kostnaderna för vård och omsorg kommer att öka med 18 procent fram till 2010.

2.2.4 VÅRDBEHOVETS UTVECKLING

Den viktigaste variabeln när de framtida kostnaderna för vård och omsorg ska skattas är givetvis befolkningens samlade vårdbehov. Hur denna storhet utvecklar sig över tiden är i sin tur beroende av flera olika faktorer; först och främst den demografiska utvecklingen, men också de äldres hälsa samt olika faktorer som påverkar efterfrågan.

De äldres behov av omsorg är i första hand relaterat till individernas ohälsa (långtidsutredningen, bilaga 8, s. 32f). För att man ska kunna uppskatta den långsiktiga kostnadsutvecklingen måste därför också de äldres hälsa prognostiseras. Inom den vetenskapliga litteraturen förs sedan några decennier en debatt om hur problem med ohälsa utvecklar sig när medellivslängden stiger. Det finns minst tre konkurrerande hypoteser:

- Den *komprimerade* sjukligheten. Medellivslängden rör sig upp mot en fast högre gräns, varför förbättrad hälsa i befolkningen leder till att en allt kortare period i slutet av livet präglas av ohälsa.
- Den *växande* sjukligheten. Medicinska landvinningar får till följd att allt fler med dålig hälsa hålls vid liv. Ökad medellivslängd innebär att fler sjuka år läggs till livet.
- Den *uppskjutna* sjukligheten. Antal år med full hälsa växer i takt med ökad medellivslängd.

Bristen på tillförlitligt empiriskt material har gjort det svårt att avgöra vilken av hypoteserna som är mest realistisk. På senare år har det dock börjat komma studier baserade på longitudinella data som pekar mot att frågan kan få en lösning.

Ett exempel är studien av Zweifel *et al.* (1998). Där analyseras sambanden mellan ålder, återstående livslängd och sjukvårdskostnader i två schweiziska och ett amerikanskt dataunderlag. En regressionsanalys visar att sambandet mellan sjukvårdskostnader och ålder inte är signifikant så snart återstående livslängd tas med som en oberoende variabel. Däremot ökar sjukvårdskostnaderna markant i livets slutskede, oavsett om detta infaller vid 60 år eller 90 år. Eftersom även andra empiriska studier kommer fram till liknande resultat (långtidsutredningen 1999/2000, bilaga 8) torde hypotesen om den uppskjutna sjukligheten vara den som för närvarande framstår som mest realistisk.

Omfattningen av offentligt tillhandahållna vårdtjänster styrs inte bara av de äldres omsorgsbehov, utan också av en rad andra faktorer som påverkar deras *efterfrågan*. En viktig faktor är befolkningens värderingar och deras förväntningar på offentligt tillhandahållna tjänster.

2.2.5 PRODUKTIONSKOSTNADEN I SJUKVÅRDEN

Till de variabler som bestämmer sjukvårdens långsiktiga kostnadsutveckling hör framför allt produktiviteten i vården och löneutvecklingen för vårdpersonalen. Även materialkostnader kan påverka kostnadsläget.

Beträffande produktiviteten noterar långtidsutredningen att teknisk utveckling och metodutveckling kan medföra att mindre resurser tas i anspråk för att tillgodose ett visst behov. Det kan antas att en betydande potential för produktivetsförbättringar finns, inte minst mot bakgrund av de stora skillnader i kostnadsläge som olika landsting uppvisar. Landstingen har uppenbarligen kommit olika långt i det produktivitetshöjande arbete som bedrivits under senare år. I detta arbete ingår bland annat att utforma en rationell organisation för upphandling och kontroll av vårdtjänster.

Långtidsutredningen räknar med att löneutvecklingen för vårdpersonalen ska följa den allmänna löneutvecklingen som denna bestäms av produktivetsutvecklingen i näringslivet. Eftersom det ökade vårdbehovet sannolikt kommer att leda till rekryteringsbehov i sjukvården, kan det inte uteslutas att vårdpersonalens löneutveckling faktiskt blir ännu snabbare. För detta talar också det förhållandet att löneläget inom många vårdyrken idag är relativt lågt.

I långtidsutredningen beaktas inte läkemedelskostnader i den långsiktiga prognosen. Vad detta betyder är svårt att bedöma. Å ena sidan finns det en tendens att kostnaden för läkemedelsanvändningen som sådan ökar. Å andra sidan råder ett visst substitutionsförhållande mellan läkemedel och vårdtjänster, varför ökad läkemedelsanvändning kan uppvägas av besparingar i form av vårdplatser och personalinsatser. Dessutom tillkommer även nya läkemedel, vilka kan behandla besvär som tidigare inte kunnat behandlas.

2.2.6 PROGNOSE FÖR KOSTNADSUTVECKLINGEN

Långtidsutredningen har skattat kostnaderna för vård och omsorg fram till år 2030. Man extrapolerar de senaste decenniernas trender beträffan-

de de äldres hälsotillstånd. Hälsoutvecklingen delas upp på åldersgrupper och kön. Det framgår att antal gamla med svåra hälsoproblem minskar över tiden. För männens del handlar det om en halvering fram till 2030. För kvinnor är minskningen inte lika stark. Det förbättrade hälsotillståndet leder till att kostnadsutvecklingen inte blir fullt så besvärlig som vid en enkel demografisk framskrivning; den inskränker sig till 0,37 procent per år de kommande 30 åren, jämfört med 0,56 procent vid en enkel framskrivning. Över hela perioden motsvarar detta en kostnadsökning med 11 procent.

Långtidsutredningen presenterar också en allmän jämviktsmodell med vars hjälp de totala kostnaderna för vård och omsorg beräknas som andel av BNP. För såväl arbetsmarknaden som hälsoutvecklingen arbetar man med två alternativa scenarier, vilket ger totalt fyra scenarier. Den offentliga sektorn i övrigt förväntas i samtliga fall vara oförändrad i reala termer. Även på detta område är skillnaderna mellan en statisk⁵ och dynamisk framskrivning stora. Resultatet framgår av tabell 1. Tabellen skall jämföras med dagens siffra på cirka 10 procent. Den aggregerade ökningen ter sig alltså tämligen måttlig.

Tabell 1. Offentlig konsumtion av vård och omsorg som andel av BNP år 2030 under olika antaganden.

	Enkel framskrivning	Reviderad
Oförändrad arbetsmarknad	13,1 %	11,5 %
Förbättrad	12,1 %	10,7 %

Sedan långtidsutredningen skrevs har det kommit nya studier som visar att hälsosituationen bland de äldre förbättrats snabbare än väntat. Således har prognosen för kostnadsutvecklingen inom äldreomsorgen justerats ned. För siffrorna i tabell 1 skulle detta medföra att prognoserna för alternativet »Reviderad« skrivs ned till ungefär 11,3 respektive 10,5 procent.

För äldreomsorgens del finns också en relativt färsk studie från OECD. OECD gör en jämförelse mellan nio industristater. Utifrån FN:s befolk-

ningsstatistik för de olika länderna görs prognoser uppdelade på kön. Vårdbehovet representeras i analysen av gruppen som uppvisar en allvarlig nedsättning av förmågan att utföra vardagliga göromål (ADL⁶). Anledningen till att endast denna kategori och ej mindre vårdbehövande tagits med är att den definieras ungefär lika i de olika länderna och alltså underlättar en internationell jämförelse.

Studien bygger på antagandet om den *komprimerade* sjukligheten, vilket dock inte anses påverka resultatet alltför mycket inom den korta tidsperiod som studeras. Med hjälp av de demografiska prognoserna samt statistik över kostnader i de olika länderna utformas två slags prognoser: en *statisk* som utgår från konstanta vårdbehov i varje befolkningsslag och en *dynamisk* som antar att vårdbehovet för respektive kategori ändras beroende på de långsiktiga trenderna i familjeförhållanden, folkhälsa med mera.

Den statistiska analysen ger vid handen att institutionsvård kommer att öka markant i de länder som företer den största ökningen av andelen äldre. En dynamisk prognos pekar emellertid mot ett avsevärt lägre vårdbehov. Följaktligen kan man dra slutsatsen att hälsoutvecklingen bland de äldre är en mycket viktig faktor. För Sveriges del räknar man med att antalet omsorgstagare totalt kommer att minska de kommande 20 åren, medan andelen institutionsboende bland dessa tilltar kraftigt. Konsekvensen blir att äldreomsorgens andel av BNP minskar fram till 2010 medan den ökar svagt därefter. En nackdel med studien är dock att den slutar år 2020, dvs. innan de stora kohorterna av fyrtiotalister börjar bli riktigt gamla (OECD [1998]).

2.2.7 SLUTSATSER

Tillgängliga prognoser indikerar att kostnaderna för vård och omsorg kommer att öka, men att ökningen för de flesta antaganden blir måttlig. Långtidsutredningen drar slutsatsen att man måste räkna med behov av resursförstärkningar i såväl absoluta som relativa termer. Vidare konstaterar man att sysselsättningsutvecklingen är av minst lika stor betydelse

som efterfrågesidan. Så länge BNP-tillväxten endast är baserad på produktivitetstillväxt i det privata näringslivet medför i princip varje ökning av verksamhetsvolymen att vårdsektorns andel av BNP stiger.

En tänkbar svaghet i långtidsutredningens analys är antagandet om vårdpersonalens löneutveckling. Eftersom man räknar med ett rekryteringsbehov på 90 000–170 000 personer netto finns det skäl att anta att sjukvårdens löner kommer stiga snabbare än genomsnittet framöver. Ett sådant antagande skulle kunna driva upp siffrorna i tabell 1 en eller ett par procentenheter. En annan osäkerhetsfaktor i analysen är kvalitetsutvecklingen och den teknologiska utvecklingen inom sjukvården. Det är dock svårt att uttala sig om i vilken riktning innovationer inom sjukvården verkar kostnadsdrivande eller -besparande.

De prognoser som beaktats i denna del sträcker sig som längst fram till år 2030. Eftersom ökningen av antalet äldre i befolkningen förväntas stanna av ungefär vid denna tid, kan det antas att de siffror som presenterats kommer att vara ganska stabila därefter.⁷

2.3 Pensionerna

2.3.1 DAGENS SITUATION

Sedan 1999 har Sverige ett nytt pensionssystem. Det nya systemet skiljer sig från det gamla i en rad avseenden:

- Det är avgiftsbestämt, dvs. pensionen baserar sig på inbetalda avgifter under individens yrkesverksamma tid. Avgiftssatsen är satt till 18,5 procent.
- Det är delvis fonderat, dvs. en del av avgiften placeras i fonder enligt den enskildes eget val.
- Det är mer aktuariskt än tidigare, dvs. det är en tydligare koppling mellan avgift och förmån.
- Det är långsiktigt uthålligt då det har inbyggda mekanismer för att hantera en oförutsedd utveckling av olika demografiska och ekonomiska variabler.

Vad som dock är oförändrat är att pensionssystemet i huvudsak är ett

fördelningssystem, dvs. att löpande pensioner finansieras ur löpande avgifter. Därmed är den potentiella generationskonflikten alltså närvarande. Pensionssystemets budget sätter ramarna och det går inte att hitta några gratisluncher som skulle göra alla generationer mer nöjda. Däremot är det givetvis önskvärt för alla med en gynnsam ekonomisk utveckling och här kan även pensionssystemet spela en viktig roll då det är en del av incitamentsstrukturen.

2.3.2 PROGNOSE FÖR FRAMTIDEN

Prognoser för pensionssystemets framtida utveckling har utarbetats av finansdepartementet. Den senaste prognosen som finns tillgänglig är från uppdateringen av Sveriges konvergensprogram från november 2001 (Finansdepartementet [2001]). Där presenterar man en prognos för de kommande femtio åren utifrån olika antaganden om den demografiska och ekonomiska utvecklingen. I det följande kommer en kort sammanfattning av resultaten ges, samt en redogörelse för deras känslighet när olika variabler ändras.

De antaganden finansdepartementet utgår ifrån i sin huvudprognos är följande:

- Antalet pensionärer per 100 personer i yrkesverksam ålder antas öka från 29 år 2000 till 46 år 2050.
- Arbetsmarknaden väntas utvecklas emot en sysselsättningsgrad i åldrarna 20–64 år på 85 procent (från dagens 81,5).
- Produktiviteten väntas öka med 1,75 procent per år och BNP med 1,6 procent per år i genomsnitt.

Resultaten som erhålls är att de offentliga pensionernas andel av BNP kulminerar år 2033 med 11,6 procent, jämfört med dagens 9 procent. I beräkningarna ingår ålderspensioner, änkepensioner, offentliganställdas tjänstepensioner samt kommunalt bostadstillägg för pensionärer. Prognosen indikerar också en kontinuerlig minskning av den offentliga sektorns nettoskuld över hela perioden. De viktigaste resultaten från prognosen presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Pensionssystemets utveckling 2000-2050.

	2000	2050	Förändring (%)
Offentliga pensionsutgifter, andel av BNP	9,0	10,7	19,1
Pensionärer/100 yrkesverksamma	29,4	46,3	51,1
Sysselsättning, tusental	4 043	4 045	0,0
Genomsnittlig pension	121,5	228,9	88,4
BNP per sysselsatt	510,8	1 220,5	138,9
Genomsnittlig pension/BNP per sysselsatt	23,8	18,8	-21,1

Källa: Finansdepartementet

Med de antaganden finansdepartementet gör kommer alltså utvecklingen av de offentliga pensionernas andel av BNP att vara måttlig de kommande decennierna. Som framgår av tabell 2 sker detta dock inte på bekostnad av pensionernas reala nivå; år 2050 kommer en genomsnittlig pension vara nästan dubbelt så hög som idag, i reala termer. Däremot sjunker pensionärernas relativa standard något, vilket framgår av kvoten genomsnittlig pension i förhållande till BNP per sysselsatt. Denna kvot sjunker från 23,8 procent idag till 18,8 procent år 2050. Dock bör noteras att detta, med tanke på det långa tidsperspektivet, är en förhållandevis liten förändring. Så fördubblades t.ex. genomsnittspensionens andel av genomsnittslönen under ATP-systemets tio första år (Söderström et al. [1999]).

Hur känslig är då prognosen för den demografiska och ekonomiska utvecklingen? Generellt är den mer känslig för demografiska förändringar än för ekonomiska. Om en snabbare befolkningsutveckling antas, växer såväl BNP som pensionsutgifterna. Tack vare den automatiska balanseringen i det nya pensionssystemet blir dock nettoeffekten att pensionernas andel av BNP hamnar ungefär en procentenhet lägre i det långa

perspektivet än vad som ges av huvudprognosen. Om befolkningen växer långsammare än väntat, blir motsvarande effekt en ökning av BNP-andelen av ungefär motsvarande storlek.

Bland de ekonomiska faktorerna är det framför allt produktivitetsutvecklingen som är avgörande. Om denna endast blir 1,25 procent – 0,5 procentenheter lägre än beräknat – kan pensionerna komma att ta en procentenhet mer i anspråk än vad som ges av . Sammanfattningsvis verkar alltså prognosen vara förhållandevis robust för alternativa ekonomiska och demografiska scenarier.

Det bör noteras att det enligt dessa kalkyler är så att merparten av pensionssystemets expansion (som andel av BNP) redan har ägt rum. Under perioden 1980–1994 ökade pensionernas andel av BNP från 6,6 procent till 8,4 procent trots att andelen pensionärer i befolkningen var nästan konstant (Kruse [1997]). Den ytterligare ökning som prognostiserats för de kommande femtio åren framstår alltså som liten i jämförelse.

3 En programförklaring

3.1 Pensionerna

Det nya pensionssystemet måste betraktas som en godtagbar lösning på de flesta problem som kännetecknade ATP-systemet. Systemet är långsiktigt uthålligt, det är förhållandevis raka rör mellan avgift och förmån, och konstruktionen med både premiepension och fördelningssystem kan förväntas minska riskerna och öka avkastningen i systemet. Eftersom pensionssystemet dessutom reformeras så sällan, kommer det bara att behandlas summariskt i det följande.

Trots alla positiva förändringar i det nya pensionssystemet finns det fortfarande en hel del brister kvar.

- Marginaleffekterna är fortfarande mycket höga. Personer med låga inkomster möter en hundraprocentig marginaleffekt då garantipensionen trappas av helt mot inkomstgrundad pension.

- Det finns betydande avsteg från aktuariemässigheten, eftersom studier, värnplik och barnår ger pensionsrätt. Att ge pensionsrätt för studier innebär i de flesta fall en omfördelning från låg- till höginkomsttagare. Eftersom utbildningspremien tycks vara på väg uppåt i Sverige är det tveksamt om denna konstruktion är önskvärd. Generellt vore det samhällsekonomiskt att föredra att dessa grupper kompenseras direkt genom arbetsinkomsten och inte genom framtida pensioner.
- Även om det nya systemet, när det väl fått fullt genomslag, innebär en rimlig fördelning mellan generationerna är det tydligt att fyrtingalisterna, som delvis blir kvar i det gamla systemet, gjort en bra deal. Fördelningspolitiskt är detta tveksamt då fyrtingalisterna redan är en ekonomiskt gynnad generation. Då det som nämnts ovan vore svårt att reformera pensionssystemet ännu en gång, bör man istället ha detta faktum i åtanke när man studerar andra välfärdsprogram med tydlig åldersprofil.

3.2 Sjukvården

3.2.1 SJUKVÅRDENS PROBLEM

Sedd i backspegeln framstår 90-talets svenska sjukvård som ett laboratorium för politiska experiment. En rad reformer har genomförts och vissa har upphävts innan de fått full effekt (Anell *et al.* [1996]). Listan kan göras lång: **ädelreformen** (1992) som gav kommunerna ett samlat ansvar för service och omsorg åt äldre, långvarigt sjuka och handikappade, **vårdgarantin** (1992) som stipulerade maximalt tre månaders väntetid för behandling, **husläkarreformen** (1994), som gav alla rätt att välja allmänläkare, **psykiatrireformen** (1995) som gav kommunerna ansvar för samtliga former av stöd och service till funktionshindrade, **läkemedelsreformen**, som skiftade kostnadsansvaret för läkemedel till landstingen, **fin-sam** och **socsam**, som utgjorde försöksverksamhet med gemensamt kostnadsansvar för sjukvården och försäkringskassan. Dessutom har man på flera håll infört nya styrmodeller i landstingen, vilka normalt går under

benämningen **beställar-utförarorganisation**. På senare år har husläkarreformen återkommit i ny tappning som ett system med familjeläkare.

Det förekommer ofta larmrapporter om kris i vården och det tycks finnas en utbredd uppfattning att svensk sjukvård försämrats under 90-talet. Trots detta finns det flera indikationer på att svensk sjukvård idag är bättre än tidigare. Så har t. ex. läkar- och sjukskötersketätheten ökat kontinuerligt. Sverige låg år 1998 med 3,11 läkare per 1 000 invånare strax över genomsnittet för EU:s medlemsstater. Dessutom har det skett en betydande produktivitetshöjning. Trots att antalet vårdplatser minskat avsevärt, var såväl antalet vårdtillfällen som antalet läkarbesök större 1997 än 1990. Vidare finns det indikationer på att införandet av beställar-utförarsystem ökat effektiviteten med omkring 10 procent (Gerdtham *et al.* [1999]).

Trots dessa förbättringar präglas sjukvården fortfarande av en rad problem. Dessa problem är egentligen inte orsakade av en brist på resurser, som det ofta ges sken av när politiker skjuter till mer pengar, utan att befintliga resurser utnyttjas dåligt. Sålunda har exempelvis patienten en svag position i systemet. Hon är ofta utlämnad åt en enda producent och har begränsade möjligheter att utkräva ansvar för missförhållanden. Detta har sitt upphov redan i det faktum att lagstiftningen på området stipulerar skyldigheter för landstingen istället för att tillerkänna patienten rättigheter.

Ett sätt att stärka patientens position vore att öka konkurrensen inom sjukvården. Det bör dock noteras att fri konkurrens inte är lösningen på alla problem såsom vissa debattörer ibland låter påskina. För det första är konkurrensbaserade system i regel svåra att förena med effektiv kostnadskontroll. För det andra har patienten begränsade möjligheter att göra ett rationellt val, försåvitt valet gäller kvaliteten på olika behandlingar. Dessutom visar studier av marknadsbaserade system att endast en liten andel av patienterna verkligen utnyttjar sin rättighet (Blomqvist & Rothstein [2000]). Den främsta finessen med valfrihet är istället den effekt valmöjligheten har på producenterna. Blotta risken att förlora pati-

enter tvingar vårdgivare att bli mer lyhörda för patienternas krav. Vidare lär det gynna personalen att ha flera arbetsgivare att välja mellan.

3.2.2 REFORMFÖRSLAG

Ovanstående problembeskrivning indikerar att svensk sjukvård är i stort behov av reformer. Vissa landsting uppvisar redan idag en omfattande reformbenägenhet, medan andra för en mer konservativ politik. Ett generellt problem är att staten och landstingen inte koordinerar reformverksamheten utan ofta har diametralt olika syn på hur sjukvården bör organiseras. I det följande presenteras en allomfattande reformagenda som dels skulle kunna råda bot på problemen ovan, dels skulle kunna nå bred politisk uppslutning.

3.2.2.1 Rationell ansvarsfördelning

Den nuvarande ansvarsfördelningen inom sjukvården är inte rationell. Statens roll innefattar idag dels ett allmänt finansieringsansvar, dels detaljstyrning i form av örönmärkta anslag, dels reglering och övervakning. Denna blandning av förvaltningsformer är olycklig då den gör det oklart vem som har det övergripande ansvaret för sjukvården. Istället bör statens engagemang i sjukvården inskränkas till den sistnämnda uppgiften: reglering och övervakning.

Staten bör alltså även fortsättningsvis stå för det juridiska ramverket och formulera allmänna åligganden för landstingen. Den bör dock avhålla sig från detaljreglering. Vidare bör uppföljning och kvalitetskontroll ges en mer framskjuten plats. Nationella kvalitetsmått bör upprättas, och kontrollverksamheten intensifieras. Denna uppgift faller naturligen på Socialstyrelsen, vilken bör ges en mer framträdande roll som patienternas ombud. Lämpligen bör den nya informationstekniken användas mer aktivt för att tillhandahålla information om kvaliteten på vården i olika landsting.

Finansiellt innebär denna nya uppdelning att statsbidragen till landstingen – såväl riktade som generella – avskaffas. Detta innebär att

landstingen åläggs att vara självförsörjande, och att resursbehovet får regleras via landstingsskatt och patientavgifter. Statsbidragen till landstingen uppgår i år till cirka 40 miljarder kronor. Merparten av detta går till sjukvården. Med vårt förslag skulle alltså statliga skatter kunna sänkas i motsvarande mån.

Med en mindre aktiv roll från statens sida, ökar landstingens ansvar i motsvarande mån. Den rollfördelning som föreslås här innebär att landstingen ensam kommer att bära ansvaret för en god och effektiv vård utifrån de generella principer som staten formulerar. Med det ökade ansvaret bör följa en ökad frihet att utforma sjukvården i enlighet med lokala preferenser. Eftersom landstingen blir den centrala finansären på sjukvårdsområdet, förbättras möjligheterna att utkräva politiskt ansvar. För att ytterligare stärka incitamenten att erbjuda god vård bör även ansvaret för sjukförsäkringen skiftas till landstingen.

Det är möjligt att vissa landsting är för små för att kunna bära ett ensamt ansvar för sjukvården. I så fall kan de senaste årens trend mot större landstingsenheter drivas vidare. **Ett alternativ är att omskapa landstingen med motsvarande geografiska täckning som de nuvarande sjukvårdsområdena.**

Det bör noteras att en viktig anledning till att hålla fast vid det nuvarande systemet med regionala finansieringsmonopol är just kostnadskontrollen. Om landstinget står som ensam finansär gentemot en mångfald av producenter finns det goda möjligheter att hålla priserna under kontroll. Sett i detta perspektiv utgör de senaste årens snabba tillväxt av privata sjukvårdsförsäkringar ett problem. Detta är dock ett problem som måste lösas genom att den offentligt finansierade sjukvården upplevs som tillräcklig.

3.2.2.2 Öka inslaget av patientavgifter!

Patientavgifter kan användas dels för att kontrollera kostnaderna, dels för att styra efterfrågan till kostnadseffektiva behandlingar. Landstingen bör använda sig av prissättningen mer aktivt. Avgiften bör sättas som

en fast procentsats av behandlingens faktiska kostnad – exempelvis 25 procent.⁸ Detta skulle få till följd att även patienter har ett incitament att välja kostnadseffektiva behandlingar. För att undvika oönskade fördelningseffekter bör ett högkostnadsskydd finnas – men det kan sättas betydligt högre än idag. En tänkbar modell vore att begränsa de årliga kostnaderna till exempelvis 5 procent av inkomsten. Därmed blir avgifterna inte alltför kännbara för låginkomsttagare.

För att få önskvärd effekt bör denna avgiftssättning tillämpas på alla vårdtjänster. Barn under 20 år bör dock – precis som idag – vara befriade från avgifter. Dessutom bör tjänster som inte är vård i snävare mening – framför allt förlossningar – vara avgiftsfria.

Ett ökat inslag av patientavgifter kommer utöver effektivitetsvinster att medföra att den demografiska utvecklingen inte leder till några dramatiska höjningar av kostnaderna. Det är svårt att uttala sig om i vilken mån höjda avgifter kommer att minska efterfrågan, men mot bakgrund av ett experiment med avgifter i USA går det att anta att minskningen i efterfrågan åtminstone borde kompensera för den 10–15-procentiga ökningen av konsumtionen som långtidsutredningen räknat med (jfr. Söderström [1997]).

Det kan finnas praktiska problem med att införa ett inkomstbaserat högkostnadsskydd. För att få önskvärd effekt skulle detta skydd givetvis behöva baseras på inkomsten innevarande år, en uppgift som naturliga skäl inte alltid finns tillgänglig. Detta är dock ett problem som går att lösa, inte minst i en tid då informationstekniken hela tiden sänker kostnaderna för denna typ av databehandling. Ett exempel på hur motsvarande problematik lösts är försäkringskassornas hantering av bostadsbidragen; här baserar sig bidraget på bidragstagarens prognos och i den mån denna visat sig vara felaktig justeras beloppet i efterhand.

3.3 Äldreomsorgen

Ett problem i den nationalekonomiska diskussionen kring äldreomsorg är att begreppet inte är entydigt definierat. Begreppet äldreomsorg inne-

fattar en rad tjänster, varav vissa i princip är normala tjänster vilka också säljs på den reguljära marknaden och vissa påminner mer om sjukvård. Den engelska termen är *long-term care*, vilken är vidare då den även innefattar yngre funktionshindrade. Enligt ett standardverk på området kan *long-term care* definieras som a) omsorg för kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar för vilka normal sjukhusvård ej längre bedöms vara erforderlig, vilken b) ofta tillhandahålls av närstående istället för professionella (Norton [2000]).

Funderingar kring äldreomsorgens generella karaktär är viktiga då de har implikationer för den fortsatta diskussionen. Således kan konstateras att:

- Äldreomsorg inte är kunskapsintensiv på samma vis som sjukvård. Således är det ganska lätt för konsumenten (eller dennes anhöriga) att avgöra kvalitén på servicen på ett vårdhem jämfört med att avgöra kvalitén på en blindtarmsoperation.
- Äldreomsorg konsumeras normalt i livets slutskede. En majoritet av alla de som placeras i särskilt boende kommer att bli kvar där för återstoden av livet.

På grund av dessa båda egenskaper hos äldreomsorgen finns det inte lika starka skäl för offentlig intervention i äldreomsorgen som i sjukvården. Ett viktigt skäl till den stora offentliga inblandningen i produktion av sjukvård är nämligen att patienten har ett informationsunderskott gentemot sjukvårdspersonalen, vilket skulle ställa till problem om tjänsterna bjöds ut på en fri marknad. Det faktum att äldreomsorg normalt konsumeras i livets slutskede får implikationer för finansieringen. En sjukvårdsförsäkring har bland annat till syfte att förhindra att hälsoproblem leder till en ekonomisk katastrof för den enskilde. För någon som aldrig rehabiliteras finns inte samma skyddsbehov. Tvärtom så blir en offentlig finansiering av äldreomsorgen framför allt en försäkring av de efterlevandes arv. Detta är måhända också ett intresse värt att slå vakt om, men i så fall är det bra att vara medveten om att det är det man gör.

Systemen för äldreomsorg skiljer sig starkt åt mellan olika länder.

Medan de skandinaviska länderna har system som kännetecknas av skattefinansiering och offentlig produktion, har man i Tyskland och Japan på senare år infört offentliga äldrevårdsförsäkringar. Försäkringarna skiljer sig åt i flera avseenden: i Tyskland täcker den bara omkring hälften av kostnaderna medan den i Japan står för åtminstone 90 procent av finansieringen. I båda länderna präglas produktionen av en större mångfald än i Sverige. I USA har det offentliga en sekundär roll: i första hand är det individen själv som förväntas betala för omsorgen. Trots detta har den offentliga delen av finansieringen ökat markant det senaste årtiondet och står nu för cirka 60 procent av kostnaderna (Feder et al. [2000]).

I USA finns det en marknad för privata äldrevårdsförsäkringar. Denna marknad är dock mycket mindre än man kan förvänta sig givet att det offentliga träder in som finansär först när den enskilde gjort slut på sina tillgångar. 1998 täckte privata försäkringar 8 procent av de totala omsorgskostnaderna i USA. Det förs sedan länge en diskussion varför inslaget av privata försäkringar är så blygsamt. Några av de tänkbara förklaringarna är de problem som typiskt kännetecknar försäkringsmarknader, nämligen *adverse selection* och *moral hazard*. Problem med *adverse selection* uppstår när det finns skillnader i riskhänseende mellan individer; skillnader som de enskilda är medvetna om men som försäkringsbolaget inte kan kompensera för med premiedifferentiering. Följden blir att bara lågriskgrupper kan få fullt försäkringsskydd till rimligt pris. Eftersom de flesta försäkringsbolag inte differentierar premierna annat än efter försäkringstagarens ålder, är det troligt att *adverse selection* är ett av skälen till den låga andelen med äldrevårdsförsäkring.

Moral hazard är ett problem som uppstår om den enskilde ändrar sitt riskbeteende när han eller hon tecknat försäkring, eller om denne försöker att få ut så mycket som möjligt på försäkringen när skadan väl inträffat. Följden blir att försäkringen blir dyrare än vad den annars skulle ha blivit. *Moral hazard* av det senare slaget är förmodligen av begränsad betydelse när det gäller äldreomsorg, då det knappast torde finnas incitament för en icke omsorgsbehövande att försöka få plats i särskilt boende.

Hur som helst kan försäkringsgivaren lindra problemet genom att stipulera en självrisk.

Ett specifikt problem som kännetecknar äldreomsorgsförsäkringar har tagits upp av Cutler [1993]. Denne menar att risken det handlar om i detta fall inte är fullt försäkringsbar. Orsaken är att det är kostnaderna för äldreomsorg man försäkrar. En ogynnsam kostnadsutveckling påverkar alla försäkringstagare på samma sätt. Normalt skulle man kunna diversifiera risken mellan kohorter, men då det finns en stark korrelation mellan kostnaderna vid olika tidpunkter är även denna möjlighet utesluten. Följden blir att försäkringsbolagen bara erbjuder försäkring upp till ett visst belopp. Försäkringar som täcker även inflation i omsorgskostnaderna är ovanliga och mycket dyra.

3.3.1 ÄLDREOMSORGENS PROBLEM

Till skillnad från de flesta andra industrialiserade länder har antalet vårdtagare minskat i Sverige de senaste 20 åren. Kulmen nåddes redan år 1978. Sedan dess har äldreomsorgens generositet successivt minskat och insatserna har koncentrerats på svåra fall.

Det förekommer med jämna mellanrum larmrapporter om vanvård av äldre. Dessa brukar dyka upp i såväl kommunalt som privat boende och blir därmed utmärkta slagträn för debattörer av olika färg som vill ändra inriktningen på den nuvarande politiken. Enskilda fall av vanvård ändrar dock inte det faktum att kvaliteten på vården över lag är god. Detta visar såväl statliga utvärderingar som internationella jämförelser (Skr 1998/99:97).

Äldreomsorgens problem är snarare organisatoriska. För det första har äldreomsorgen själv en svag position. Då det på många håll är samma aktör som står för både behovsbedömning, produktion och kontroll är den äldre ofta utlämnad åt kommunens välvilja. Dessutom suddas ansvarsförhållandena ytterligare ut av att regeringen på flera olika sätt är inblandad i äldreomsorgen, dels genom direkta statsbidrag, dels genom att man reglerar exempelvis taxesättningen. Ett system där ansvarsfördel-

ningen sätter den äldres rättigheter i centrum vore att föredra.

Vidare har finansieringssystemet många brister. För det första råder ett oklart samband mellan den enskildes bidrag och de förmåner denne senare kan kvittera ut. I en tid då det är vanligt att byta bostadsort flera gånger under livet blir systemet med kommunal finansiering alltmer olämpligt. Vidare finns det många tvivelaktiga element i det interkommunala utjämningsystemet. Studier som gjorts pekar på att precisionen i systemet tycks vara betänkligt låg (Söderström et al. [2000]).

3.3.2 REFORMFÖRSLAG

3.3.2.1 *Släpp in privata försäkringar!*

Som nämndes inledningsvis finns det inte lika starka skäl för en offentlig finansiering av äldreomsorgen som av exempelvis sjukvård. Det finns därför skäl att överväga om inte privata försäkringar är att föredra. En sådan lösning skulle ha flera fördelar:

- Den enskilde skulle erbjudas en större valfrihet att välja den form och omfattning av omsorgen som han eller hon föredrar.
- Det skulle finnas incitament till kostnadskontroll i systemet samt incitament att sätta in resurser i förhållande till behov.
- Godtycket i systemet skulle minska då den enskilde inte längre skulle vara utlämnad till kommunpolitikerns välvilja.
- Systemet skulle erbjuda en större rörlighet för individer då man utan problem skulle kunna ta sin försäkring med sig när man flyttar.
- När skattefinansieringen minskar, minskar också skatternas snedvridande effekter.

Dessutom har det förändrade hälsoläget bland de äldre en implikation som hittills oftast förbisetts i debatten: perioden med omsorgsbehov kontinuerligt förskjuts uppåt i åldrarna sjunker avkastningen i ett skattefinansierat system. Den »ränta« som det offentliga systemet erbjuder är med andra ord negativ och varje generation skulle föredra att spara till den egna äldreomsorgen istället för att finansiera de löpande kostnaderna.

En försäkringslösning måste dock ta hänsyn till problemen med *adverse selection*, samt Cutlers [1993] poäng att risken för omsorgsbehov bara är delvis försäkringsbar. Det första problemet kan lösas genom ett system med riskjustering, så att staten omfördelar från de försäkringsbolag som har stor andel låriskgrupper till de som har en stor andel högriskgrupper. Det andra problemet kan lösas genom att den enskilde bara förväntas stå för kostnaderna upp till ett nominellt definierat tak, dvs. att staten tar på sig risken för en oförutsedd kostnadsutveckling bland omsorgstjänsterna.

Ett enkelt räkneexempel kan visa på förslagets praktiska implikationer. Låt oss anta att den typiska omsorgskostnaden är 400 000 kronor per klient samt att 25 procent av befolkningen någon gång blir omsorgsbehövande. Vidare antar vi att perioden med omsorgsbehov i genomsnitt inträder vid 85 års ålder. I tabell 3 visas vilka årliga försäkringspremier som skulle bli erforderliga om systemet infördes redan i år.

Tabell 3. Premie för äldrevårdsförsäkring under olika antaganden.

Födelseår	Ränta (procent)		
	0	2	4
1936	10 000	7 500	5 700
1941	6 700	4 800	3 400
1951	4 000	2 600	1 700
1961	2 900	1 700	1 000

Som framgår av tabell 3 blir premien förhållandevis modest trots att den erbjuder ett ganska omfattande skydd. Dessutom bör påpekas att de flesta på sikt skulle komma att åtnjuta skattesänkningar i ungefär samma storleksordning. Vidare bör noteras att en kontinuerligt förbättrad hälsa bland de äldre skulle leda till sjunkande premier för varje generation.

Det är dock viktigt att notera att ett fullt försäkringsskydd bara kommer att erbjudas så länge de framtida omsorgskostnaderna är förutsebara

för försäkringsbolaget. Därför bör, såsom redan nämnts, staten gå in och kompensera i den mån kostnadsutvecklingen blir ogynnsam. I den mån systemet präglas av fri konkurrens kommer en sådan mekanism inte att verka kostnadsdrivande.

Bör det vara obligatoriskt att försäkra sig? Detta är i grunden en ideologisk fråga. Å ena sidan beskär ett obligatorium friheten för den som inte vill försäkra sig utan är beredd att betala sin äldreomsorg ur egen ficka. Å andra sidan finns det utan obligatorium en risk att vissa väljer att avstå från försäkring i förlitande på att staten kommer att täcka upp för dem i händelse av omsorgsbehov: detta är det klassiska problemet med fripassageraren. Det verkar som om det vore mest i linje med svensk tradition att göra försäkringen obligatorisk.

Vilka är då förslagets fördelningspolitiska implikationer? Beträktat i ett generationsperspektiv är det klart att förslaget är progressivt i den mening att det omfördelar från de relativt gynnade fyrtilisterna till senare generationer. Ser man till omfördelningseffekter inom generationerna är förslaget förmodligen regressivt i den mening att skattelättnaderna blir störst för de som har höga inkomster. Denna effekt skall dock vägas emot de effektivitetsvinster som kan bli följden av skattelättnaderna samt av att försäkringssektorn öppnas för fri konkurrens. Den totala effekten skulle alltså mycket väl kunna bli positiv för alla.

Även ur ett jämställdhetsperspektiv skulle reformen vara gynnsam. Med en obligatorisk försäkring kommer merparten av äldreomsorgen även fortsättningsvis att vara ›formell‹, dvs. levereras professionellt och inte av anhöriga. För de anställda i äldreomsorgen – vilka till övervägande del är kvinnor – skulle en mångfald av vårdgivare också innebära en förbättring.

3.3.2.2 Befria kommunerna!

Det följer av diskussionen ovan att kommunernas ansvar för äldreomsorgens finansiering bör reduceras avsevärt. Men även de funktioner som finns kvar i offentlig regi bör läggas på staten istället för kommunerna.

Anledningen till detta är tämligen uppenbar: nuvarande system innebär ett oacceptabelt godtycke när det gäller generositet i behovsbedömningen, kvalitet på omsorgen samt avgiftssättningen. Dessutom är det viktigt att notera att staten redan idag spelar en viktig roll inom äldreomsorgen: dels definierar man allmänna ramar och åligganden för kommunerna, dels deltar man i finansieringen i form av statsbidrag och dels fastställer man principerna för kommunal kostnads- och inkomstutjämning. Det är inte osannolikt att denna blandning av olika förvaltningsprinciper är en av förklaringarna till det utbredda missnöjet på senare år: med flera offentliga intressenter blir rollfördelningen otydlig och det blir därmed svårare för den enskilde att utkräva ansvar.

Det faller sig alltså naturligt att staten tar över ansvaret för resterande offentliga uppgifter. Dessa innefattar bland annat följande:

- **Reglering och kontroll.** Staten sätter regelverket för äldreomsorgen och kontrollerar att den efterlevs. Förutsättningarna för staten att göra detta förbättras avsevärt när den offentliga inblandningen i äldreomsorgen reduceras.
- **Riskjustering.** Staten kompenserar för olika riskbild mellan försäkringsbolag. Eftersom det är ganska välkänt vilka faktorer som påverkar omsorgsbehovet (kön, ålder, yrkesbakgrund etc.) skulle ett sådant system kunna göras tämligen avancerat för att förhindra *adverse selection*.
- **Kompensation för oförutsedd kostnadsutveckling.** Som nämnts ovan är ett av de största hindren för den privata försäkringsmarknaden att försäkringsbolagen inte kan diversifiera risken för en ogynnsam kostnadsutveckling. Detta bör bli statens uppgift.

3.4 Diskussion

I detta avsnitt har ett antal reformförslag presenteras, vilka alla har de gemensamt att de kan väntas leda till en bättre hushållning med resurser, ökad rättvisa mellan generationerna samt att Sverige har möjlighet att på sikt anpassa skattetrycket till de förutsättningar som den ökade interna-

tionaliseringen kommer att diktera. I det följande skall bara kort analyseras vad de statsfinansiella effekterna av reformförslagen kan väntas bli.

Som *benchmark* används här de långsiktiga prognoser som presenteras i regeringens konvergensprogram. Enligt huvudalternativet där väntas de offentliga utgifternas andel av BNP de kommande decennierna att sjunka något från dagens 55 procent, varefter de åter stiger kring 2030 och överträffar dagens nivå något. Därefter, när det demografiska trycket på systemet åter minskar, väntas de falla tillbaka för att hamna på 53,6 procent år 2050.

Hur förändras då bilden om de ovan presenterade förslagen genomförs? De justeringar som föreslås beträffande pensionerna har förmodligen försumbara effekter på den offentliga ekonomin. Möjligen kan rakare rör och lägre marginaleffekter leda till att den samhällsekonomiska effektiviteten, och därmed BNP ökar något, men effekten är förmodligen liten. Rättvisasppekter är ett viktigare motiv för fortsatta reformer av pensionsystemet.

Beträffande sjukvården föreslås, vid sidan av ett antal förändringar för att klargöra ansvarsfördelningen, att inslaget av egenfinansiering – i form av patientavgifter – ökar. Detta kommer förmodligen att ha en märkbar effekt på efterfrågan på sjukvårdstjänster – studier från USA visar att avgiftssättningen har en påtaglig effekt på efterfrågan, medan ingen signifikant effekt på folkhälsan har observerats. Vi antar i det följande att effekten av en mer offensiv prissättning av sjukvårdstjänster precis kommer att kompensera för demografiska effekter, så att den offentligfinansierade sjukvårdens andel av BNP förblir konstant över prognosperioden. För äldreomsorgens del föreslås att det nuvarande systemet successivt byts ut emot privata försäkringar. Därmed skulle en betydande kostnadspost skiftas från den kommunala sektorn till den privata försäkringsmarknaden. Vi antar i det följande att konsumtionen av äldreomsorg i stort kommer att följa den utveckling som förutses av Långtidsutredningen, men i takt med att allt fler kohorter får sin äldreomsorg finansierad ur privata försäkringar kommer belastningen på den offentliga sek-

torn att minska. Effekten i de offentliga finanserna kan väntas bli svag till en början, men når fullt genomslag någon gång mellan 2020 och 2030. En viss del av kostnaderna för äldreomsorg blir dock kvar i den offentliga budgeten då några funktioner fortfarande kommer att utföras av offentliga aktörer.

En uppskattning av de offentligeconomiska verkningarna av reformförslagen ges i tabell 4. Det bör noteras att siffrorna under rubriken »reformscenario« inte är beräknade med samma avancerade metoder som finansdepartementets scenario. Icke desto mindre ger de en fingervisning om storleksordningen på de föreslagna reformernas effekter på den offentliga ekonomin.

En av de intressantaste posterna i tabell 4 är skattetrycket. Som framgår i tabellen antas redan i finansdepartementets scenario att detta kommer att kunna sänkas framöver. När sedan den förändrade åldersstrukturen slagit igenom kring 2030 måste skatterna återigen höjas, dock inte till dagens nivå. Detta torde bero på att det finansiella sparandet minskar vid samma tid, kanske p.g.a. att premiepensioner börjar utbetalas i större omfattning.

Med reformalternativet medges emellertid större skattesänkningar och dessutom kommer skatterna inte att behöva höjas när befolkningsstrukturen försämras. Tvärtom skulle Sverige vid slutet av prognosperioden kunna ha ett skattetryck på ungefär samma nivå som dagens EU-genomsnitt. Att det svenska skattetrycket kontinuerligt sänks är önskvärt dels med tanke på den hårdnande internationella konkurrensen, dels eftersom det innebär att yngre generationer avlastas i enlighet med det fördelningsperspektiv som är vägledande för detta arbete.

Tabell 4. De offentliga finanserna på lång sikt. Procent av BNP.

	2000	2005	2010	2015	2030	2050
HUVUDSCENARIO						
Summa utgifter	55,4	53,6	51,7	51,6	56,6	53,6
<i>varav ålderspensioner</i>	9,0	9,3	9,5	10,2	11,4	10,6
<i>varav sjukvård, äldreomsorg</i>	8,8	8,6	8,6	8,9	10,9	11,6
Skattetryck^o	52,8	49,2	47,6	47,5	48,9	48,9
Finansiellt sparande	4,1	2,0	2,0	2,0	-0,7	1,4
REFORMSCENARIO						
Summa utgifter	55,4	53,3	51,5	50,8	51,3	48,1
<i>varav ålderspensioner</i>	9,0	9,3	9,5	10,2	11,4	10,6
<i>varav sjukvård, äldreomsorg</i>	8,8	8,6	8,4	8,0	6,6	6,1
Skattetryck	52,8	49,2	47,4	46,7	44,5	43,4
Finansiellt sparande	4,1	2,0	2,0	2,0	-0,7	1,4

Källa: Finansdepartementet samt egna beräkningar

4 Slutsatser och sammanfattning

Syftet med denna rapport har varit att granska några av de inlägg som gjorts i debatten om åldrandet och den offentliga servicen. En genomgång av tillgängliga prognoser visar att många debattinlägg hamnar fel då de inte tar hänsyn till att de äldres förbättrade hälsa minskar trycket på systemen avsevärt. Vidare har en reformagenda presenterats som tar sin utgångspunkt i effektiv resursallokering, rättvisa mellan generationerna samt beaktar de allmänna förutsättningarna som globalisering och skattekonkurrens för med sig.

Som anförts ovan finns det starka skäl att bibehålla huvuddragen av den nuvarande organisationen för sjukvården. Systemet bör göras tydli-

gare genom att landstingen får en mer självständig roll och att statens finansieringsansvar minskas i motsvarande mån. För framtiden är det dock av yttersta vikt att den offentligt finansierade sjukvården förmår leverera vad som utlovats, eftersom tillväxten av privata sjukvårdsförsäkringar på sikt riskerar att urholka grundvalarna för den solidariska finansieringen. Detta kan uppnås dels genom strukturreformer och konkurrens och dels genom att avgiftsättningen används som ett instrument för effektiv resursallokering.

Beträffande äldreomsorgen finns det inte lika starka skäl att ha kvar nuvarande modell för finansieringen. Tvärtom visar analysen ovan att äldreomsorgen idag präglas av ett stort godtycke eftersom kommunerna tillämpar väldigt olika principer för behovsbedömning och avgiftsättning. Dessutom innebär den ökande rörligheten att kopplingen mellan inbetalad skatt och erhållna förmåner blir allt svagare.

Det förslag som presenteras här innebär att framtidens äldreomsorg finansieras med obligatoriska försäkringar. Ett sådant system skulle innebära många fördelar. För det första skulle konkurrensen mellan olika försäkringsgivare öka valfriheten för den enskilde, samt möjligheterna att utkräva ansvar då omsorgen inte uppfyller rimliga krav. För det andra skulle systemet medge en ökad rörlighet då individen kan ta med sig sina förmåner till bostättningsorten. För det tredje är reformen önskvärd i ett rättviseperspektiv. I pensionsreformen har fyrtilialisterna kommit relativt lindrigt undan då de till större delen får sina pensioner i det generösare ATP-systemet. En reform av äldreomsorgens finansiering skulle därmed innebära en önskvärd korrigerande därvidlag. Eftersom en markant ökning av efterfrågan på äldreomsorg väntas först efter år 2020 finns det fortfarande gott om tid att genomföra reformen.

Den privata marknaden för äldreomsorgsförsäkringar i USA uppvisar en rad problem som det finns skäl att dra lärdom av. För det första finns det de välkända problemen med *adverse selection* och *moral hazard*. Dessa kan motverkas genom att staten justerar riskerna mellan olika försäkringsgivare, samt att den enskilde betalar en viss självrisk. Därutöver kan

marknaden fås att fungera bättre om staten erbjuder återförsäkring för en oväntad kostnadsutveckling inom äldreomsorgen. Således innebär det förslag som presenterats här att riskerna delas upp så att den privata försäkringsmarknaden täcker den individuella risken att bli omsorgsbehövande, medan staten försäkrar den kollektiva risken för en ogynnsam kostnadsutveckling. Om systemet präglas av konkurrens och finansiärer skiljs från producenter går ett sådant system att förena med en effektiv kostnadskontroll.

En enkel uppskattning av de statsfinansiella effekterna av reformförslagen ger vid handen att de offentliga utgifterna som andel av BNP kan sänkas med upp till fyra procentenheter under den tid då den demografiska belastningen på systemen är som störst. Detta skulle medge en kontinuerlig sänkning av det svenska skattetrycket de kommande decennierna, så att man mot slutet av prognosperioden skulle ligga i nivå med dagens genomsnitt för EU:s medlemsländer. Skattesänkningar i en sådan omfattning vore önskvärda då de dels är bra för ekonomin, dels innebär en rättvisare fördelning mellan generationerna.

5 Källor

5.1 Allmänt

Anell *et al.* (1996), *Health-care Reforms in Sweden – Striving towards equity, efficiency and cost containment*, IHE Working Paper 1996:8.

Lund: IHE.

Baumol, W. J. (1967), »The Macroeconomics of Unbalanced Growth«, *American Economic Review*, 57, 3, pp. 415–26.

Blomqvist, P. Och Rothstein, B. (2000), *Välfärdsstatens nya ansikte. Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Stockholm: Agora.

Cutler (1993), *Why Doesn't the Market Fully Insure Long-Term Care?*, NBER Working Paper #4301.

Feder, J. *et al.* (2000), »Long-Term Care in the United States: An Overview«, *Health Affairs* 19:3, pp. 40–56.

Finansdepartementet (2001), *Uppdatering av Sveriges konvergensprogram. November 2001*. Stockholm: Finansdepartementet.

Gerdttham *et al.* (1999), »Internal Markets and Health Care Efficiency: A Multiple-Output Stochastic Frontier Analysis«, *Health Economics* 8: 151–164.

Karlsson, Martin (2002), *Comparative Analysis of Long-Term Care Systems in Four Countries*. IIASA Interim Report IR-02-003/January. Laxenburg: IIASA.

Kruse, Agneta (1997), »The Case of Sweden«, i *Pension systems and reforms – Britain, Hungary, Italy, Poland, Sweden*, slutrapport för EU-kommissionens forskningsprojekt P95-2139-R.

Kruse, Agneta (2002), »Försörjningen på ålderdomen«, I Andersson (red.) *Socialgerontologi*.

Norton, E. C. (2000), »Long-Term Care«, in Culyer, A. J. And Newhouse, J. P. (ed.), *Handbook of Health Economics. Volume 1 B*, pp 955–994. Amsterdam: Elsevier.

OECD (1998), *Long Term Care Services to Older People, a Perspective on Future Needs: The Impact of an Improving Health of Older Persons*. Maintaining prosperity in an ageing society, Working Paper AWP 4.2. Paris, OECD.

OPCS, Office for Population Censuses and Surveys (1988), *The Prevalence of Disability among Adults, Report 1*, Her Majesty's Stationary Office, London, UK.

Skr. 1998/99:97, *Utvecklingen inom den kommunala sektorn*. Finansdepartementet.

SOU 2000:7 Bilaga 8 (2000) *Långtidsutredningen: Bilaga 8*, Finansdepartementet.

Söderström *et al.* (1999), *Från dagis till servicehus. Välfärdspolitik i livets olika skeden. Välfärdspolitiska rådets rapport 1999*. Stockholm: SNS förlag.

Söderström, Lars (1997), »Moral Hazard in the Welfare State«, i Giersch, Herbert (red) *Reforming the Welfare State*, 1997, s. 25–45. Berlin: Springer Verlag.

Söderström *et al.* (2000), *Äldreomsorgens finansiering – varför äldre-vårdsförsäkring?* Stockholm: Svenska Kommunförbundet.

Törnqvist, Helene (1999), »Nya ekonomiska styrformer – bakgrund, utformning och effekter«, SOU 1999:66, Bilaga 1.

Zweifel, P., Felder, S. & Meiers, M. (1999), »Ageing population and health care expenditure: A red herring?«, *Health Economics*, Vol. 8, 485–496.

5.2 Tidningsartiklar

Andersson, Dan (2001-07-04), »Miljardfond radar äldreomsorgen«, DN-Debatt.

Feldt, Kjell-Olof (2000-10-11), »Regeringens pensionslöften falska«, DN-Debatt.

Wetterberg, Gunnar (2001-11-26) »Allt fler måste vårda anhöriga«, DN-Debatt.

Noter

1. International Institute of Applied Systems Analysis (www.iiasa.ac.at)
2. Genomsnittet i OECD för sjukvårdskostnadernas andel är 8,5 procent, varav knappt 80 procent offentligt finansierad.
3. Ädelreformen införde ett kommunalt betalningsansvar för äldreomsorg samt för »medicinskt färdigbehandlade« inom korttids- och geriatrisk vård. Vidare stipulerades en möjlighet för kommuerna att bedriva hem sjukvård hos berörda vårdtagare. Reformen innebar att cirka 20 procent av landstingens kostnader skiftades till kommunernas (Anell *et al* [1996])
4. Baumol (1967) hävdade att offentlig service över tiden blir dyrare i förhållande till andra varor, dvs. att relativpriserna förskjuts. Detta påstående tolkas ofta som att de offentliga utgifternas andel av BNP måste öka i takt med att produktiviteten i det privata näringslivet stiger. Tolkningen är felaktig, då en växande ekonomi även med konstant skatteuttag genererar mer och mer resurser att finansiera den offentliga servicen med.
5. Framskrivningen är statisk med avseende på hälsotillståndet bland de äldre, men bygger givetvis på en dynamisk framskrivning av befolkningen.
6. ADL = Activities of daily living.
7. I uppdateringen av Sveriges konvergensprogram räknar finansdepartementet med en bnp-andel på 11,6 procent år 2050, dvs. en svag ökning från år 2030.
8. Idag motsvarar patientavgifterna 16 procent av de totala kostnaderna (Blomqvist och Rothstein [2000]).
9. Siffrorna är en skattning utifrån antagandet att övriga offentliga inkomster utgör cirka 6 procent av BNP.