



BENGT WESTERBERG

Har vi råd med äldre
när 40-talisterna blir gamla?

Debatten om äldrevården har under senare år varit intensiv. En rad missförhållanden har uppmärksammats och många känner oro inför sin egen framtida ålderdom.

Kommer samhället att klara att ge den stora gruppen 40-talister den vård och omsorg som de kommer att ställa krav på? Vilken kvalitet och vilken service kommer den att innehålla? Vilka behov kommer att finnas? Enkelt uttryckt – kommer resurserna att vara tillräckliga?

Hur den framtida äldrevården väntas se ut och hur den ska finansieras är frågeställningar som Pensionsforum anser måste tas på allvar och brett diskuteras.

Vi gav därför uppdraget till Bengt Westerberg att försöka ge en beskrivning av de kommande resursbehoven och hur han anser att äldrevården bör utvecklas.

Detta har nu resulterat i denna skrift med titeln *Har vi råd med äldrevård när 40-talisterna blir gamla?*

Vi vill med denna rapport fortsätta att stimulera debatten kring vår framtida äldrevård.

Stockholm i september 2000

Ann Lindgren

Verkställande direktör, Pensionsforum

Har vi råd med äldrevård när 40-talisterna blir gamla är Pensionsforums tredje rapport. Tidigare utgivna är **Vad varje 50-åring bör veta om framtiden** av Gunnar Wetterberg och **Ja må vi leva i 120 år** av Jonas Hellman och Marcus Uvell. Dessa går att beställa genom e-mail info@pensionsforum.nu eller via fax 08-762 78 47.

Har vi råd med äldre när 40-talisterna blir gamla?

BENGT WESTERBERG

FÖRORD

Vad kommer att hända när de stora 40-talskullarna blir gamla, antalet i förvärvsaktiv ålder minskar och den internationella konkurrensen tvingar oss att sänka skatterna? Har vi råd med äldrevård då? Hur allvarliga är problemen? Och hur kan de mötas?

Detta är vad den här skriften handlar om. I de första avsnitten konstaterar jag att Sverige i dag har en av de äldsta befolkningarna i världen och att pensioner och äldrevård redan i dag tar stora resurser i anspråk. Därefter diskuterar jag olika förutsättningar för framtidens befolkningsutveckling och försöker ge en mer nyanserad bild av hur kostnadsbilden ser ut, till exempel att den varierar beroende på social situation och mellan olika kommuner.

Jag redovisar så olika teorier om hur ett längre liv kan tänkas påverka behovet av insatser och går igenom en rad faktorer som kan komma att påverka behov och kostnader. I de därpå följande avsnitten redovisar jag vissa kalkyler *dels* över kostnadsutvecklingen för äldrevården, *dels* hur den förhåller sig till den samhällsekonomiska utvecklingen i stort. Slutsatsen är att den allmänna ekonomiska utvecklingen och särskilt sysselsättningsutvecklingen är av avgörande betydelse för möjligheterna att klara framtidens äldrevård på ett bra sätt. Jag diskuterar därefter vilka möjligheter mor-

gondagens äldre har att i dag gardera sig mot en svag samhällsekonomisk utveckling liksom andra sätt än skatter att finansiera äldre-vården. I det sista avsnittet i skriften redovisar jag mina preliminära slutsatser.

Skriften planerades ursprungligen redan sommaren 1999. Det fanns då ännu inte så mycket skrivet i ämnet. Sedan dess har en lång rad rapporter publicerats som belyst olika aspekter på ämnet (Batljan och Lagergren 2000, Bucht et al 2000, Grip och Örtendahl 2000, Lindh och Malmberg 2000, LU 2000, Olsson och Nordén 2000, Söderström et al 1999, Wetterberg 2000). Som ofta blir frågan inte lättare av mer kunskap utan snarare tvärtom. Jag började fundera på min skrift med ganska bestämda uppfattningar om vilka mina slutsatser skulle bli. I dag är jag mycket mindre säker. Därför känns det ärligast att presentera mina slutsatser som just preliminära. Med det vill jag ha sagt att jag mycket väl kan komma att ompröva en del av dem i takt med att ytterligare kunskaper och argument kommer fram.

Inger Holmström, Bo Könberg och K.G. Scherman har läst skriften i utkast och kommit med värdefulla synpunkter för vilka jag varmt tackar dem.

Stockholm i september 2000

Bengt Westerberg

INNEHÅLL

Författarens förord	2
Svenska folket ett av världens äldsta	6
En stor del av de offentliga utgifterna går till äldre	8
Fler äldre i framtiden	15
Varierande kostnader	24
Fler friska eller sjuka år?	33
Andra faktorer som kan påverka framtidens vård	36
Vad kommer framtidens äldrevård att kosta?	46
Framtidens äldrevård i ett samhällsekonomiskt perspektiv	50
Kan man försäkra sig mot en dålig utveckling?	59
Slutsatser	72
Referenser	76

SVENSKA FOLKET ETT AV VÄRLDENS ÄLDSTA

Hur man än mäter är det uppenbart att Sverige i dag har en av de äldsta befolkningarna i världen.

Medianåldern är "mittenåldern" i en befolkning. Hälften är yngre och hälften äldre än denna ålder. I Sverige var medianåldern 1995 38,9 år. Det var högst i världen efter Japan. I Italien låg den strax under. Medianåldern i världen var detta år endast 25,4 år (SCB 1999 b).

Äldrekvoten (ibland kallad äldreförsörjningskvoten) anger hur många personer över 65 år det går på 100 personer mellan 20 och 64 år. Även när det gäller den tillhörde Sverige i mitten av 1990-talet de länder i världen som hade den högsta kvoten. Den låg då på cirka 30. I EU-länderna var den i genomsnitt omkring 25.

Antalet och andelen äldre i Sverige har vuxit under hela efterkrigstiden. Andelen 65 år och äldre som år 1950 var 10 procent av befolkningen har i dag ökat till 18, alltså nästan en fördubbling. Andelen över 80 år har under samma tid ökat från 1,5 procent till närmare 5, således mer än en tredubbling (SCB 1999 b). Detta är en viktig förklaring till den offentliga sektorns expansion i Sverige

under denna period. Det finns ett nära samband mellan åldrande och de offentliga utgifternas tillväxt (Lindh och Malmberg, 2000).

Under de närmaste tio åren kommer dessa demografiska förutsättningar inte att ändras på något dramatiskt sätt i Sverige även om andelen över 80 år fortsätter att växa. Däremot kommer under denna tid befolkningen i många andra länder att åldras, i vissa fall så mycket att de kommer att passera Sverige. Till år 2010 gäller det till exempel Tyskland och Italien.

Efter omkring år 2010, när de stora 40-talskullarna blir pensionärer, kommer Sveriges befolkning att ytterligare åldras. Äldrekvoten kommer att öka från dagens 30 till som högst 45 omkring år 2030. Att den ökar beror både på att det blir fler äldre och på att antalet mellan 20 och 64 år minskar. Mellan år 2015 och år 2030 förväntas antalet personer 80 år och äldre öka med cirka 255 000 medan antalet mellan 20 och 64 år minskar med cirka 225 000 (LU 2000). Men även under denna period kommer äldrekvoten att fortsätta växa snabbare i många andra länder. År 2030 kommer drygt tio länder att ha en större kvot än Sverige.

I många länder ställer man sig i dag frågan hur denna utmaning skall kunna mötas. Hur skall allt färre i aktiv ålder kunna orka med att försörja allt fler äldre? Kommer det överhuvudtaget att var möjligt att erbjuda de äldre en hygglig inkomst och en god vård och omsorg? Finns det någonting som kan göras i dag för att underlätta situationen 20, 30 år fram i tiden? Det är kring dessa frågor jag skall resonera i den här skriften.

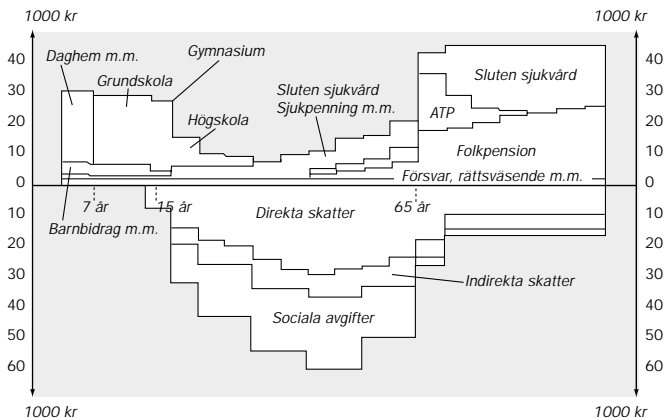
EN STOR DEL AV DE OFFENTLIGA UTGIFTERNA GÅR TILL ÄLDRE

Vår förmåga till egen försörjning varierar under livet. I början och slutet av livet är vi i regel beroende av andra. En stor del av den moderna välfärdsstaten syftar till att trygga försörjning och goda levnadsvillkor i övrigt för barn och äldre. I praktiken betyder det att välfärdsstaten omfördelar resurser från den del av befolkningen som befinner sig i yrkesverksam ålder till dessa grupper. Man kan också se det så att den till stor del omfördelar resurser över en individs liv, från de yrkesaktiva åren till barndom och ålderdom. Detta illustreras i diagram 1.

Ökningen av antalet och andelen äldre under efterkrigstiden har alltså bidragit till att de offentliga utgifterna i Sverige har expanderat. Men de rent demografiska förändringarna förklarar bara en del av utgiftsexpansionen. Sjukvårdskostnaderna under perioden 1970–1985 skulle ha ökat med 13 procent om man bara tar hänsyn till den ändrade åldersstrukturen, men de ökade i verkligheten med 56 procent. I slutet av 1980-talet och början av 1990-talet var förhållandet det motsatta, kostnaderna ökade mindre än vad som motsvarade förändringarna i åldersstrukturen (HSU 1996).

Låt oss nu titta lite närmare på hur de offentliga utgifterna är fördelade på tre åldersgrupper, de som är under 20 år, de som är från 20

Diagram 1. Offentliga tjänster, transfereringar och skatter under en individs liv.



Över noll-linjen visas vilka offentliga tjänster och transfereringar en genomsnittlig svensk medborgare i början av 1980-talet utnyttjade. Hela livet får hon del av försvaret och rättsväsendets tjänster; när hon är barn får hon barnomsorg, utbildning och barnbidrag. När hon är vuxen får hon sjukpenning då hon är sjuk (och arbetslöshetsersättning då hon är arbetslös, vilket dock inte syns i diagrammet). När hon blir gammal får hon pension och sjukvård. Under sin yrkesverksamma tid betalar hon för allt detta genom att erlagga skatt i form av inkomstskatt, moms och andra indirekta skatter samt sociala avgifter; detta visas under noll-linjen.

Källa: SCB, här hämtad ur Eklund (1993), Figur 9.1.

till 64 år och de som är 65 år eller äldre. 3/5 av befolkningen återfinns i mellangruppen och drygt respektive knappt 1/5 i vardera av de övriga två. Uppgifterna är hämtade ur Söderström et al (1999).

De offentliga utgifterna är av två slag, offentlig konsumtion och offentliga transfereringar. Med *offentlig konsumtion* avses konsumtion som finansieras med skatter. Den del av den offentliga kon-

sumtion som kan fördelas på individer (cirka hälften av all offentlig konsumtion, till exempel utbildning, hälso- och sjukvård, äldreomsorg och barnomsorg) fördelar sig ganska jämnt på de tre åldersgrupperna, 115–130 miljarder kronor vardera (1997). Det betyder att andelen offentlig konsumtion är större än andelen av befolkningen hos de yngsta och de äldsta men mindre än andelen hos mellangruppen.

Merparten av de *offentliga transfereringarna* (inkomstöverföringarna, "bidragen") är individuella. Nästan hälften av dessa transfereringar, 170 av 350 miljarder kronor 1997, riktas till den äldsta gruppen. Det beror på att pensionerna utgör en mycket stor del av de totala transfereringarna. De äldres andel av transfereringarna är alltså långt större än deras andel av befolkningen. Andelen transfereringar till de unga liksom till mellangruppen är mindre än dessa gruppers andelar i befolkningen.

I tabell 1 sammanfattas dessa resultat siffermässigt och i diagrammen 2 och 3 ges en grafisk illustration av samma förhållanden (hämtad ur en annan studie, Olsson och Nordén 2000).

Sammanfattningsvis kan vi således konstatera att stora resursöverföringar sker från åldersgruppen 20–64 år till de yngre och de äldre och att en betydligt större andel av de offentliga utgifterna går till personer över 65 år än vad som svarar mot deras andel av befolkningen.

Den illustration som här givits av resursöverföringar mellan generationerna är hämtad från det moderna Sverige. Själva principen att överföra resurser från individer i produktiv ålder till barn och gamla, som inte kan försörja sig själva genom eget arbete, är emellertid gammal. Genom hela vår historia har sådana överföringar

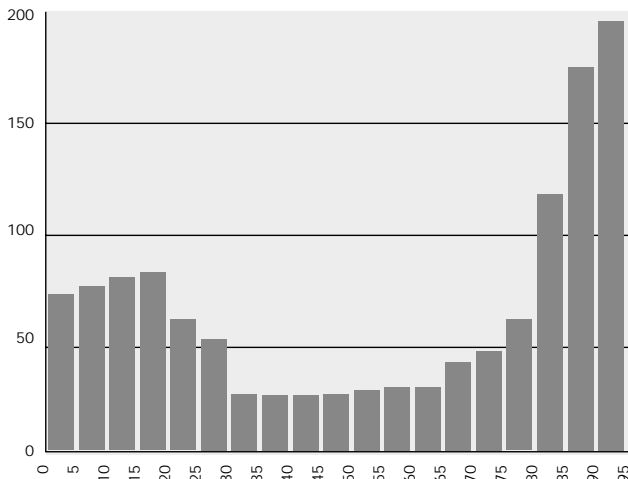
Tabell 1. Individuell offentlig konsumtion och individuella offentliga transfereringar i olika åldersklasser 1997.

	0-19 år	20-64 år	65- år
Individuell offentlig konsumtion, mdr kr	128	131	116
Andel av den individuella konsumtionen, procent	34	34	31
Per capita, kronor	59 270	25 360	75 310
Andel individuell off. kons./ andel av befolkningen*	1,4	0,6	1,8
Individuella offentliga transfereringar, mdr kr	39	142	171
Andel av transfereringarna, procent	11	40	49
Per capita, kronor	17 930	27 510	110 820
Andel individuella off. transf./ andel av befolkningen*	0,6	0,7	2,9
Totalt individuella offentliga utgifter, mdr kr	167	272	287
Andel av ind. off. utgifter, procent	23	38	40
Per capita, kronor	77 200	52 870	186 130
Andel ind. off. utgifter/ andel av befolkningen*	0,9	0,7	2,3

* En kvot = 1 betyder att åldersgruppen har en andel av konsumtionen resp. transfereringarna i exakt proportion till sin andel av befolkningen, >1 en högre andel än dess andel av befolkningen och omvänt vid <1.

Källa: Söderström et al (1999), viss bearbetning av tabellerna 2.1-2.3.

Diagram 2. Offentlig konsumtion per invånare i olika åldersgrupper år 1998. Tusental kronor.



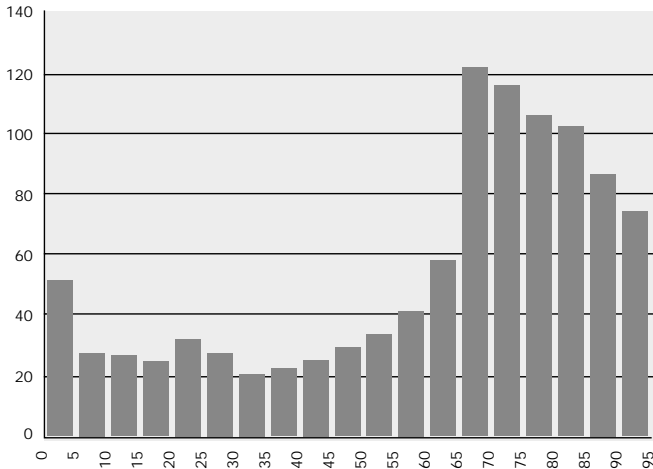
Källa: Olsson och Nordén (2000), diagram 5.1.

skett på olika sätt. De tillhör det självklara, biologiskt betingade samspelet mellan generationerna (Odén et al, 1993).

Det är viktigt att påminna om detta. Man kan alltid diskutera omfattningen av och formerna för resursöverföringar till barn och gamla, men det är inte uppgifter som man i något samhälle kan komma undan. Det är ingen tillfällighet att det finns stora likheter mellan länder på en likartad utvecklingsnivå.

Sverige har visserligen större offentliga utgifter än nästan alla andra jämförbara länder, men de skillnader mellan länder som

Diagram 3. Offentliga transfereringar per invånare i olika åldersgrupper år 1998. Tusental kronor.



Källa: Olsson och Nordén (2000), diagram 6.1.

framkommer vid enkla statistiska jämförelser, till exempel när utgifterna anges som andel av BNP (bruttonationalprodukten), beror delvis på olikheter i den tekniska utformningen av välfärdsystemen i olika länder. Ett exempel är att många transfereringar i Sverige är skattepliktiga inkomster vilket gör att bruttosiffrorna blåses upp jämfört med länder som bara har obeskattade transfereringar. Flera studier i vilka man sökt göra mer rättvisande jämförelser visar att Sverige visserligen fortfarande, tillsammans med ett par andra länder, ligger i topp men att skillnaderna mellan länderna

krymper avsevärt. Tar man dessutom hänsyn till de privata utgifterna för sociala ändamål så minskar skillnaderna ytterligare (se till exempel Anell et al 2000).

En liknande bild ges av pensionärernas ekonomiska situation i en studie av Forssell et al (2000). De har jämfört de äldres ekonomiska situation i åtta europeiska länder med i viktiga avseenden mycket olika pensionssystem. Jämförelsen avser förutom de nordiska länderna (utom Island) Frankrike, Nederländerna, Storbritannien och Tyskland. De offentliga systemen skiljer sig kraftigt när det gäller såväl grund- som tilläggspensioner. Därtill finns kompletterande pensioner, till exempel avtalspensioner, som också varierar mellan länderna. Intressant är att den genomsnittliga disponibla inkomsten för äldre däremot inte skiljer sig särskilt mycket. I tre länder ligger den på ungefär samma nivå som i Sverige, i ett par länder ligger den cirka 10 procent högre och i de återstående ungefär lika mycket lägre. Utfallet sett på detta sätt är alltså likartat. Det skall dock noteras att det i vissa andra avseenden skiljer sig, bland annat när det gäller hur stor andel av pensionärerna som har mycket låga inkomster. Den andelen är lägst i Sverige och Norge.

FLER ÄLDRE I FRAMTIDEN

Som redan inledningsvis har konstaterats kommer antalet och andelen äldre att öka i Sverige, särskilt efter omkring 2010. Inte minst mot bakgrund av hur det kan tänkas påverka de offentliga utgifterna är det lätt att förstå att sådana prognoser över befolkningens ålderssammansättning tilldrar sig stort intresse.

Jag har redan nämnt att åldrande befolkningar är en vanlig internationell företeelse. I tabell 2 på nästa sida redovisas äldrekvoten för några år och länder.

Som tidigare noterats och som framgår av tabellen kommer äldrekvoten i många länder att öka mer än i Sverige. Det mest extrema exemplet är Italien där det i mitten av detta sekel beräknas gå 66 personer över 65 år på 100 mellan 20 och 64 år, alltså mer än en fördubbling jämfört med i dag! Den dramatiska utvecklingen i Italien och en del andra länder beror inte på att dessa länders invånare kommer att leva mycket längre än till exempel svenskar utan på att det under många år har fötts få barn i dessa länder.

Beräkningar av de slag som ligger till grund för utgifterna i tabell 2 kan synas vara ganska enkla att göra just eftersom en stor del av framtidens befolkning redan är född. Men det finns osäkerheter.

På längre sikt, till exempel i beräkningar avseende år 2050, spelar

Tabell 2. Äldrekvot i vissa länder för vissa år (antalet över 65 år per 100 mellan 20 och 65 år).

Land	2000	2020	2050
Belgien	29	39	51
Danmark	25	39	50
England	27	34	45
Finland	25	40	46
Frankrike	27	40	46
Grekland	31	40	60
Holland	23	37	51
Irland	21	26	43
Italien	30	42	66
Luxemburg	26	39	47
Portugal	25	31	56
Spanien	26	32	60
Sverige	29	40	43
Tyskland	28	41	53
Österrike	27	38	56
Indonesien	8	11	28
Japan	27	48	59
Kina	12	18	36
Norge	27	35	47
USA	21	31	44

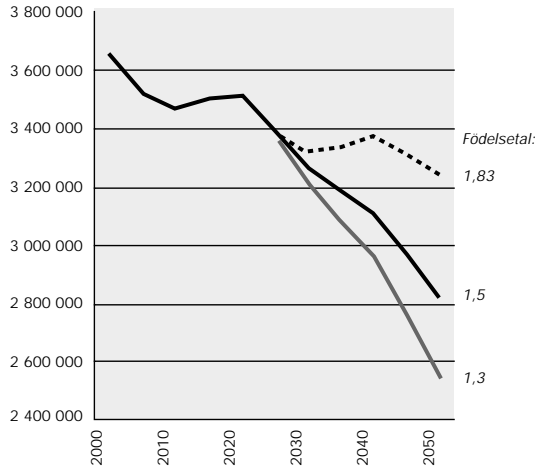
Källa: World Bank (1994).

förstås antaganden om *fruktsamheten* en viktig roll. I Sverige ligger den i dag kring 1,5, det vill säga kvinnor föder som det nu ser ut i genomsnitt 1,5 barn under sitt liv. Det är den lägsta som har noterats i vår historia, lägre än på 1930-talet då man varnade för en förestående befolkningskris (Hoem 2000)! I SCBs (Statistiska Centralbyrån) aktuella befolkningsprognos antas den öka till strax över 1,8. Ingen kan veta om det blir så. Man kan naturligtvis göra andra antaganden, till exempel att den ligger kvar på dagens nivå eller att den minskar till en lägre nivå, säg 1,3. Denna låga nivå kan sägas motsvara vad en trendmässig nedgång skulle innebära. Länder som Tyskland, Österrike, Grekland, Spanien och Italien ligger redan på eller under den nivån. Örtendahl och Grip (2000) ger en illustration av konsekvenserna av olika födelsetal, se diagram 4.

Som framgår av diagrammet ger förändringar i fruktsamheten i dag effekter av betydelse först bortom år 2025.

Fruksamheten i Sverige har svängt kraftigt under de senaste årtiondena, kraftigare än i något annat land (Bucht et al 2000). I början av 1980-talet låg den kring 1,6 för att i slutet av 1980-talet stiga kraftigt och i början av 1990-talet nå 2,1, vilket då var en av de högsta i Europa. Därefter har den alltså sjunkit ner till dagens nivå. Hoem (2000) har försökt analysera orsakerna till nedgången. Ibland framförs misstanken att det skulle finnas en konflikt mellan förvärvsarbete och barnafödande i meningen att förvärvsarbetande kvinnor skulle ha lägre fruktsamhet än hemarbetande. Erfarenheterna talar inte för att det skulle vara fallet i Sverige. Snarare tycks den ökade arbetslösheten och de förändrade arbetsmarknadsvillkoren med bland annat fler osäkra anställningar vara viktiga faktorer bakom det minskade barnafödandet på 1990-talet. Många unga

Diagram 4. Antal 25-54-åringar i Sverige 2000–2050 vid olika fruktsamhetstal.



Källa: Grip/Örtendal (2000), diagram 3.

kvinnor och män, som inte har fått fotfäste på arbetsmarknaden, har skjutit upp detta. I en undersökning uppgav 50 procent av de barnlösa kvinnorna att det viktigaste skälet till att de ännu inte hade fött barn var just att de saknade fast jobb (Bucht et al 2000). För varje år under 1990-talet har fruktsamheten sjunkit hos kvinnor under 30 år. Trots ljusningen på arbetsmarknaden under senare år har ännu ingen tydlig uppgång i barnafödandet skett.

Senareläggning av barnafödandet är i och för sig ingen ny företeelse. Det har snarare varit en trend under lång tid med avbrott några år omkring år 1990. Denna senareläggning har dock hitintills inte haft någon stor påverkan på den slutliga barnlösheten. De siff-

ror på fruktsamheten som tidigare nämnts är de som skulle uppnås om beteendet under ett visst år blev bestående. Men i verkligheten har kvinnor fortsatt att föda i genomsnitt cirka två barn under sitt liv. Det har alltså bokstavligen varit fråga om en senareläggning av barnafödandet snarare än att avstå från barn. Man kan dock tveka inför om en sådan kompensation är möjlig också denna gång när andelarna barnlösa har ökat så kraftigt ända upp i 30-årsaldern (Hoem 2000).

Även *migration* över nationsgränserna, dvs in- och utflyttning, kan naturligtvis komma att påverka befolkningens sammansättning. Sverige har under efterkrigstiden varit ett invandrarland. Under de första årtiondena efter kriget förekom en betydande arbetskraftsinvandring. Sedan den upphörde omkring 1970 har i stället flykting- och anhöriginvandringen ökat. Nettoinvandringen sedan andra världskriget ligger nära en miljon. Sverige tillhör i dag de länder som har den högsta andelen invandrare, mer än till exempel USA (SCB 1999 b).

I Långtidsutredningen 1999/2000 (LU 2000) förs tanken fram att Sverige så småningom skulle kunna återuppta en arbetskraftsinvandring av det slag som tidigare förekommit. Även från politiskt håll har man anslutit sig till denna tanke. Det skulle kunna vara ett sätt att kompensera den nedgång av personer i förvärvsaktiv ålder som tidigare har påtalats och därmed att minska äldrekvoten. Det bör betonas att liknande tankegångar finns i många andra europeiska länder. Samtidigt finns emellertid på många håll stora integrationsproblem. Sverige är inget undantag. Arbetslösheten bland invandrare är hög och många med goda yrkeskunskaper får inte möjlighet att använda dessa på den svenska arbetsmarknaden. En

förklaring till invandrarnas ökade svårigheter anses vara de ökade krav på kommunikativ, social och kulturell kompetens som ställs i det nya kunskaps- eller informationssamhället (Björklund et al 1998). Det är dock värt att notera att arbetslösheten också bland invandrare minskar kraftigt när tiderna allmänt sett är goda och att den är låg på orter där arbetslösheten generellt sett är låg (Ekberg och Ohlson 2000).

Det finns visserligen ett starkt migrationstryck från Afrika och Asien som riktar sig mot Europa. Men man kan befara att en stor del av de potentiella invandrarna därifrån inte motsvarar de högt ställda krav på utbildning, yrkeskunskaper och personlig förmåga till anpassning som de europeiska länderna med stor sannolikhet kommer att efterfråga. Däremot kan man mycket väl tänka sig en mer selektiv invandringspolitik med en hård konkurrens om personer som har dessa kvaliteter.

Den ökade internationella konkurrensen om viss arbetskraft kan för övrigt också leda till ett ökat utflyttningstryck i Sverige. En viss ökning av emigrationen har skett även om den fortfarande är blygsam (SCB 1999 b). Den kan emellertid komma att öka när fler och fler med god utbildning och goda språkkunskaper anser sig kunna konkurrera på en global arbetsmarknad (LU 2000).

SCB har i sin prognos räknat med en fortsatt nettoinvandring till Sverige (i den senaste prognosen ligger denna på 15 000 per år). För att kompensera minskningen av befolkningen i de förvärvsaktiva åldrarna skulle den behöva kraftigt, till över 30 000 per år från år 2010 och framåt (Bucht et al 2000). Det skulle innebära en årlig nettoinvandring i nivå med de år då denna hittills har varit som störst (Lindh och Malmberg 2000). Även om man i Sverige skulle

komma att inta en mer positiv attityd till arbetskraftsinvandring bedömer jag det som osannolikt att vi skulle komma upp till en så stor nettoinvandring under en lång följd av år. Om den bedömningen är riktig skulle migrationen inte påtagligt ändra befolkningsprognoserna i det tidsperspektiv vi här diskuterar.

En faktor som även i ett relativt kort perspektiv är svår att bedöma är *dödligheten*. Den har under en följd av år felbedömts i de befolkningsprognoser som SCB har gjort. Vi tenderar att leva allt längre. Den genomsnittliga levnadsåldern har bara sedan mitten av 1970-talet ökat från 72 till 77 år för män och från 78 till 82 år för kvinnor, vilket är mer än vad som förutsetts.

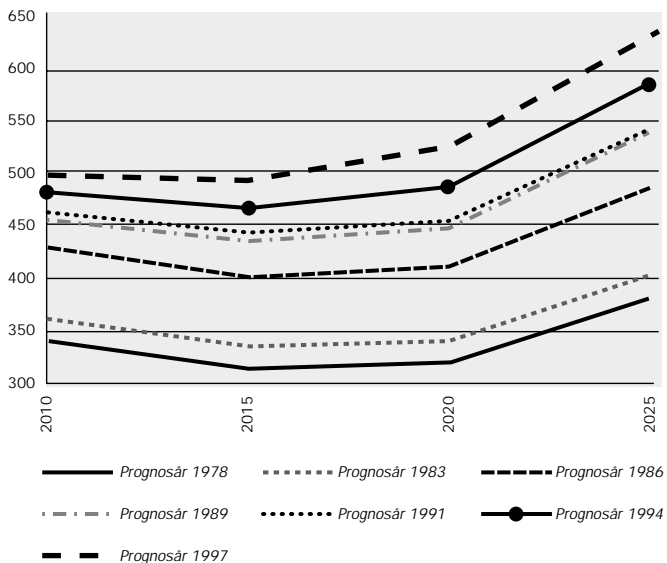
För drygt 20 år sedan bedömde SCB att antalet personer över 80 år år 2010 skulle uppgå till 340 000. Redan i dag, alltså tio år tidigare, uppgår antalet till 100 000 fler. Och nu beräknas det år 2010 närma sig 500 000, alltså nästan 50 procent fler än vad man trodde för 20 år sedan!

Diagram 5 visar den minskade dödlighetens betydelse för SCB:s prognoser.

Enligt SCBs nu aktuella bedömning kommer antalet över 80 år att växa till omkring 500 000 år 2015 och därefter, när de stora 40-talskullarna når den åldern, till 750 000 år 2030. Den genomsnittliga levnadsåldern antas då ha ökat från dagens 77 till 80 år för männen och från 82 till 84 år för kvinnorna.

SCB har i denna prognos gjort djärvare antaganden än tidigare om fortsatt nedgång i dödligheten. Den antas fortsätta sjunka men i avtagande takt. Den årliga procentuella minskningen i dödlighet för personer över 65 år, det vill säga den procentuella minskningen av andelen personer i en viss årskull som avlider, har under perio-

Diagram 5. Inverkan av minskande dödlighet. Förändringar i SCBs prognoser avseende antalet personer över 80 år.



Källa: Batljan/Lagergren (2000), diagram 2.1

den 1978–1998 varit 2–2,5 procent. SCB räknar med en fortsatt minskning men med 1–1,5 procent per år.

Batljan och Lagergren (2000) har gjort en beräkning av hur befolkningsprognosen påverkas av om man antar att dödligheten fortsätter att minska i samma takt som under de senaste 20 åren. Antalet över 80 år ökar då, jämfört med SCBs prognos, med cirka 20 000 år 2015 och med över 80 000 år 2030. Den genomsnittliga

levnadsåldern skulle med en sådan utveckling år 2030 bli 84 år för män och 86 år för kvinnor!

Grip och Örtendahl (2000) redovisar hur äldrekvoten påverkas av olika antaganden om fruktsamhet och dödlighet. Av tabell 1 framgick att den i Sverige skulle öka från dagens 29 procent till 43 procent år 2050. Den senare uppgiften är några år gammal. Enligt SCBs nu aktuella prognos blir den i stället 46 procent år 2050. Om man antar att fruktsamheten ligger kvar på dagens nivå stiger den till 51 procent och med sjunkande fruktsamhet till 55 procent. Om man antar minskad dödlighet ökar den till 50 procent. Om dagens fruktsamhet kombineras med minskad dödlighet ökar den till 56 procent och med sjunkande fruktsamhet och minskad dödlighet ökar den till 60 procent, alltså till i nivå med de högsta i Europa enligt de antaganden som har gjorts i tabell 1!

En rimlig slutsats är att antalet och andelen äldre knappast kommer att bli mindre än vad SCB räknar med i perspektivet fram emot år 2030. Det är inte osannolikt att det blir fler och andelen därmed större.

VARIERANDE KOSTNADER

Vi har redan konstaterat att de äldre är mottagare av en stor del av de offentliga transfereringarna och tjänsterna. Innan vi går in på hur de demografiska förändringarna kan komma att påverka kostnaderna måste emellertid bilden nyanseras. Vård- och omsorgsbehovet varierar starkt inom gruppen äldre och utbud och kostnader varierar mellan olika kommuner.

Till att börja med kan vi se att vård- och omsorgsbehovet, precis

Tabell 3. Andelar i respektive åldersgrupp som bor hemma med hemtjänst respektive i särskilt boende. December 1997, procent.

Ålder	Hemtjänst	Särskilt boende	Totalt
65-79	5,1	3,0	8,1
79-89	25,4	18,8	44,2
90-	48,5	48,6	97,1

Källa: Socialstyrelsen, Statistik – socialtjänst 1998:7, här hämtad ur Söderström et al (1999).

som man kan vänta sig, ökar med stigande ålder. Detta illustreras med uppgifter från kommunernas äldreomsorg på vilken huvuddelen av de offentliga konsumtionsutgifterna för äldre faller. I tabell 3 visas hur den andel av de äldre som får del av kommunernas hemtjänst och särskilda boende ökar med åldern. Bland dem som är 65–79 år får mindre än var tionde någon form av insats från kommunen, bland dem över 90 år nästan alla.

En spegel av detta är kostnaderna per person som naturligtvis också ökar med stigande ålder. I tabell 4 redovisas dessa kostnader som *genomsnitt för olika åldersgrupper*.

Tabell 4. Beräknade kostnader per person för äldreomsorg per ålder och kön. 1997, kronor.

Ålder	Män	Kvinnor
65-74	6 500	7 800
75-79	28 700	34 600
80-84	49 600	71 600
85-89	107 200	134 000
90-	177 400	203 000

Källa: Batljan/Lagergren (2000), tabell 3.3

Inom respektive åldersgrupp varierar kostnaderna bland annat med *graden av ohälsa* och mellan *olika socio-ekonomiska grupper*. I samtliga åldersgrupper stiger kostnaderna kraftigt med ökad ohälsa och särskilt vid svår ohälsa. Givet hälsan är kostnaderna högre för ensamboende än för samboende. Detta hänger samman med att

Tabell 5. Normkostnader för äldreomsorg per person i befolkningen givet ålder, kön och sam/ensamboende, kronor.

A. Per ohälsogrupp

	65-74 år		75-84 år		85- år	
	Sam-boende	Ensam-boende	Sam-boende	Ensam-boende	Sam-boende	Ensam-boende
Män						
Full hälsa	14	44	130	218	3 164	17 069
Lätt ohälsa	174	2 492	1 436	13 577	5 013	30 311
Måttlig ohä.	878	11 705	2 896	35 995	22 029	104 053
Svår ohälsa	21 815	110 009	50 045	170 907	151 973	226 657
Kvinnor						
Full hälsa	13	39	131	464	5 407	20 236
Lätt ohälsa	146	1 14	2 104	7 262	14 483	19 913
Måttlig ohä.	906	6 342	7 025	19 149	58 874	68 271
Svår ohälsa	20 874	58 222	76 300	128 185	278 981	221 722

samboende till stor del får hjälp av make eller maka. Vi kan också notera att kostnaderna varierar för olika socio-ekonomiska grupper. De är i alla åldersgrupper högst för ej facklärd arbetare och lägst för övriga tjänstemän. Detta illustreras i tabell 5.

B. Per socio-ekonomisk bakgrund

	65-74 år		75-84 år		85- år	
	Sam- boende	Ensam- boende	Sam- boende	Ensam- boende	Sam- boende	Ensam- boende
Män						
Ej facklärd arbetare	3 000	18 500	12 400	56 000	61 800	126 800
Facklärd arb.	2 900	17 700	11 900	54 200	60 300	124 200
Lägre tjm	2 100	13 600	9 400	44 700	49 500	109 200
Övriga tjm	1 200	7 700	5 500	28 400	34 700	89 400
Kvinnor						
Ej facklärd Arbetare	3 200	10 900	21 100	41 900	126 600	117 500
Facklärd arb.	3 000	10 400	20 400	40 500	122 100	114 900
Lägre tjm	2 200	8 000	16 100	32 800	103 100	99 800
Övriga tjm	1 200	4 500	9 500	20 600	71 200	80 700

Källa: SOU 1994:144, bil 7, här hämtad från Batljan och Lagergren (2000), tabell 3.2.

”Normkostnaden” i tabellerna ovan är ett slags uppskattad normkostnad för kommunernas äldreomsorg. I verkligheten är *variationerna mellan olika kommuner* stora.

Tabell 6. Kostnader för äldreomsorg per invånare över 65 år, olika kommuntyper, 1995, kronor.

Kommuntyp	Antal	Genom- snittskostn.	Högst	Lägst
1. Storstäder	3	45 197	49 815	38 956
2. Förortskommuner	36	42 806	61 694	31 382
3. Större städer	25	42 426	53 103	33 775
4. Medelstora kommuner	38	43 704	64 943	31 812
5. Industrikommuner	48	40 822	56 898	29 150
6. Landsbygdskommuner	38	42 415	53 123	29 430
7. Glesbygdskommuner	27	48 031	63 856	32 209
8. Övriga större kom.	25	43 583	66 660	31 451
9. Övriga mindre kom.	32	44 438	61 018	33 537

Källa: Kommunförbundet, "Vad kostar verksamheten i din kommun", 1996, här återgiven ur Fölster (1998).

Som framgår av tabellen skiljer sig kostnaderna kraftigt också mellan kommuner av samma typ. Kommunförbundet (1999 a) har i en studie av åtta kommuner sökt närmare förklaringar till dessa variationer. Man har parvis jämfört kommuner av samma typ med olika kostnader, men också jämfört alla kommunerna sinsemellan. En delförklaring till skillnaderna är olika redovisningsprinciper, en annan olikheter i strukturella förutsättningar. Även sedan dessa orsaker har eliminerats kvarstår emellertid huvuddelen av skillnaderna.

Jämförelsen och beloppen i Kommunförbundets studie avser år 1996. Den totala omsorgskostnaden per person över 65 år inom de studerade kommunerna varierar mellan 27 000 och 40 000 kronor per år. Extremerna här återfinns i samma kommuntyp, förortskommuner. Kostnaden per vårdtagare i särskilt boende varierar från drygt 200 000 kronor per år till 330 000, kostnaden per vårdtagare i ordinärt boende från 75 000 kronor till 150 000 kronor. Andelen personer över 65 år som får stöd i någon form varierar mellan 13 och 20 procent och andelen över 90 år som inte får någon hjälp alls mellan 0 och 34 procent. Spännvidden är alltså stor mellan kommunerna vilket visar att äldreomsorgens omfattning, utformning och kostnader inte men någon automatik faller ut av de demografiska förutsättningarna. Variationerna kan vara stora beroende på politiska ambitioner, organisation och effektivitet i utförda tjänster.

HSU 2000 (1996) bedömde att om alla kommuner bedrev en verksamhet i nivå med den kommun som kostnadsmässigt ligger på den nedre kvartilgränsen (där 25 procent av kommunerna har lägre kostnader och 75 procent högre) skulle äldreomsorgens totala kostnader vara närmare 10 procent lägre än i dag. Å andra sidan skulle de vara lika mycket högre om verksamheten bedrevs i nivå med den kommun som ligger på den övre kvartilgränsen.

En förklaring till skillnaderna mellan kommunerna är att behovsprövningen varierar från kommun till kommun. Det tar sig uttryck i att olika andelar av de berörda åldersgrupperna kommer i åtnjutande av åtgärder av olika slag.

Samtidigt kan vi konstatera att kommunernas behovsprövning framförallt av hemtjänsten generellt sett har skärpts under en följd av år och i synnerhet under 1990-talet. Totalvolymen hemtjänst-

timmar har legat kvar på oförändrad nivå trots att antalet äldre äldre (över 80 år) har ökat. Inom ramen för denna totalt sett oförändrade volym har en kraftig omfördelning skett till förmån för de mest hjälpbehövande. Antalet personer med mer begränsade insatser har alltså minskat kraftigt. Utvecklingen illustreras siffermässigt i tabell 7.

Tabell 7. Förändringar av antalet personer 65 år och äldre som erhåller hjälp i olika tidsintervall (insatsnivåer), från 1992 till 1997.

Timintervall	Antal 1992	Antal 1997	Skillnad i antal	Relativ skillnad
1- 9 tim	74 935	57 651	-17 284	- 23%
10- 25 tim	48 633	38 869	- 9 764	- 20%
26- 49 tim	30 599	27 445	- 3 154	- 10%
50-119 tim	26 197	30 024	+ 3 827	+15%
120 tim-	6 489	7 582	+ 1 093	+17%

Källa: Socialstyrelsen (2000), tabell 4.

Kommunförbundet konstaterar i sin studie att det finns olika strategier i kommunerna vad gäller äldreomsorgen. En beskrivs som att *ge lite till många* och en annan som att *ge mycket till få*. Av de redovisade uppgifterna att döma tycks tendensen i Sverige generellt vara att *ge allt mer till allt färre*. Det kan vara av intresse att notera att man i till exempel Danmark förefaller mer inriktad på

den andra strategin, det vill säga att ge lite till många. Medan andelen som får hemtjänst och/eller hemsjukvård i Sverige ligger kring 8 procent är den i Danmark cirka tre gånger så hög. Däremot uppgår antalet timmar per hjälpt person och månad i Sverige till i genomsnitt drygt 33 medan det i Danmark är knappt 22 (Socialstyrelsen 1998).

Strategierna vid utformningen av strukturer och insatser för äldre kan alltså variera. Vid en utvärdering av dessa strategier måste hänsyn tas inte bara till kostnaderna på kort sikt utan också till kostnaderna på längre sikt och, inte minst, till kvaliteten, det vill säga effekterna på de berördas välbefinnande. Ett bekymmer i dag vid jämförelser av det slag Kommunförbundet har gjort är att inga uppgifter finns om kvalitetssidan. Vi vet alltså inte om de äldre i kommuner med höga kostnader mår bättre än dem i kommuner med låga kostnader och inte hur olika strukturer, större satsning på hemtjänst eller särskilt boende, påverkar deras välbefinnande.

HSU 2000 (1996) liksom Batljan och Lagergren (2000) har också redovisat uppgifter som visar att en stor del av kostnaderna inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården är knutna till *livets slutskede*. HSU 2000 anger att närmare 20 procent av äldreomsorgens kostnader avser det sista levnadsåret. Batljan och Lagergren framhåller att hälso- och sjukvårdens kostnader i hög grad är koncentrerade till de sista levnadsåren. Trots att de som kommer att dö under de närmaste tre åren utgör mindre än en fjrtiondedel av befolkningen svarar de för nästan en fjärdedel av slutenvårdskostnaderna och uppskattningsvis en åttiondedel av kostnaderna för den öppna vården. Mer än en tredjedel av slutenvårdskostnaderna faller på de sista sex levnadsåren.

Syftet med detta avsnitt har varit att påvisa att behoven av vård och omsorg kan variera kraftigt. Bedömningen av hur man bäst tillgodoser de individuella behoven varierar också. Avsaknaden av kunskaper om hur kvaliteten upplevs av de äldre är ett problem i sammanhanget. Studier av andra kommunala verksamheter tyder emellertid på att det ofta saknas ett tydligt samband mellan insatta resurser och uppnådda resultat (Anell et al 2000).

FLER FRISKA ELLER SJUKA ÅR?

I bedömningar av hur efterfrågan på äldrevård kommer att utvecklas i framtiden görs ibland schablonmässiga antaganden om att hjälpbehoven kommer att vara oförändrade i respektive åldersgrupp. Morgondagens 80-åring skulle ha samma vårdbehov som dagens. Det innebär i sin tur att vi med stigande levnadsålder skulle lägga fler år med hjälpberoende till livet. Med de aktuella befolkningsprognoserna skulle kostnaderna inom hälso- och sjukvården bara på grund av demografin öka med 18 procent fram till år 2030 och kostnaderna inom äldreomsorgen med 60 procent. Andra synsätt är emellertid tänkbara. I debatten har flera olika hypoteser kring sambandet mellan åldrande och ohälsa framförts (det följande resonemanget bygger på Batljan och Lagergren 2000):

- den komprimerade sjukligheten
- den växande sjukligheten
- den uppskjutna sjukligheten.

Den första hypotesen, *den komprimerade sjukligheten*, utgår ifrån att förbättrade levnadsvillkor och sundare levnadsvanor leder till att insjuknandet i kroniska sjukdomar skjuts upp i allt högre åldrar.

Enligt hypotesen har människan också en genetiskt bestämd – om än individuellt varierande – högsta ålder. Sjukligheten komprimeras därför till de sista levnadsåren. Det slutliga resultatet av denna hypotes skulle vara att alla ”dog friska” eller efter en mycket kort sjukdomsperiod, dvs antalet hälsoår skulle närma sig antalet levnadsår.

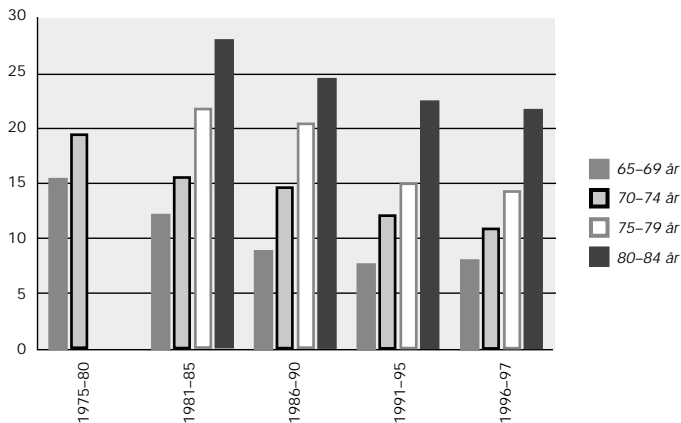
Den motsatta hypotesen är den om *den växande sjukligheten*. Argumentet för den är att medicinska insatser leder till att en allt större andel personer med hälsoproblem överlever till högre åldrar.

Den tredje hypotesen, till sist, om *den uppskjutna sjukligheten* innebär att uppskjutandet av dödsfallet till högre åldrar, till följd av den minskade dödligheten, åtföljs av ett motsvarande uppskjutandet av ohälsa och sjukdom. Det skulle innebära att antalet levnadsår med full hälsa ökade i samma takt som antalet levnadsår, under det att antalet åt med ohälsa var oförändrat.

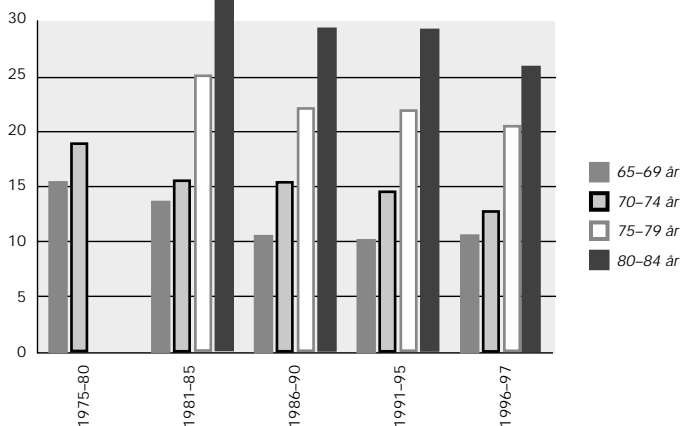
Batljan och Lagergren (2000) har vid en genomgång av empiriska data funnit att dessa ger ett starkt stöd för den sistnämnda hypotesen, den om uppskjuten sjuklighet. Författarna har gått igenom ett antal internationella studier men lyfter också fram de svenska ULF-undersökningarna som pekar i samma riktning. ULF (undersökningar om levnadsförhållanden) utförs sedan mer än tjugo år tillbaka av SCB. I diagram 6 redovisas resultatet från dessa undersökningar sedan 1975. Andelen med svår ohälsa har under perioden minskat i alla åldersgrupper.

Diagram 6. Utvecklingen av andelen äldre med svår ohälsa enligt SCBs ULF-undersökningar 1975–1997.

Man i procent



Kvinnor i procent



Uppgifter om personer i åldersgrupperna 75–79 år och 80–84 år saknas för perioden 1975–1980 på grund av att övre åldersgräns i ULF-undersökningarna före 1979 var 75 år.

Källa: Batljan och Lagergren (2000), diagram 5.1.

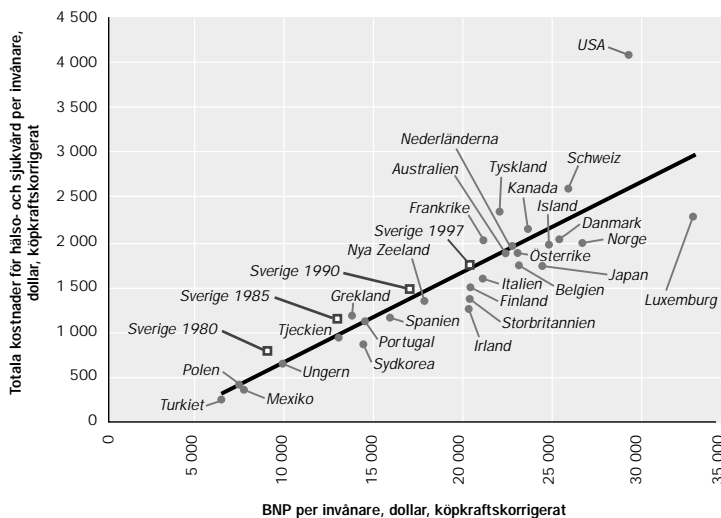
ANDRA FAKTORER SOM KAN PÅVERKA FRAMTIDENS VÅRD

Hur mycket resurser som anses behövas till och hur mycket som faktiskt läggs ned på framtidens äldrevård kommer naturligtvis att påverkas av en lång rad faktorer. Av det som tidigare redovisats kan man förstå att utvecklingen av ohälsa i olika åldersgrupper liksom den kommunala organisationen och ambitionen spelar roll. Här skall några andra faktorer diskuteras.

Det tycks finnas ett starkt samband mellan den samhällsekonomiska utvecklingen och de satsningar som sker på hälso- och sjukvård. Ju högre BNP per invånare, desto större satsning på hälso- och sjukvård. Det antyder alltså att det i hög grad är resurserna som avgör inte bara vilka behov som kommer att tillgodoses utan också vad som betecknas som behov (Batljan och Lagergren 2000). Se diagram 7.

Denna hypotes kan sägas få visst stöd av utvecklingen av äldrevården i Sverige under senare år. Som tidigare nämnts har en hårdare behovsprövning kommit att ske i spåren av den ekonomiska krisen på 1990-talet. Under detta årtionde har andelen personer över 80 år med hemtjänst eller särskilt boende minskat, från totalt 45 procent 1993 till 40 procent 1999. Den totala personalinsatsen inom äldrevården i kommuner och landsting sammantaget har

Diagram 7. Samband mellan hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare och BNP per invånare. OECD-länder 1997.



Källa: OECD, Health Data, 1999, här hämtat från Batljan och Lagergren (2000).

minskat trots att hjälpbehoven har ökat (Socialstyrelsen 2000). Denna utveckling måste ses mot bakgrund av den allt kärvare ekonomin i den kommunala sektorn under de gångna tio åren.

Även om den försämrade ekonomin är en viktig faktor bakom de minskade insatserna per person under 1990-talet kan också *minskad efterfrågan* vara en möjlig förklaring. Som vi tidigare redovisat har andelen med svår ohälsa minskat i alla åldersgrupper. Minskningen av hemtjänsten har emellertid minskat mer än vad som motiveras av hälsoförbättringen i åldersgruppen upp till 80 år.

Samtidigt kan konstateras att ÅDEL-uppföljningen som har utförts av Socialstyrelsen visat på en minskning av det upplevda hjälpbehovet, framförallt i åldersgruppen 75–84 år, som är större än vad som motsvaras av den förbättrade hälso- och funktionsförmågan. Vad som kan ligga bakom är oklart. Det kan naturligtvis vara sådana faktorer som minskat utbud och ökade avgifter. En studie som Socialstyrelsen utfört tyder på att detta i många fall kan vara orsaken (Batljan och Lagergren 2000).

Mot dessa tendenser kan ställas en undersökning som nyligen har redovisats av Socialstyrelsen (2000) och som indikerar ett ökat behov av hjälp, främst vad gäller vardagsgöromål som städning och matinköp, särskilt bland yngre äldre (75–79 år).

Sammantaget tycks brukarna enligt Socialstyrelsen (2000) vara nöjda med dagens äldreomsorg och i synnerhet med hemtjänsten. Det missnöje som finns med denna gäller bland annat möjligheterna till flexibilitet i hjälpinsatserna och påverkan av hur hjälpen utförs. Det antas ofta att kraven härvidlag kommer att vara större hos kommande generationer av äldre som har vuxit upp under andra förhållanden än hos dem som i dag tillhör denna grupp. Samtidigt kan konstateras att dessa nya generationers ekonomiska förutsättningar kommer att vara mer gynnsamma än tidigare generationers. De kommer därför att ha bättre förutsättningar att själva tillgodose önskemål av olika slag.

Det ter sig i dag mindre sannolikt att utvecklingen i kommunerna med ökad koncentration mot de mest behövande skulle brytas. I så fall måste en ökande andel av det mer begränsade servicebehov som tidigare tillgodosetts genom den kommunala hemtjänsten klaras genom *privata inköp*. Redan i dag anlitar en betydande andel av

de äldre privat betald hjälp med städning (Socialstyrelsen 2000). I debatten har föreslagits att en utveckling mot ökade privata inköp rent av skulle kunna stimuleras, till exempel genom särskilda bidrag till vissa typer av hemnära tjänster (SOU 1997:17).

Ökade möjligheter för enskilda att själva köpa tjänster innebär också att de kan få ett ökat inflytande över tjänsternas utformning och därmed ökade möjligheter att undanröja de nämnda missnöjesanledningarna. Generellt kan man anta att kostnaderna kan minska om individer får större möjligheter att själva välja utförare också av de tjänster som helt finansieras med kommunala medel. Inom äldreomsorgen har man under senare år kunnat se ett ökat utnyttjande av privata entreprenörer. Deras tjänster upphandlas emellertid än så länge huvudsakligen av kommuner. Andelen personer som erhåller hjälp i enskild regi har på detta sätt under 1990-talet grovt sett fördubblats såväl vad avser hemtjänst som särskilt boende. Andelen uppgick 1999 till 6 procent i hemtjänsten och till knappt 10 procent i det särskilda boendet. Hittills har dock valfriheten för de enskilda brukarna påverkats bara i mycket begränsad utsträckning. Så kallade kundvalssystem där den enskilde ges möjlighet att välja utförare förekommer än så länge bara inom hemtjänsten och i endast omkring två procent av landets kommuner (Socialstyrelsen 2000).

Underlaget är alltför litet för att än så länge kunna dra några bestämda slutsatser om hur mycket ökad konkurrens och ökad valfrihet för brukarna påverkar kvalitets- och kostnadsutvecklingen. Erfarenheter från andra områden talar emellertid för att konkurrens och valfrihet bidrar till ökad effektivitet, både ökad tillfredsställelse hos kunderna/brukarna och lägre kostnader. De hittillsvarande er-

farenheterna från äldreomsorgen motsäger inte dessa bredare erfarenheter (Kommunförbundet 1999 c). Det kan i sammanhanget nämnas att i den studie av kommunala variationer från Kommunförbundet som tidigare har refererats finns Danderyd med. Danderyd bedriver stora delar av sin vård och omsorg i egen regi. Kostnaden per person i särskilt boende ligger i Danderyd på en mellannivå jämfört med övriga kommuner i studien medan kostnaden i ordinärt boende är lägre. Det kan ses som en effekt av den medvetna granskning av verksamheten som sker bland annat vid konkurrensutsättning och upphandling (Kommunförbundet 1999 b).

Behovet av tjänster utifrån styrs inte bara av den egna funktionsförmågan utan också av tillgången på hjälp från *anhöriga och närstående*. Ibland uttrycks tanken att anhöriginsatserna skall komplettera de insatser som görs av kommunerna. I praktiken är det dock den samhälleliga hjälpen som är ett komplement. Den informella äldreomsorgen som utförs av anhöriga och närstående är dubbelt så stor som den som ges av samhället (Socialstyrelsen 1999). Andelen anhöriginsatser tycks snarast ha ökat i takt med att hemtjänsten under 1990-talet har minskat för många (Socialstyrelsen 2000). Anhöriga är i sammanhanget framförallt äkta makar. Betydelsen av det stöd en make innebär visades i tabell 5 (sid 26–27) där det framgick att de kommunala kostnaderna är väsentligt högre för ensamstående än för samboende med samma grad av ohälsa. Under de senaste tjugo åren har andelen ensamstående äldre minskat. Om den trenden står sig kommer fler framöver att kunna få hjälp av anhöriga och därmed bli mindre beroende av kommunala insatser. Samtidigt höjs ibland ett varnande finger för att alltför stor belastning på närstående kan gå ut över deras egen hälsa och välbefin-

lande (Kommunförbundet 1999 a). Det stöd de kan få, till exempel genom avlastning, är alltså av stor betydelse.

Ytterligare en möjlighet att komplettera insatser från anhöriga och det offentliga är genom *frivilligarbete* av olika slag. Försöksverksamhet har förekommit i Sverige under många år men i regel inte infriat förväntningarna. Inom ramen för ett stort statligt initierat forskningsprojekt som genomfördes under 1980-talet bedrevs också försöksverksamhet med äldre i frivilligarbete. Syftet var bland annat att skapa nya och förstärka redan existerande sociala nätverk och att erbjuda intresserade pensionärer nya, viktiga och meningsfulla uppgifter. Man hyste också förhoppningar att såsom en sekundär effekt av insatserna behovet av sjukvård och hemtjänst skulle kunna minska.

Försöket blev misslyckat. Det var svårt att hitta intresserade pensionärer. De som trots allt ställde upp gjorde det i första hand för att hjälpa någon vän, bekant eller förening som bett om deras medverkan. Intresset för att få meningsfull sysselsättning eller för att vara andra äldre till hjälp kom hos många i andra hand. De som deltog hade inte alls brist på meningsfull sysselsättning utan visste snarare inte hur de skulle få tiden att räcka till. Utgångspunkterna för projektet var att de äldres sociala nätverk generellt är dåligt och behöver förbättras och att pensionärer lider brist på meningsfulla aktiviteter. De för projektet ansvariga kom i sin utvärdering fram till att dessa utgångspunkter var felaktiga (Odén et al 1993).

Engelska forskare har konstaterat att även i ett land som Storbritannien med den stora tradition av frivilligarbete som finns där är möjligheten för vårdbehövande äldre att få hjälp av en frivilligorganisation förvånansvärt liten (Batljan och Lagergren 2000).

Trots dessa förhållandevis negativa erfarenheter skall det inte uteslutas att frivilligstödet kan komma att utvecklas i framtiden. Det förefaller emellertid inte realistiskt att det i någon väsentlig omfattning kan komma att avlasta vare sig den offentliga vården eller anhöriga.

En faktor som naturligtvis innebär stor osäkerhet är den *sjukvårdsteknologiska* utvecklingen. Cirka två tredjedelar av dem som i dag bor i särskilt boende, och som därmed utgör en stor del av kommunernas kostnader, är demenssjuka (Kommunförbundet 1999 a) . Det innebär att en effektiv medicin mot demens skulle kunna få dramatiska effekter på äldrevården och dess kostnader. Mycket av dagens vårdinsatser skulle kunna skäras ned. I stället skulle komma kostnader för medicin och för många sannolikt omsorg i andra former. Hur kostnaderna sammantaget skulle påverkas är inte självklart men det mesta talar för att vården kan förbilligas med effektivare demensbehandling (Grip och Örtendahl 2000).

Grip och Örtendahl (2000) anser efter en genomgång av den sjukvårdsteknologiska utveckling som de kan se att denna bör kunna medverka till att det blir fler friska levnadsår i slutet av livet, men att den samtidigt kan komma att innebära fler perioder av måttlig och svår sjuklighet. De förutser att allt fler kommer att leva med skilda former av kontinuerliga behandlingar mot sjukdomstillstånd som hålls i schack med dyrbara läkemedel. Dessa individer kommer att uppleva sig som friska och samtidigt behöva omfattande insatser av sjukvården. Författarna förutser mot den bakgrunden fortsatt kraftiga uppjusteringar av sjukvårdskostnaderna och menar att en successivt bättre samordning av sjukvårdsorganisationen

kommer att krävas. Denna slutsats ligger i linje med vad HSU 2000 (1996) tidigare har kommit fram till.

Mot dessa antaganden kan ställas de stora skillnader i kostnader för äldreomsorgen mellan olika socioekonomiska grupper som tidigare har redovisats (tabell 5, sid 27). De kan ses som en indikation på potentialen för hälsoförbättringar i äldrebefolkningen (Batljan och Lagergren 2000).

Ännu en faktor som kan komma att påverka kostnadsutvecklingen är *personalkostnaderna*. I de flesta framtidsbedömningar antas att personalkostnaderna inom äldreomsorgen kommer att utvecklas som genomsnittet i samhället. Det skall dock inte uteslutas att bland annat rekryteringsproblemen framöver kan tvinga fram relativt större löneökningar inom denna sektor. Redan i dag har ett stort antal kommuner stora problem med rekryteringen av personal till äldreomsorgen. 80 procent av landets kommuner uppger våren 2000 att de har svårigheter med att rekrytera sjuksköterskor, 40 procent att locka undersköterskor och sjukvårdsbiträden till den kommunala vården (Socialstyrelsen 2000). SCB konstaterar i sina bedömningar av utvecklingen på arbetsmarknaden att dessa problem kan komma att förvärras framöver. Fram till år 2015 förutses över 100 000 personer med omvårdnadsutbildning försvinna samtidigt som tillskottet bara bedöms bli en tredjedel därav (SCB 1999).

För närvarande diskuteras dessutom en *arbetstidsförkortning*. Det är ännu oklart hur en sådan, om den skulle komma att genomföras, skulle komma att utformas och vilken omfattning den skulle kunna få, men det är uppenbart att en generell arbetstidsförkortning till, säg, 30 timmar i veckan, skulle få betydande effekter på verksam-

heterna inom den kommunala sektorn, däribland äldreomsorgen. Den statliga långtidsutredningen har analyserat effekterna av en generell arbetstidsförkortning av detta slag. Den förutser att den offentliga konsumtionen i ett sådant scenario blir mer eller mindre oförändrad trots en kraftig ökning av antalet offentliganställda. Man antar att produktiviteten är oförändrad i offentlig sektor vilket innebär att produktionen kan hållas konstant endast om också antalet arbetstimmar är oförändrat. När medelarbetstiden sjunker måste de förlorade arbetstimmarna ersättas av nyanställda (LU 2000). Annorlunda uttryckt kan man alltså konstatera att vid en arbetstidsförkortning av denna omfattning blir möjligheterna att *bibehålla* volymen beroende av att än fler kan rekryteras till sektorn. Det kan naturligtvis inte uteslutas att detta skulle kunna underlättas av en arbetstidsförkortning men därom vet vi i dag föga. Om man vill *öka* volymen inom en verksamhet som äldreomsorgen blir man vid en arbetstidsförkortning än mer beroende än eljest av möjligheterna att öka produktiviteten. Om man i stället antar oförändrad produktivitet och standard skulle en sextimmarsdag teoretiskt sett höja skattekvoten, det vill säga skatterna som andel av BNP, med 8–10 procentenheter, vilket förefaller helt orealistiskt (Batljan och Lagergren 2000).

Som framgått av denna diskussion – som naturligtvis inte kan göra anspråk på att vara uttömmande – finns det en rad olika faktorer som kan komma att påverka utvecklingen inom äldrevården. Vissa talar för att kostnaderna kan komma att öka mer, andra för att de kan komma att dämpas. En vanlig metod är att närmast dra till med en gissning att dessa faktorer kommer att ta ut varandra. Något egentligt underlag för att den gissningen skulle vara bättre än någon

annan finns knappast. Jag skall avstå från att försöka kvantifiera någon nettoeffekt av dessa faktorer, men min bedömning är att mycket sammantaget snarast talar för att problemen kan komma att bli mindre än vad många andra tror än att de blir större. Grunderna för den bedömningen är framförallt att jag tror att det finns anledning att vara optimistisk vad gäller hälsoutvecklingen bland äldre och att det inom en inte alltför avlägsen framtid kommer att finnas mediciner som kan dämpa effekterna av demenssjukdomar.

Jag skall nu övergå till att redovisa vissa kalkyler över kostnadsutvecklingen som bygger på bland annat de demografiska förändringar som prognostiseras av SCB och de tidigare redovisade antaganden när det gäller utvecklingen av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

VAD KOMMER FRAMTIDENS ÄLDREVÅRD ATT KOSTA?

Mot den bakgrund som här har tecknats inser var och en att frågan är nära nog omöjlig att besvara. Vissa funderingar kan ändå vara på sin plats.

Låt mig börja med pensionerna som ju står för en stor del de offentliga utgifterna för äldre. Det svenska pensionssystemet har nyligen reformerats. Det nya pensionssystemet är utformat så att det är mer följsamt till den samhällsekonomiska utvecklingen än det gamla. Med det nya systemet har ett potentiellt hot mot de offentliga finanserna avvärjts. En mindre gynnsam samhällsekonomisk utveckling kommer således inte att drabba de offentliga finanserna utan framtidens pensionärer direkt i form av lägre pensioner (LU 2000).

Mot den bakgrunden är det naturligt att intresset fokuseras på äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Om man antar att den utveckling av hälsoläget fortsätter som tidigare har redovisats för perioden 1975–1997 så kommer andelen med svår ohälsa i respektive åldersgrupp att minska. I tabell 7 redovisas andelen med svår ohälsa i olika åldersgrupper enligt ULF 1996/97 och andelen om den hittillsvarande utvecklingen håller i sig till år 2015 respektive 2030.

Tabell 7. Andelen i procent med svår ohälsa i åldrarna 65–84 år enligt ULF år 1996/97 samt år 2015 och 2030 om utvecklingen hittills fortsätter.

Åldersgrupp	1996/97	2015	2030
Män			
65-74 år	9,6	5,4	3,4
75-79 år	14,6	10,0	7,4
80-84 år	22,0	17,7	14,8
Kvinnor			
65-74 år	12,2	8,9	6,9
75-79 år	21,0	17,2	14,7
80-84 år	26,5	20,7	16,6

Källa: Batljan och Lagergren (2000), utdrag ur tabell 6.2

Det bör i sammanhanget noteras att Socialstyrelsen i en uppföljande studie år 2000 inte funnit någon markant förbättring i det upplevda hälsotillståndet hos de äldre jämfört med 1994. Samtidigt konstateras en svagt positiv utveckling, särskilt hos de allra äldsta, vid vissa praktiska tester av funktionsförmågan (Socialstyrelsen 2000).

Batljan och Lagergren (2000) har gjort vissa beräkningar av kostnaderna för framtidens äldreomsorg. Där har de antagit att behovet av arbetstimmar inom äldreomsorgen utvecklas proportionellt mot antalet personer med svåra ohälsoproblem. ULF-undersökningarna

täcker endast personer upp till 84 år. För gruppen 85–89 år har författarna antagit att hälsoförbättringen är hälften av vad den antas bli för gruppen 80–84 år och för gruppen över 90 år att ingen hälsoförbättring sker.

De har vidare i sina beräkningar utgått ifrån att hälso- och sjukvårdskostnaderna såsom tidigare har redovistas i hög grad koncentreras till de sista levnadsåren. Med dessa antaganden kommer kostnaderna för hälso- och sjukvården per person i respektive åldersgrupp att minska i framtiden, se tabell 8.

Tabell 8. Beräknad förändring av hälso- och sjukvårdskostnaderna per person i befolkningen, givet åldersgrupp och kön, beroende av minskad dödlighet, 2000–2030.

Åldersgrupp	1997		Procentuell förändring	
	Kronor per person		2000-2030	
	i befolkningen		Män	Kvinnor
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
-64 år	4 430	5 340	- 0,9	- 1,1
65-69 år	13 030	10 660	- 5,8	- 7,1
70-74 år	17 450	13 370	- 11,3	- 7,0
75-79 år	20 250	15 510	- 10,3	- 7,5
80-84 år	21 800	17 390	- 9,1	- 7,1
85-89 år	20 860	16 450	- 7,6	- 6,4
90- år	16 810	14 990	- 8,3	- 8,3

Källa: *Batljan och Lagergren (2000), utdrag ur tabell 4.8.*

Om man nu jämför de framskrivningar som här gjorts med de tidigare nämnda framskrivningarna som baseras på oförändrad konsumtion per person i respektive åldersgrupp (sid 33) blir skillnaderna betydande. Hälso- och sjukvårdkostnaderna bedöms i detta mer optimistiska perspektiv fram till år 2030 öka med cirka 12 procent snarare än 18 och äldreomsorgskostnaderna med drygt 20 procent snarare än närmare 60. Att de totala kostnaderna stiger trots att kostnaderna per person i respektive åldersgrupp beräknas minska beror förstås på att antalet personer ökar kraftigt. Det måste alltså framhållas att även med de, som det kan tyckas, optimistiska antaganden som görs av Batljan och Lagergren kommer de totala kostnaderna för äldrevården att öka, framförallt efter år 2010.

FRAMTIDENS ÄLDREVÅRD I ETT SAMHÄLLSEKONOMISKT PERSPEKTIV

Den här beskrivna utvecklingen av äldrevårdens kostnader måste naturligtvis sättas in i ett samhällsekonomiskt perspektiv. Problemet omfattning beror i högsta grad, som vi skall se, av den allmänna samhällsekonomiska utvecklingen.

Batljan och Lagergren (2000) liksom Olsson och Nordén (2000) har nyligen presenterat kalkyler av detta slag. Batljan och Lagergren har som framgått gjort specifika antaganden om utvecklingen av kostnaderna för äldrevården, medan Olsson och Nordén bygger på mer schablonmässiga antaganden i detta avseende.

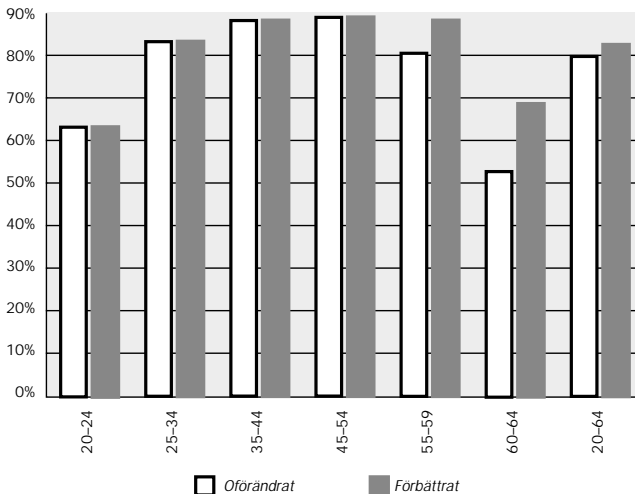
Batljan och Lagergren har redovisar fyra olika scenarier som skiljer sig med avseende på såväl kostnadsutveckling för äldrevården som den samhällsekonomiska utvecklingen i stort. I det första avseendet räknar man *dels* med en enkel framskrivning av kostnaderna (oförändrad konsumtion per person och åldersgrupp jämfört med i dag), *dels* en reviderad framskrivning enligt de antaganden som redovisats i det föregående avsnittet. Även när det gäller den samhällsekonomiska utvecklingen i stort har man ett par alternativa scenarier som främst skiljer sig med avseende på sysselsättningsutvecklingen.

Den sistnämnda punkten motiverar en utvikning. Tendensen

under 1980- och i synnerhet 1990-talet har varit att personer lämnat arbetsmarknaden allt tidigare. Den faktiska genomsnittliga pensioneringsåldern ligger i dag på cirka 58 år (Wetterberg 2000). Detta årtal påverkas emellertid starkt av förtidspensionsfrekvensen i låga åldrar. Om man i stället ser till genomsnittsåldern för utträde ur arbetskraften för personer som vid 47 års ålder fanns i arbetskraften ligger den kring 62 år. Även den har sjunkit under de senaste årtiondena om än inte lika dramatiskt (Olsson och Nordén 2000). Om man antar att sysselsättningsnivån per åldersgrupp ligger kvar på samma nivå som 1999 kommer antalet arbetade timmar att vara i stort sett oförändrat fram till omkring 2008 och där efter minska, särskilt efter år 2015 (Bucht et al 2000).

Batljan och Lagergren har i sitt optimistiska scenario antagit att sysselsättningen i gruppen 55–64 år för männens del ökar kraftigt och återgår till vad som gällde i början av 1980-talet och för kvinnornas del når upp till samma nivå. Mellan 55–59 år skulle det innebära ett arbetskraftsdeltagande på 87,8 procent (jämfört med 80,3 procent 1997) och mellan 60–64 år på 68,1 procent (jämfört med 52,5 procent 1997). I sitt mer pessimistiska scenario antar de att sysselsättningen i dessa grupper ligger kvar på 1997 års nivå. Grovt sett innebär det mer optimistiska alternativet att det är ungefär 300 000 fler i arbete från år 2015 och framåt än i det pessimistiska alternativet. Olsson och Nordén ligger i sina antaganden närmare Batljans och Lagergrens pessimistiska scenario. Eftersom man i de olika kalkylerna räknar med samma produktivitetsutveckling totalt sett i ekonomin leder Olssons och Nordéns antaganden också till en lägre ekonomisk tillväxt, cirka 1 procent per år efter 2010 mot 1,3 procent i Batljans och Lagergrens kalkyler.

Diagram 8. Arbetskraftsdeltagande i olika åldersgrupper enligt alternativen "Oförändrat (som 1997)" respektive "Förbättrat (återgång till situationen 1981 för åldersgrupperna 55–64 år)".



Källa: Batljan och Lagergren (2000), diagram 8.9.

Man kan fundera över om det är realistiskt att räkna med en ökad sysselsättning i åldersgruppen 55–64 år. Arbetskraftsdeltagandet i denna grupp är redan högt i Sverige jämfört med i andra länder. Många i gruppen uppger i dag att de gärna vill sluta tidigt och arbetsgivare arrangerar i många fall pensionsavgångar under dessa år. Ändå finns ett par starka skäl för att en ökning av arbetskrafts-

deltagandet skulle vara möjlig. Det ena har med efterfrågesidan att göra. När arbetskraften minskar blir det sannolikt mer intressant att tillvarata den arbetskraftsreserv som finns i denna åldersgrupp. Dessutom kommer de berörda personerna i framtiden att ha ett starkare individuellt skäl än hittills att fortsätta arbeta, nämligen att det bättrar på den pension som de får efter pensioneringen. Det kommer att innebära ett starkt incitament för många att arbeta längre (Wetterberg 2000).

Sysselsättningsantagandena i de Batljan/Lagergrens scenarier illustreras i diagram 8.

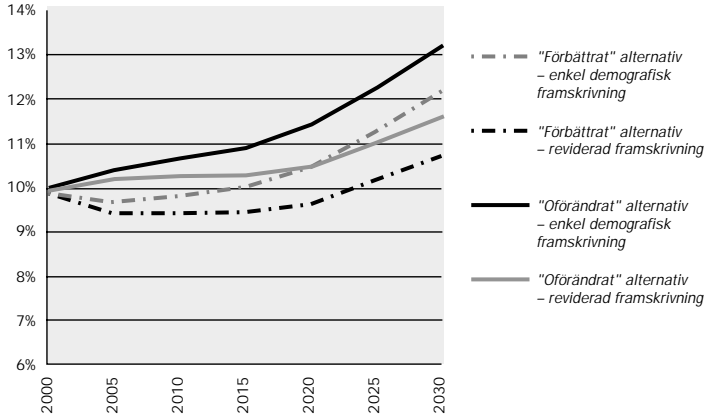
En skillnad i redovisningen i de bägge kalkylerna är att Batljan och Lagergren har utgått ifrån att den offentliga sektorns finansiella sparande från och med år 2015 skall vara noll. Det innebär att eventuellt ökade kostnader för bland annat äldrevården leder till krav på skattehöjningar. Olsson och Nordén har i stället antagit att skatteuttaget efter en viss sänkning i början av 2000-talet är oförändrat. Resultatet kommer i deras kalkyler i stället att påverka den offentliga finansiella sektorns ställning.

Batljan och Lagergren redovisar sina resultat för fyra scenarier:

- Hög sysselsättning – enkel framskrivning av värdkostnader
- Hög sysselsättning – reviderad framskrivning av värdkostnader
- Låg sysselsättning – enkel framskrivning av värdkostnader
- Låg sysselsättning – reviderad framskrivning av värdkostnader

I diagram 9 redovisas deras resultat i form av offentlig konsumtion av vård och omsorg som andel av BNP. I diagram 10 visas motsvarande för hela den offentliga konsumtionen. Skälet till att den

Diagram 9. Offentlig konsumtion av vård och omsorg som andel av BNP, löpande priser.

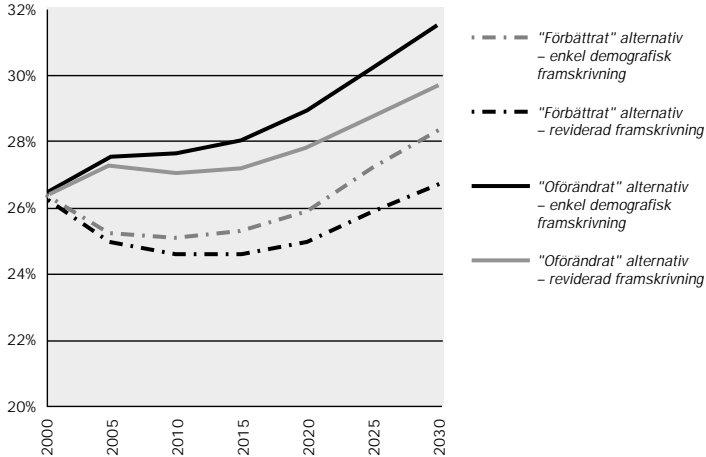


Källa: Batljan och Lagergren (2000), diagram 9.1.

andelen utvecklas långsammare är att vissa andra utgifter beräknas minska.

Av diagram 10 framgår att den offentliga konsumtionens andel av BNP blir lägre i alternativet med hög sysselsättning och en enkel framskrivning av värdkostnaderna än i alternativet med låg sysselsättning och reviderad framskrivning av värdkostnader. Det betyder att *antagandet om sysselsättningens utveckling har större betydelse för den offentliga konsumtionen som andel av BNP än sättet att bedöma de framtida värdkostnaderna*. Det beror på att BNP i alterna-

Diagram 10. Offentlig konsumtion som andel av BNP, löpande priser.



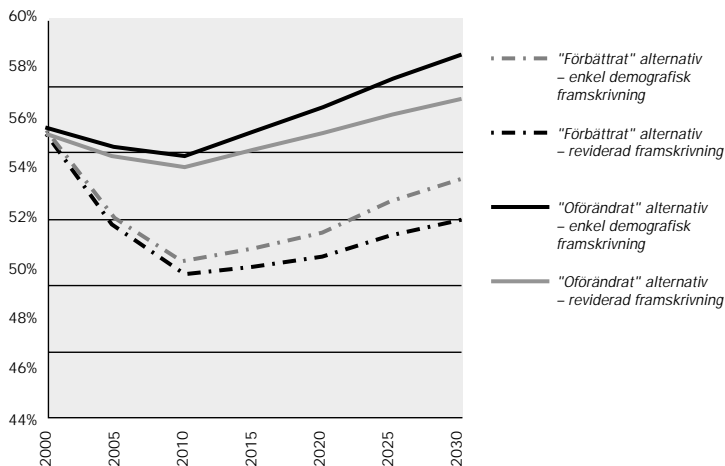
Källa: Batljan och Lagergren (2000), diagram 9.2.

tivet med hög sysselsättning blir 13 procent större år 2030 än i alternativet med låg sysselsättning.

Olikheterna i BNP-utveckling får också stor betydelse för möjligheterna att finansiera den offentliga verksamheten. Det framgår av diagram 11 där skattekvotens utveckling i de olika alternativen redovisas.

I Olssons och Nordéns kalkyler, som alltså närmast knyter an till Batljans och Lagergrens mest pessimistiska alternativ, och ett skatteuttag som efter en viss sänkning i början av 2000-talet ligger kvar på

Diagram 11. Skattekvotens utveckling 2000–2030.

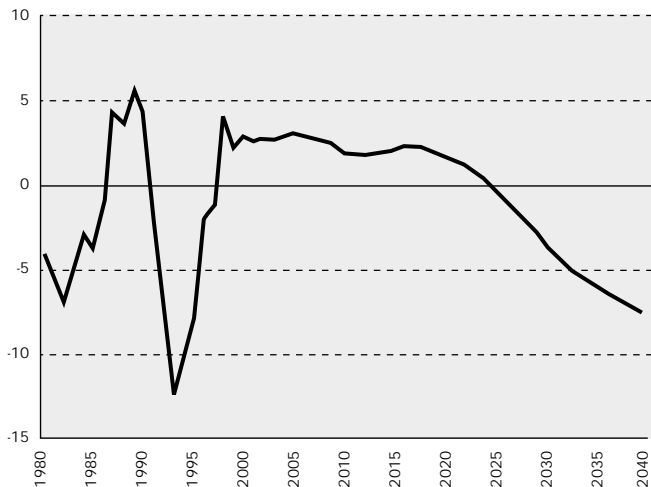


Källa: Batljan och Lagergren (2000), diagram 9.3.

oförändrad nivå, försvagas de offentliga finanserna kraftigt från omkring 2020 och visar från år 2025 underskott (se diagram 12).

Det finns starka skäl att ifrågasätta om de skatthöjningar som förutsätts i Batljans och Lagergrens pessimistiska alternativ är realistiska. Med ökad internationell konkurrens måste man räkna med tryck nedåt på de svenska skatterna (LU 2000). Men de offentliga finansiella underskott som Olssons och Nordén räknar med framstår inte som mer realistiska, till exempel mot bakgrund av de åtaganden Sverige har gjort inom ramen för EU. Om dessa scenarier skulle komma att förverkligas är det alltså mest sannolikt att det

Diagram 12. Finansiellt sparande i den offentliga sektorn 1980–2040. Procent av BNP, löpande priser.



Källa: Olsson och Nordén (2000), diagram 7.5.

kommer att framtvinga nedskärningar inom den offentliga sektorn, säkert också inom äldreården. *Kalkylerna visar alltså med all önskvärd tydlighet betydelsen av en god allmän ekonomisk utveckling och särskilt av en positiv sysselsättningsutveckling.*

Det måste understrykas att det är angeläget att tillväxten till stor del sker genom ökad sysselsättning. Teoretiskt skulle en lika hög tillväxt kunna åstadkommas genom en snabbare produktivitet-utveckling i näringslivet. Den skapar emellertid inte på samma sätt resurser för äldreården. Det beror på att man måste räkna med en långsammare produktivitet-utveckling i offentlig sektor och inom

äldrevården än i näringslivet. Om produktiviteten ökar i näringslivet måste man räkna med att det leder till ökade löner, både där och i den offentliga sektorn. I den senare resulterar det i kostnadsökningar som kommer att svälja de ökade skatteintäkterna. Däremot blir det inga resurser över för volymexpansion. Med ökad sysselsättning i privat sektor kommer däremot utrymme att finnas för att också expandera den offentliga sektorn. Grovt sett kan man säga att ytterligare tre anställda i privat sektor skapar utrymme för ytterligare en anställd i offentlig sektor utan att skatterna behöver höjas (Batljan och Lagergren 2000, Ackerby 1997).

KAN MAN FÖRSÄKRA SIG MOT EN DÅLIG UTVECKLING?

Många drar inför den här typen av resonemang en djup suck och frågar sig om det inte finns något sätt att gardera sig mot en osäker ekonomisk framtid.

En möjlighet som ofta framkastas i debatten är att skattefinansieringen av äldreården skulle kunna minskas i takt med att äldre får bättre ekonomi. Då skulle man höja avgifterna för äldreården eller kanske kunna tvinga äldre att sätta av en del resurser under sina goda år för att använda när vårdbehoven blir större.

Avgifterna inom äldreomsorgen har höjts under 1990-talet när kommunerna har varit pressade. Men de utgör fortfarande en liten del av kommunernas intäkter för äldreomsorgen. Inga exakta siffror finns men det rör sig om några procent, sannolikt i spannet två till tre procent (SOU 1999:33). Med dagens taxor och den utveckling som förutses av pensionsinkomsterna under de närmaste tio åren skulle avgifterna öka med någon procentenhet. Även om de på längre sikt kan antas utgöra en större andel än så är det osannolikt att de kommer att bidra på något avgörande sätt till finansieringen.

En växande kritik har också kommit att riktas mot kommunernas avgifter. I många fall tas så höga avgifter ut att pensionärerna

inte får behålla tillräckliga belopp för att klara sina personliga utgifter. Om kommunerna skulle respektera de krav, som redan i dag är fastställda i lag, på ett rimligt förbehållsbelopp skulle det innebära ett intäktsbortfall i storleksordningen 400 miljoner kronor. En annan kritik har tagit fasta på de ofta mycket höga marginaleffekterna som blir effekten av de inkomstprövade taxor som tillämpas i flertalet kommuner. En statlig utredning har föreslagit en maxtaxa i äldreomsorgen. Införandet av en sådan enligt förslaget skulle kosta cirka 140 miljoner kronor (SOU 1999:33).

Det är mot bakgrund av de synpunkter som här redovisats svårt att tro att en ökad avgiftsfinansiering, där brukarna betalar betydligt mer än i dag för utförda tjänster, kan komma att spela någon avgörande roll för att finansiera framtidens äldreomsorg. Visserligen kommer pensionärernas inkomster att öka men dessa kommer också att användas av pensionärerna för att leva livets goda dagar. De löpande inkomsterna kommer inte att räckta långt när de stora vårdbehoven sätter in och det ter sig inte särskilt realistiskt att pensionärer skulle "lägga på hög" bara för att ha pengar kvar om denna situation skulle inträffa. Med en fortsatt minskning av hemhjälp till mindre vårdbehövande pensionärer kommer också mer resurser ur de egna plånböckerna att sättas av för att köpa den typen av tjänster på den öppna marknaden.

Det kan finnas skäl, som tidigare antytts, att fundera på om köpet av sådana tjänster skulle kunna underlättas. En statlig utredning har varit inne på sådana tankar och de har också ventilerats i den politiska debatten. De förslag som hittills framkommit framstår tekniskt sett som mycket komplicerade (SOU 1997:17). Bland annat har föreslagits att bidrag skall begränsas till tjänster som

införs inom hemmets väggar (eller åtminstone den egna tomtens gränser). Det leder till rader av gränsdragningsproblem. Det framstår enligt min mening som rimligare att snarare än att införa selektiva subventioner riktade till pensionärer mer allmänt söka skapa gynnsammare villkor för detta slag av tjänster, till exempel genom att ta bort moms på dem.

Ett alternativ till avgifter som direkt betalning för tjänster, som har väckt ett stort intresse i såväl internationell som svensk debatt, är tanken på någon form av *äldre(vårds)försäkring*. Utgångspunkten är just att pensionärernas inkomster allmänt sett väntas utvecklas positivt samtidigt som det blir svårt att skattevägen finansiera växande behov inom äldreården.

Kommunförbundet (1999 a) har formulerat ett antal krav som man anser att ett långsiktigt hållbart system för finansiering av äldreården bör uppfylla:

- *Omfatta alla äldre människor i landet,*
- *Finansieras solidariskt, oberoende av risk att drabbas av sjukdom och funktionshinder,*
- *Tjänster skall fördelas efter behov,*
- *Finansieringssystemet måste bygga på konsensus mellan politiska partier och arbetsmarknadens parter,*
- *Systemet bör omfatta samtliga vård- och omsorgstjänster där egenfinansiering inte är möjlig,*
- *En strävan bör vara att beakta förändringar i demografisk struktur och ekonomisk bärkraft i olika åldersgrupper över tiden,*
- *Det skall främja god vård på lika villkor och kostnadseffektivitet.*

Det svårt att komma ifrån intrycket att Kommunförbundet ganska väl beskriver dagens svenska system. Frågan är om en äldreförsäkring skulle kunna tänkas uppfylla dessa krav och dessutom ha andra fördelar framför dagens skattefinansierade system.

I länder som Japan och Tyskland har, efter livliga debatter om hur den utmaning som äldreexplosionen innebär skall kunna mötas, olika typer av äldrevårdsförsäkringar införts.

Sådana tankar har alltså ventilerats också i den svenska debatten. Batljan och Lagergren (2000) gör en direkt hänvisning till de nämnda länderna och menar att deras modeller borde vara intressanta att studera också för oss i Sverige. Grip och Örtendahl (2000) förordar en äldreförsäkring för att bland annat kunna möta de väntade kostnadsökningarna under perioden 2015–2045. Kommunalarbetareförbundet har föreslagit en äldreförsäkring som skall ge ett högkostnadsskydd medan LO-ekonomen Ingemar Lindberg (1999) är inne på att en äldreförsäkring som skulle kunna säkerställa kvaliteten i äldrevården. Även Söderström et al (1999) förespråkar en äldrevårdsförsäkring av tysk modell men inte i första hand för att klara kostnadsökningar utan för att öka tydligheten i äldreomsorgens finansiering och för att uppnå en nationellt rättvis äldreomsorg.

Låt mig börja med att titta litet närmare på de tyska och japanska äldrevårdsförsäkringarna.

I Tyskland knyter den nya försäkringen, som infördes 1995, an till den sjukvårdsförsäkring som där finns sedan länge. Försäkringsgivare är samma företag som sedan tidigare erbjuder sjukvårdsförsäkring. Finansieringen sker enligt samma principer som i Tysklands övriga socialförsäkringar, det vill säga halva avgiften betalas av

den enskilde och halva av arbetsgivaren. Dessutom tas en avgift ut på pensionsinkomster. Försäkringsförmånen täcker i regel bara en del av kostnaden för omvårdnadsinsatserna (beskrivningen av den tyska försäkringen baseras på Evers 1998).

I Japan finns inte samma tradition med socialförsäkringar som i Tyskland. Likväl har man fastnat för en sådan lösning där. Den lär ha införts i år. Försäkringsgivare i Japan är kommunerna och finansieringen av försäkringen sker genom avgifter som betalas till lika delar av enskilda respektive staten genom skattefinansierade bidrag. Också här tas avgifter ut även på pensionsinkomster. Förmånstagaren förutsätts själv täcka tio procent av kostnaden och vid institutionsboende dessutom kostnaderna för maten (beskrivningen av den japanska försäkringen baseras på Yamasaki 1999 och Iguchi 2000).

Det som försäkringarna i Tyskland och Japan skall finansiera skiljer sig inte från vad som i Sverige betalas av kommunerna. Även hos oss får den enskilde själv stå för en del av kostnaderna, även om denna avgift här i regel prövas mot inkomsten och i genomsnitt som tidigare framgått är lägre, cirka 2–3 procent. Någon inkomstprövning av det slag som förekommer hos oss förefaller inte finnas i de andra länderna, men åtminstone i Tyskland kan den enskilde som inte klarar av att själva betala de kostnader som försäkringen inte täcker få socialbidrag. Finansieringen av försäkringarna sker genom avgifter som tas ut av alla löntagare eller skattebetalare. Det är alltså inte i första hand fråga om någon omfördelning inom pensionärskollektivet. Inget av systemen bygger heller på någon fondering av medel utan det är fråga om fördelningssystem där årets inkomster skall täcka årets utgifter. De avgifter som finansierar för-

säkringarna måste i allt väsentligt betecknas som skatter (Fölster 1998). Skillnaderna mellan dessa system och det svenska är i avgörande avseenden alltså inte särskilt stora.

Den fråga man för svensk del kan ställa sig är om det finns andra fördelar med en försäkringsfinansierad äldrevård framför en skattefinansierad och som skulle kunna tala för en sådan lösning hos oss.

I Sverige har det länge förts en intensiv diskussion om lämpligheten att *göra de svenska socialförsäkringarna mer lika vanliga försäkringar*, till exempel genom "rakare rör" mellan avgifter och förmåner. Det nya pensionssystemet är ett exempel på hur ett sådant arrangemang kan åstadkommas. Förslag har också framförts om liknande ordningar för till exempel sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna (se till exempel Scherman 1993, Björklund et al 1998). Att i en äldrevårdsförsäkring av tysk eller japansk modell skapa sådana raka rör som finns eller har föreslagits i dessa svenska socialförsäkringar är emellertid inte alldeles lätt.

Grip och Örtendahl (2000) förefaller dock vara inne på sådana tankar. De föreslår ett system där avgifter skall erläggas från 45 års ålder. En grundförsäkring skall vara obligatorisk men också kunna kombineras med en frivillig, skattesubventionerad del. En fondering skall ske där den enskilde försäkrade kan få återbäring vid god avkastning. Det framgår inte av deras förslag när de tänker sig att utbetalningar från försäkringen skall börja ske för att finansiera insatser inom äldrevården.

När man i Tyskland och Japan har fastnat för ett system som kallas äldrevårdsförsäkring tycks ett argument ha varit att det finns ett politiskt och kanske folkligt *motstånd mot höjningar av allmänna skatter*. Detta skulle lättare övervinnas genom en specialdestinerad

skatt eller en avgift till en försäkring. Sådana tankegångar finns också i den svenska debatten. Många upplever att det finns ett motsvarande motstånd mot generella skatthöjningar och att det kanske skulle vara lättare att få gehör för specialdestinerade skatter eller avgifter, riktade till speciella ändamål, som bättre sjukvård, skola eller äldreomsorg. Ytterst handlar det om ifall vi vill ha ett system med en rad specialdestinerade skatter. Det är svårt att tro att en sådan skulle kunna införas för äldreomsorgen utan att det skulle komma liknande propäer på andra områden. Till det skall läggas att optimismen om möjligheten att få gehör för specialdestinerade skatter ofta grundar sig på de positiva svar som ibland erhålls vid enkäter om skattebetalningsviljan för olika ändamål. Den grunden måste dock uppfattas som aningen svajig. Mycket talar för att den skulle bli mindre om man också frågade vad de svarande är beredda att själva avstå från för att betala den nya skatten (Molander 1999).

En idé som ibland framförts, bland annat av mig själv, är att en äldreförsäkring skulle *finansieras helt av de äldre*, det vill säga genom en avgift på pensionärens inkomster. Tanken har varit att även friska äldre på detta sätt skulle vara med och betala för dem som behöver vård. Problemet är en sådan avgift skulle behöva ligga på en orimligt hög nivå för att ge ett någorlunda stort bidrag till äldreomsorgen. De avgifter som erläggs inom äldreomsorgen i dag har uppskattats till 1,3 miljarder kronor. Om hänsyn tas till förbehållsbelopp och en maxtaxa införs av det slag som tidigare diskuterats skulle intäkterna nästan halveras. Ungefär var sjätte pensionär nås i dag av äldreomsorgens insatser. Om vi antar att de övriga i genomsnitt skulle betala hälften så stora avgifter som försäkringspremier skulle det ge knappt 2 miljarder kronor. Skulle de betala lika myck-

et per capita – vilket framstår som helt orealistiskt med hänsyn till att många av dem som får äldreomsorg bara har kvar förbehållsbeloppet (om ens det) – skulle man komma upp i drygt 3 miljarder kronor. Dessa belopp skall ställas i relation till äldreomsorgens totala kostnader om cirka 60 miljarder kronor.

Det är kalkyler av detta slag som fått de flesta som förespråkat en äldreförsäkring att föreslå att premierna skall betalas från en tidigare ålder. Grip och Örtendahl (2000) föreslår att gränsen skall vara 45 år, Söderström et al (1999) att den skall omfatta alla skattebetalare. Grip och Örtendahl antyder en månadspremie på 300–500 kronor, Söderström et al en avgift på 3–4 procent av lönen (som dock i deras förslag skall kompenseras genom att andra skatter sänks). Motiveringen för att börja vid till exempel 45 års ålder är att man räknar med att de flesta då inte längre har några barn att försörja och således har utrymme för att bära kostnaderna för en äldreförsäkring. Det måste emellertid konstateras att inte så få ännu har försörjningsplikt för barn ännu i denna ålder och att många yngre inte har det.

En annan tanke som då och då framförs är att *en äldreförsäkring* skulle vara *tryggare för de äldre än dagens skattefinansiering*. Det argumentet framskyntar hos Grip och Örtendahl (2000) även om de också presenterar det som ett slags avlastning för yngre generationer. Dessa skall slippa betala en del av de tunga äldrevårdskostnaderna. Tanken är *dels* att det skulle finnas pengar till äldrevården även om staten och kommunerna får ekonomiska problem, *dels* att pengar förvaltade av privata fonder i en sådan situation skulle vara bättre skyddade från politiska ingrepp och prioriteringar än offentliga medel.

Det måste enligt min mening ifrågasättas om detta resonemang är hållbart. En enskild person kan förvisso i viss mån skydda sig mot dåliga tider genom att spara pengar på lämpligt sätt. Men är det tänkbart att ett helt kollektiv som pensionärerna, som utgör en betydande andel av befolkningen, skulle kunna göra det? Jag tvivlar. Som Olsson och Nordén (2000) påpekar finns det *"realt och globalt sett aldrig några andra inkomster att fördela i samhället än de inkomster som de samtida förvärvsarbete tjänar... Det finns ingen annan produktion att konsumera än den som produceras. Det hjälper inte hur mycket pengar och annan finansiell förmögenhet som finns... Invånarna i ekonomin kan, genom att exempelvis spara på en bank eller i fonderade pensionssystem, visserligen tillförsäkra sig en konsumtion på ålderdomen, men detta sker likafullt genom att de framtida förvärvsarbete avstår av den produktion som dessa i sin tur åstadkommer."*

Som de också framhåller finns möjligheten för en liten öppen ekonomi som den svenska att investera överskottet utomlands och senare använda det för att betala varor och tjänster som importerats. Problemet när man ser till äldrevården är att till stor del handlar om en tjänsteproduktion som måste ske inom Sverige, av arbetskraft som finns här. Finansiella tillgångar kommer inte att vara någon garanti för att den efterfrågade äldrevården finns den dag den behövs.

Det är dessutom svårt att tänka sig en situation där landet skulle befinna sig i svårigheter men de äldre genom försäkringar skulle kunna komma undan dessa. Jag tror att det i varje samhälle finns en gräns för hur långt man går i ojämlikhet mellan generationerna. Bli bördan för de aktiva alltför tung kommer även pensionärers tillgångar att ses som ett viktigt skatteunderlag för att täcka gemensamma utgifter. Ett historiskt exempel på ett sådant ingrepp var den

särskilda avkastningsskatt som på 1980-talet togs ut på de privata pensionsfonderna.

Den offentliga ekonomin kommer av allt att döma att utvecklas positivt under de kommande fem–tio åren. Detta utrymme kan användas på olika sätt. I den politiska debatten föreslås såväl stora skattesänkningar som förnyad offentlig expansion. Risken är att sådana reformer måste återtas när tiderna efter denna period kan bli kärvare. En annan möjlighet skulle vara att utnyttja de goda åren för att *betala av på statskulden och därmed minska räntekostnaderna*. Ett ytterligare skäl för detta kan vara att räntorna riskerar öka när försörjningsbördan växer (Bucht et al 2000). En minskad statskuld och minskade räntekostnader skulle kunna bidra till öka statens handlingsmöjligheter när de stora utmaningarna kommer. Det finns i dag ett uttalat mål att statsbudgeten över konjunkturcykeln skall ge ett genomsnittligt överskott på 2 procent av BNP. Den här nämnda strategin skulle innebära att det målet höjdes (LU 2000).

När man i till exempel Japan har valt en försäkringsfinansierad vård framför en skattefinansierad förefaller ett huvudargument ha varit att den skulle innebära en *ökad valfrihet* för den enskilde förmanstagaren. Tydligt uppfattar man att en skattefinansierad vård i större utsträckning måste vara inkomstprövad och kanske styrd i andra avseenden. Det må vara en japansk tradition, men det följer naturligtvis inte av den tekniska lösning man väljer. Även med skattefinansiering är en stor valfrihet för förmanstagaren fullt möjligt, som visas av till exempel den svenska assistansersättningen till svårt funktionshindrade och systemet med skolpeng. Inom svensk äldreomsorg förekommer också, om än som tidigare påpekats i blygsam omfattning, kundvalssystem.

Argumentet att en äldreförsäkring skulle kunna bidra till ökad valfrihet för den enskilde har emellertid framförts också i den svenska debatten, till exempel av Söderström et al (1999). De menar att en äldreförsäkring skulle kunna helt ersätta dagens kommunala äldreomsorg. Till fördelarna hör att marginaleffekterna i dagens avgiftssystem skulle kunna reduceras (vilket förutsätter att utbetalningarna från försäkringen sker helt oberoende av mottagarens ekonomi) och att det skulle skapas en nationellt rättvis äldreomsorg.

Det tycks alltså som om Söderström et al, i likhet med japanerna, anser att det är lättare att inom ramen för en äldreförsäkring undvika den inkomstprövning som finns i dagens skattefinansierade system. Även det får väl sägas mer vara en politisk bedömning än en teknisk. Som tidigare har framhållits finns det förslag i Sverige om att även inom ramen för det skattefinansierade systemet begränsa behovsprövning och marginaleffekter genom att till exempel införa en maxtaxa inom äldreomsorgen (SOU 1999:33).

Det andra argumentet från Söderström et al är att det skulle skapa *ett nationellt rättvist system*. Äldre, oavsett var de bor, skulle få lika mycket ersättning i förhållande till sina behov och själva kunna välja hur de vill använda anvisade medel. Det är en intressant tanke, som dock mycket väl skulle kunna genomföras också i ett skattefinansierat system. En invändning skulle kunna tänkas vara att kostnaderna för att producera äldrevårdens tjänster varierar inom landet och att därför ett bidrag måste differentieras, på så sätt som i dag sker i det statliga skatteutjämningsystemet. De uppgifter som tidigare redovisats av kostnadsvariationer mellan kommuner i landet, oavsett geografiskt läge eller storlek, indikerar emellertid att andra faktorer väger tyngre och att det inte skulle finnas starkare

skäl än när det gäller vilka varor och tjänster som helst att ha regional differentiering.

Vad som är svårt att komma ifrån är att *prövningen av de individuella behoven* kan leda till olika slutsatser på olika håll. Tilldelningen av medel kan knappast ske från en nationell instans utan måste delegeras till kommunala nämnder, försäkringskassor eller enskilda försäkringsbolag. Även i de tyska och japanska systemen sker en sådan individuell prövning av läkare eller andra expertpaneler. De skiljer sig inte från det svenska systemet. Intressant är att man i Japan gör en första bedömning på grundval av en mycket omfattande enkät som den enskilde, eller en anhörig, får fylla i. Den bearbetas i dator och jämförs därvid med uppgifter som samlats in från ett mycket stort statistiskt urval. En första bedömning av vårdbehov görs alltså maskinellt. Därefter avgör en expertpanel på kommunal nivå om denna bedömning är acceptabel eller om den behöver justeras. Även ett sådant system skulle kunna vara ett sätt att uppnå större likhet över landet. Det kan i sammanhanget noteras att det i svenska kommuner sker en utveckling mot ökad professionalisering av bedömningarna av vårdbehov genom att man i ökande utsträckning skiljer mellan bedömningen av vårdbehov och utförandet av tjänsterna. Det tycks bland annat ha lett till mer enhetliga bedömningar (Socialstyrelsen 2000).

Söderström et al (1999) och Grip och Örtendahl (2000) har framfört tanken att premien till äldreförsäkringen skulle kunna fonderas. Om det leder till en viss avkastning kan denna motivera sänkta premier i framtiden eller ge den enskilde viss återbäring. Fonderade system bygger på att ett inslag av sparande för framtiden, det vill säga att mer pengar betalas in än vad som i dag behövs

för att täcka systemets utgifter. För de försäkrade blir det fråga om ett slags dubbel betalning, *dels* för dagens äldreomsorg, *dels* för sin egen framtida äldreomsorg. Som antyds i förslaget från Söderström et al kan kompromisser tänkas där en del av premien fonderas, på samma sätt som i det nya pensionssystemet.

Min slutsats är att en äldreförsäkring knappast skulle bidra till att lösa några av de problem vi kan se framför oss. Avgifterna för att finansiera en sådan blir med nödvändighet lika skatter. Andra mål som en försäkringslösning i vissa sammanhang ansett kunna medverka till att nå, såsom valfrihet för äldre, icke inkomstberoende avgifter eller nationell rättvisa, kan väl uppnås också inom ramen för en skattefinansierad äldreomsorg.

SLUTSATSER

Som jag antydde redan inledningsvis är mina slutsatser inte entydiga och inte slutgiltiga. Jag presenterar dem som ett inlägg i en debatt i vilken jag avser fortsätta delta och med öppenhet för att revidera dem inför nya kunskaper och argument. Här följer dock mina preliminära slutsatser av den genomgång som har gjorts.

- Befolkningen kommer att åldras kraftigt efter omkring år 2010. Det kan mycket väl bli ännu fler äldre än vad som förutses i de aktuella befolkningsprognoserna från SCB. Samtidigt minskar antalet i förvärvsaktiv ålder. Vi står inför en utmaning av inte tidigare skadat slag. En viss tröst i sammanhanget är att vi inte är ensamma om den. I själva verket är den långt större i många andra länder.
- Den samhällsekonomiska utvecklingen i stort och i synnerhet sysselsättningsutvecklingen blir av avgörande betydelse för våra möjligheter att upprätthålla en god standard för morgondagens äldre. Av största vikt blir att mobilisera den potentiella arbetskraft som finns inom landet. Trenden mot allt tidigare avgångar från arbetslivet måste stoppas och vändas. Det nya pensionssystemet som ger starka ekonomiska incitament för individer att arbeta längre kan bidra till att göra en sådan utveckling möjlig. Men man kan också behöva ägna ökad uppmärksamhet åt arbetslivets villkor för att undvika att människor slits ut i förtid.

- Stora ansträngningar måste också göras för att öka invandrarnas möjligheter att försörja sig på den svenska arbetsmarknaden. Målet redan på kort sikt, säg fram till år 2010, måste vara att invandrarnas sysselsättning är i nivå med etniska svenskar. En god ekonomisk utveckling underlättar en sådan integration – när efterfrågan på arbetskraft är stor finns det plats även för invandrare. Men det finns också starka skäl att förbättra svenskundervisningen och att på andra sätt underlätta invandrarnas yrkeskarriär i samhället.
- Om man vill att det skall finnas resurser för äldreården i framtiden finns det inte utrymme för någon arbetstidsförkortning ned till 30 timmar per vecka såsom har diskuterats i den politiska debatten. En sådan skulle innebära försämrade möjligheter att skattefinansiera olika välfärdstjänster och också ökade svårigheter att möta personalbehoven inom exempelvis äldreården.
- De ekonomiska utsikterna för de närmaste fem–tio åren ser tämligen ljusa ut. De offentliga finanserna förutses ge betydande överskott. Målet är för närvarande att överskottet skall vara i genomsnitt 2 procent per år under en konjunkturcykel. Olika strategier diskuteras för hur ett överskott därutöver skall användas, till exempel till skattesänkningar och/eller förnyad offentlig expansion. Ett alternativ eller komplement borde vara att höja överskottsmalet för att snabbare betala av på statskulden och därmed minska framtidens räntebörda och skapa större handlingsfrihet när tiderna blir svårare.

- Några möjligheter att genom någon form av äldreförsäkring garantera en god äldrevård oavsett den samhällsekonomiska utvecklingen finns knappast. Bli den samhällsekonomiska utvecklingen sämre än vad som är önskvärt kommer det att drabba också de äldre i form av försämrad vård och omsorg.
- Däremot förefaller det finnas vissa möjligheter att genom olika åtgärder minska trycket på äldrevården. Äldres hälsoutveckling är av stor betydelse för hjälpbehovet. Genom förebyggande insatser kan hälsan sannolikt förbättras. Skillnaderna mellan socio-ekonomiska grupper visar på en betydande potential. Den kampanj på temat "Sätt Sverige i rörelse" som bland annat syftar till att komma åt de ökande problemen med övervikt är ett exempel på vad som kan göras.
- Kommunernas insatser kommer av allt att döma att fortsätta koncentreras till de mest hjälpbehövande. Det är då angeläget att andra äldre får möjlighet att genom privata inköp tillgodose sina behov av service. Med stigande inkomster kommer dessa möjligheter successivt att öka. Men efterfrågan kan också stimuleras genom en förmånligare skattemässig behandling av så kallade hushållsnära tjänster. Det är angeläget att marknaden får sådana stimuleras också genom att fler kommuner ger de äldre som får kommunal hemtjänst möjligheter att själva välja utförare.

- Erfarenheterna från kommunerna visar att äldreomsorgen kan utformas på många olika sätt. Ingenting tyder på att det finns något enkelt samband mellan kostnader och kvalitet. Mycket talar för att det går att hitta lösningar som ger både bättre kvalitet och lägre kostnader. De upphandlingar som har skett i konkurrens indikerar detta. Ökad konkurrens kan alltså bidra till att utveckla äldrevärden. Det är också sannolikt att äldrevärden framstår som mer attraktivt för personal om det finns flera arbetsgivare att välja mellan. Men det är viktigt att alternativ inom äldreboendet inte bara blir alternativ vid kommunal upphandling utan att de äldre också får ökade möjligheter att själva välja särskilt boende. I de fall de själva har svårt att göra valet bör anhöriga eller en god man kunna ge dem stöd i deras val.
- Det framstår som angeläget att genomföra en maxtaxa inom äldreomsorgen av det slag som framlagts i en statlig utredning. Långsiktigt bör en sådan kunna ha positiva effekter på det privata pensionssparandet genom att risken minskar att det egna sparandet försvinner i höga avgifter. Det finns anledning att både på detta och på andra sätt uppmuntra privat pensionssparande.
- För att på längre sikt skapa en god balans i befolkningen är det angeläget att öka fruktsamheten så att den i vart fall når upp till den nivå som SCB har räknat med i sina prognoser. Sannolikt spelar den allmänna ekonomiska utvecklingen även här en viktig roll. Därutöver framstår det som angeläget att inte urholka stödet till barnfamiljerna och att upprätthålla standarden i till exempel barnomsorgen.

REFERENSER

Stefan Ackerby (1997), *Framtidens välfärdspolitik* i Kommunerna, välfärden och demokratin, Svenska Kommunförbundet

Lars Anell m fl (2000), *Renovera Sverige – agenda för en ny tid*, SACO (kommande)

Ilija Batljan och Märten Lagergren, *Kommer det att finnas en hjälpande hand? – en analys av framtida behov och kostnader för vården och omsorgen om de äldre 2000-2030*, bilaga 8 till LU 1999/2000

Anders Björklund, Per Gunnar Edebalk, Rolf Ohlsson, Lars Söderström (1998), *Välfärdspolitik i kristid – håller arbetslinjen?*, SNS

Charlotte Bucht, Jessica Bylund, Jonas Norlin (2000), *En åldrande befolkning – konsekvenser för svensk ekonomi*, bilaga 9 till LU 1999/2000

Jan Ekberg och Mikael Ohlson (2000), *Flyktingars arbetsmarknad är inte alltid nattsvart*, Ekonomisk Debatt nr 5 2000

Klas Eklund (1993), *Vår ekonomi. En introduktion till samhällsökonomin*, Tiden

Adalbert Evers (1998), *The New Long-Term Care Insurance Program in Germany*, Journal of Aging & Social Policy, vol 10(1)

Åsa Forssell, Magnus Medelberg och Ann-Charlotte Ståhlberg (2000), *Olika transfereringssystem men lika inkomster. De äldres situation i ett internationellt perspektiv*, Ekonomisk Debatt nr 2 2000

Stefan Fölster (1998), *Kommuner Kan! Kanske! – om kommunal välfärd i framtiden*, Ds 1998:15

Gunvall Grip (1999), *Pensioner och pensionsvatal i ett globalt perspektiv i Välfärd, politik och ekonomi i en ny värld*, AER-rapport 5

Gunvall Grip och Claes Örtendahl (2000), *Lovar och försäkrar... De äldres välfärd i en balanserad samhällsekonomi*, Sveriges Försäkringsförbund

Britta Hoem (2000), *Utan jobb – inga barn? Fruktansamhetsutvecklingen under 1990-talet*, i SOU 2000:37, Välfärdens förutsättningar. Arbetsmarknad, demografi och segregation.

Naoki Iguchi (2000), *Establishment of Long-Term Care Insurance Scheme in Japan* (stencil från japanska ambassaden)

Kommunförbundet (1999 a), *Vår framtid, Äldres vård och omsorg inför 2000-talet*, slutrapport

Kommunförbundet (1999 b), *Äldreomsorg i jämförelse*

Kommunförbundet (1999 c), *Konkurrens för fortsatt välfärd? – om förekomst, omfattning, effekter och erfarenheter av konkurrensutsättning och alternativa driftformer*

Ingemar Lindberg (1999), *Välfärdens idéer – globaliseringen, elitismen och välfärdsstatens framtid*, Atlas

Thomas Lindh och Bo Malmberg (2000), *40-talisternas uttåg – en ESO-rapport om 2000-talets demografiska förändringar*, Ds 2000:13

Per Molander (1999), *En effektivare välfärdspolitik*, SNS

Birgitta Odén, Alvar Svanborg, Lars Tornstam (1993), *Att åldras i Sverige*, Natur och Kultur

Hans Olsson och Carl J Nordén (2000), *Befolkningsutvecklingen och den framtida välfärden, De demografiska förändringarnas inverkan på de offentliga utgifterna och deras finansiering*, KI, RFV

SCB (1999 a), *Trender och prognoser '98, Befolkningen, Utbildningen, Arbetsmarknaden med sikte på år 2015*

SCB (1999 b), *Från folkbrist till en åldrande befolkning – glimtar ur en unik befolkningsstatistik under 250 år. Fakta inför 2000-talet*

KG Scherman (1993), *En ny socialförsäkring*, RFV

Socialstyrelsen (1998), *Äldreuppsdraget. Årsrapport 1998*, Socialstyrelsen följer och utvärderar 1998:9

Socialstyrelsen (1999), *Socialtjänsten i Sverige, Behov-Insatser-Utveckling*

Socialstyrelsen (2000), *Äldreuppdraget. Slutrapport*, Socialstyrelsen följer och utvärderar 2000:4

SOU 1996:163, *Behov och resurser i vården – en analys*

SOU 1997:17, *Skatter, tjänster och sysselsättning*

SOU 1999:33, *Bo tryggt – Betala rätt*

SOU 2000:7, *Långtidsutredningen 1999/2000 (LU 2000)*

Lars Söderström, Anders Björklund, Per Gunnar Edebalk, Agneta Kruse (1999), *Från dagis till servicehus. Vårddspolitik i livets olika skeden*, SNS

Gunnar Wetterberg (2000), *Vad varje femtioåring bör veta om framtiden*, Pensionsforum

World Bank (1994), *Averting the Old Age Crisis; Policies to protect the old and promote growth*

Shiro Yamasaki (1999), *The Challenge of the Aging Japanese Society, stencil*

Pensionsforum är en nybildad ideell förening som bland annat har till uppgift att följa det nya pensionssystemets konsekvenser för individer och samhälle, hur det svenska pensionssystemet förhåller sig till andra länders system, hur arbetsmarknaden kan förbättras för äldre samt hur den framtida äldrevården skall finansieras och organiseras.

Styrelsen består av **Kjell-Olof Feldt** ordförande, **Tommy Möller**, statsvetare, docent, **Magnus Henrekson**, nationalekonom, docent, **Joakim Palme**, sociolog, docent, **Gullan Lindblad**, fd riksdagsledamot. Verkställande direktör är **Ann Lindgren** med bakgrund som journalist.

Bakom föreningen står försäkringsbolagen KPA, Livia (Merita Nordbanken), Länsförsäkringar Liv, Skandia, SEB Trygg Liv, SparFond/SparLiv (FöreningsSparbanken) och SPP.



P e n s i o n s f o r u m

103 29 Stockholm

Besöksadress: Blasieholmsgatan 4A

Tel: 08-762 78 48 • Fax: 08-762 78 47

E-post: ann.lindgren@pensionsforum.nu

Den svenska befolkningen är redan en av de äldsta i världen och pensioner och äldreomsorg svarar för en betydande andel av de offentliga utgifterna. Under de kommande decennierna kommer befolkningen att åldras ytterligare, både genom att antalet äldre blir fler och att antalet i förvärsaktiv ålder minskar. Kommer vi mot den bakgrunden att ha råd med någon äldrevård när de många 40-talisterna blir gamla? Det är den fråga som Bengt Westerberg ställer och försöker belysa i denna skrift.

Bengt Westerberg var från 1983 till 1995 folkpartiledare och under åren 1991–1994 socialminister med ansvar för bland annat äldreomsorgen. I dag har han en rad styrelseuppdrag och är efterfrågad föreläsare inom bland annat välfärdspolitiska ämnen.

Hans slutsatser är i grunden optimistiska. Det går att klara äldrevården men bara under förutsättning att den ekonomiska politiken och i synnerhet sysselsättningspolitiken blir framgångsrik under kommande årtionden. Det finns inget sätt för hela den generation som i dag ännu är i förvärsaktiv ålder att gardera sig mot ekonomiska motgångar. Skulle det gå dåligt för Sverige kommer det också att gå ut över äldrevården.

Han menar också, efter att ha studerat tänkbara alternativ, att det knappast finns någon bättre modell för att klara äldreomsorgen än dagens svenska modell med ett betydande inslag av skattefinansiering. Men äldreomsorgen behöver utvecklas med ökade inslag av konkurrens och valfrihet. Äldre som inte får del av den kommunala äldreomsorgen måste också få större möjligheter att själva köpa den service de kan behöva.

