

Hur finansiera vård och om- sorg för äldre

DAN ANDERSSON

HUR FINANSIERA VÅRD OCH OMSORG FÖR ÄLDRE

Arena idé

Stockholm 2014

© Arena idé och Dan Andersson

Rapporten kan laddas ner från www.arenaide.se/rapporter



FÖRFATTARPPRESENTATION

Dan Andersson är tidigare chefekonom LO och är nu fristående utredare.

1. HUR FINANSIERA VÅRD OCH OMSORG FÖR ÄLDRE?	9
1.1 Trygghet och jämställdhet	9
1.2 Kontraktet mellan generationerna	7
1.3 Fler äldre – tre utmaningar	8
1.4 Äldre, anhöriga och personal	9
2. FÖRSÄKRINGSFINANSIERAD VÅRD OCH OMSORG FÖR ÄLDRE	11
2.1 Ideologisk diskussion om vård och omsorg	11
2.2 Varför inte privat sparande?	14
3. VARFÖR EN ENHETLIG SOCIALFÖRSÄKRING FÖR ÄLDRES VÅRD OCH OMSORG?	15
3.1 Allmänt om syfte med en socialförsäkring	15
3.2 Stora för- och nackdelar	15
3.3 Varför en obligatorisk äldreförsäkring?	17
3.4 Privat och kollektiv logik	19
4. INTERNATIONELLA EXEMPEL – ÄLDREOMSORGSFÖRSÄKRINGAR	21
4.1 Exemplet USA	21
4.2 Exemplet Tyskland	22
5. EN OBLIGATORISK SOCIALFÖRSÄKRING FÖR VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	25
5.1 Försäkringens omfattning	25
5.2 Premien för äldreomsorgsförsäkring	25
5.3 Sammanhållen försäkring för vård och omsorg	27
5.4 Finansiering och betalningsförmåga	28
5.5 Stabil	28
5.6 Samhällsekonomisk effektivitet	28
5.7 Bostadsbandet	29
5.8 Myndighet, kvalitet och professionalisering	30
5.7 Ökad tillit till tjänsterna	33
5.8 Specificerade rättigheter	35
5.9 Autonomi	35
5.10 Bokföring av förpliktelser	35
5.11 Buffertfond	36
5.12 Övergångslösning	37
6. KOSTNADER OCH FÖRSÄKRINGSMODELLEN	39
6.1 Kostnadsåterhållsamhet	39
6.2 Producera mer än vad som ”behövs”	41
7. ALTERNATIVET HÖGRE SKATTER	44
7.1 Måttlig skattehöjning finansierar fler äldre	44
7.2 Ökat stöd för skattefinansierade tjänster.	46

1. HUR FINANSIERA VÅRD OCH OMSORG FÖR ÄLDRE?

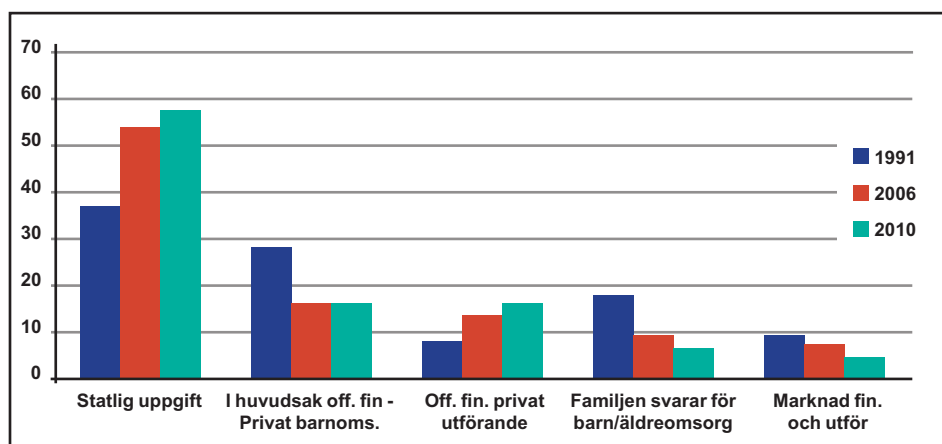
Syftet med denna studie är att redovisa argumenten för och emot en socialförsäkring för äldretjänster, som äldreomsorg i särskilt boende, hemtjänst samt viss sjukvård. De bärande elementen i en socialförsäkring redovisas, liksom några argument för alternativet ökade skatter. Dessutom visas en alternativ väg att finansiera temporära ökade kostnader som följer med 40-talistpuckeln.

1.1 Trygghet och jämställdhet

Konflikten och diskussionen om hur äldreomsorg ska finansieras och organiseras i framtiden handlar om äldres självständighet och om jämställdhet. Det är till övervägande del kvinnor som får dyr omsorg, det är anhöriga kvinnor som drar tyngsta lasset när omsorgen inte fungerar och det är nästan bara kvinnor som arbetar i omsorgen.

Mellan åren 1990 och 2010 förändras medborgarnas inställning till välfärdssystemen. Den huvudsakliga förändringen är påtagligt ökat stöd för ”statlig” finansiering och offentligt utförande, det är en ökning med 20,5 procentenheter. Den andel som föredrar detta är år 2010 57,5 procent. Samtidigt stiger dock stödet för offentlig finansiering men med privat utförande med 8,5 procentenheter. Den andelen är 18,5 procent år 2010. Det balanseras av minskat stöd, 4,5 procentenheter, för en renodlad marknadslösning, med både privat finansiering och utförande.^[1]

DIAGRAM 1
PREFERENSER FÖR VÄLFÄRDSMODELLER 1991-2010



Källa: Edlund. J & Johansson. J. Is Sweden being torn apart? Privatization an old and new patterns of welfare state support. Social policy & Administration Vol. 47. No 5. 2013.

Stödet för att familjen ska ansvara för barn och äldreomsorg minskar, från en låg nivå, med 11,2 procentenheter. Därtill har också stödet minskat för

¹ Edlund. J & Johansson. J. Is Sweden being torn apart? Privatization an old and new patterns of Welfare state support. Social policy & Administration Vol. 47. No 5. 2013

allmänt offentligfinansierade verksamheter, men med privat finansiering av barnomsorg.

Sammantaget har familjemodellen lite stöd i Sverige. Samtidigt som den vuxna befolkningen vill att samhället ska ta ett större ansvar både för finansiering och för utförande blir det mer privata inslag i utförandet och ökade krav på de anhöriga.

Mer än i något annat land uttrycker befolkningen behovet av självständighet (det kallas självuttrycksvärderingar).^[2] Behovet av självständighet är inte egoism utan kombineras, enligt statsvetare och sociologer, med en stark känsla för det allmänna och att den är öppen och oegennyttig.^{[3][4]} Behovet av självständighet kommer också i uttryck i krav på jämställdhet. Men politiken utvecklas inte i riktning mot ökad självständighet för individer, tvärtom ökar äldres beroende av sina vuxna barn.

Vård och omsorgen om äldre är inte heller en fråga på marginalen för väljarna. Under de senaste valen är välfärd/sjukvård den fråga som flest väljare anger som viktig. Samtidigt kommer pensioner/äldreomsorg på tredje eller fjärde plats.^[5] Äldreomsorg handlar inte bara om de äldre utan om vuxna individers självständighet. Hälften av befolkningen i EU-länderna anser att de äldre är för beroende av sina anhöriga. Trots större andel av BNP som går till äldres omsorg är det 70 procent i Sverige som anser att de äldres beroende av de yngre är för starkt. I Danmark och Norge är motsvarande tal kring 50 procent.^[6] Missnöjet med osjälvständigheten är således väsentligt större hos svenskar än i mer familjeorienterade samhällen i Europa.

Med minskat stöd för familjemodellen och kraftigt ökat stöd för ”offentlig omsorg” borde man förvänta sig att omsorgen byggs ut. I stället minskar resurserna samtidigt som det mellan åren 1993 till 2012 blir fler äldre.^[7] Det resulterar i en stor brist på resurser. Cirka 300 000 äldre har hemtjänst eller särskilt boende. Den andelen borde år 2012 vara en fjärdedel till en tredjedel större. Det visas i en tidigare publicerad rapport; *Strävan efter ett liv i självständighet – en översikt av tillståndet i äldreomsorgen i Sverige*. Bristen på resurser motsvarar uppemot en procent av BNP. Skälet till bristen på resurser för omsorgen är att staten prioriterar skattsänkningar och mycket snabb amortering av statsskulden framför äldreomsorg. Betydande bidrag till bättre statsfinanser mobiliseras genom sämre omsorg för äldre, mer insatser från anhöriga och sämre villkor för anställda.

2 Inglehart, R.F. Changing Values among Western Publics from 1970 to 2006. *West European Politics*, Vol. 31 2008.

3 Welzel, C. How Selfish Are Self-Expression Values? A Civicness Test. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2009.

4 Jacobsson, K och Sandstedt, E. Medborgerligt medvetande och social sammanhållning. Ur *Känslan för det allmänna. Medborgarnas relation till staten och varandra*. Red. Jacobsson K. red. Boréa. 2010.

5 Ättapartivalet. 2010. Allmännavalen. Valundersökningen. SCB. 2011.

6 <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL17No2-3/Eurohealthprocent20V17n2-3.pdf>

7 Välfärdstjänsternas utveckling 1980-2012- ökande resurser och växande behov. Sveriges Kommuner och Landsting 2012.

1.2 Kontraktet mellan generationerna

Vi får allt fler äldre och med allt fler äldre utmanas det samhälleliga kontraktet mellan generationerna. En minskande andel yngre ska finansiera en ökande andel äldres vård och omsorg. Om kvaliteten i vården och omsorgen inte uppfattas som tillräckligt bra, riskeras viljan att betala för den, inte minst hos yngre.

En socialförsäkring kan lösa tre olika uppgifter. Den första är att omfördela konsumtionen över livet för en person. Det ger individer trygghet redan vid insikten om att det kommer att finnas resurser senare i livet. För det andra att bryta kopplingen mellan hur individen vid varje tidpunkt lyckas på marknaden och de tjänster individen behöver i livets olika skeden. För det tredje en ekonomiskt snål metod att administrera dessa två uppgifter så att inte stor grupp saknar inkomster, vård eller omsorg när det behövs.

Individer sparar för att utjämna sin konsumtion över livet, visade Franco Modigliani, nobelpristagare i ekonomi. Individer förutser de inkomster de kommer att ha i framtiden.^[8] Med inkomster menas här också den offentliga service de förväntar sig få när de bildar familj, blir sjuka eller blir gamla. Att betala skatt till sin egen konsumtion av välfärdstjänster i framtiden kan därför ses som ett sparande. Hur mycket individer samtidigt sparar privat beror på styrkan i de offentliga sociala systemen och inte minst tilliten till välfärdsarrangemangen. Sämre välfärd och sänkta skatter behöver således individen kompensera genom att spara mer privat för framtida behov eller genom att köpa försäkringar. Den som planerar långsiktigt kan inte använda skattesänkningar för konsumtion.

En socialförsäkring som tillfredställer individens eget behov av resurser i framtiden för eventuellt sjukvård ger en hög betalningsvilja hos individen. Hög betalningsvilja för välfärdstjänster förutsätter således att en individ främst omfördelar sin egen konsumtion över livscykeln och bara till en viss del fördelar resurser till andra. Om det huvudsakligen är andras konsumtion som finansieras så sjunker helt logiskt viljan att betala. För då behöver individen pengarna för eget sparande för konsumtion i framtiden. Observera att här beskrivs förväntad konsumtion, det är inget mål att behöva vård eller omsorg. Många kommer att leva länge utan att ha konsumerat särskilt mycket offentliga tjänster.

Livscykelns uppgift är att bevara ekonomiska värden över tiden. Här är två exempel på ”system” som bevarar ekonomiska värden över tiden:

Centrala funktioner för banksystemet är att förmedla betalningar och bevara värden. De pengar som sparas på banken finns inte där fysiskt utan nästan hela beloppet är utlånat. Men banken måste ha reserver så att spararna tror att de kan återbetala de insatta medlen. Tror inte spararna på bankens förmåga startar en ”run” mot banken. Redan innan det sker tar staten över banken för att skydda spararna och behålla tilltron i samhället till banksystemet.



Många kommer att leva länge utan att ha konsumerat särskilt mycket offentliga tjänster.

8 The collected papers of Franco Modigliani. The MIT Press. Cirkambridge Massashuset. 2005.

Det andra exemplet är att löntagarna har sina avtalspensioner i ömsesidiga försäkringsbolag. Ömsesidiga bolag är en juridisk konstruktion där det inte finns något ägarkapital utan det är främst regler för säkerheter och förtroendet för att regler följs som är garantier för att pengarna finns den dagen löntagarna går i pension. Ofta bevaras ekonomiska värden i sex till sju decennier efter att insättningar har börjat. Här ersätter regelverket, med statens tillsyn, ett grundkapital.



I ett offentligt välfärdssystem, liksom i en privat bilförsäkring, är det vid utbetalningstillfället också andra som betalar när den försäkrade behöver vården eller ersättning för den stulna bilen.

Kontraktet som styr relationer mellan olika generationer i välfärdsystemen, innehåller ingredienser från båda exemplen ovan. Likheten med banken till exempel är att staten inte kan ha stora och skenande underskott och samtidigt behålla trovärdigheten i att infria utfästelser om vård och omsorg i system för livscykelnsparande. Brister tilltron uppstår också en ”run” men i detta genom lägre vilja att betala skatter eller avgifter för välfärdsystemen. Likheten med försäkringsbolaget är de långa tidsperioder som värden bevaras.

I ett offentligt välfärdssystem, liksom i en privat bilförsäkring, är det vid utbetalningstillfället också andra som betalar när den försäkrade behöver vården eller ersättning för den stulna bilen. Det finansieras av dem som inte behöver vård eller inte fått bilen stulen. Det är bara möjligt om de övriga försäkrade tror att de skulle få samma ”förmånliga” villkor. Tekniken i system som bevarar värden över tiden är att utfästelserna reserveras i bokföringen. Vid det tillfälle då kostnaden uppstår kan det vara en annan försäkrad eller generation som står för huvuddelen av finansieringen.

1.3 Fler äldre – tre utmaningar

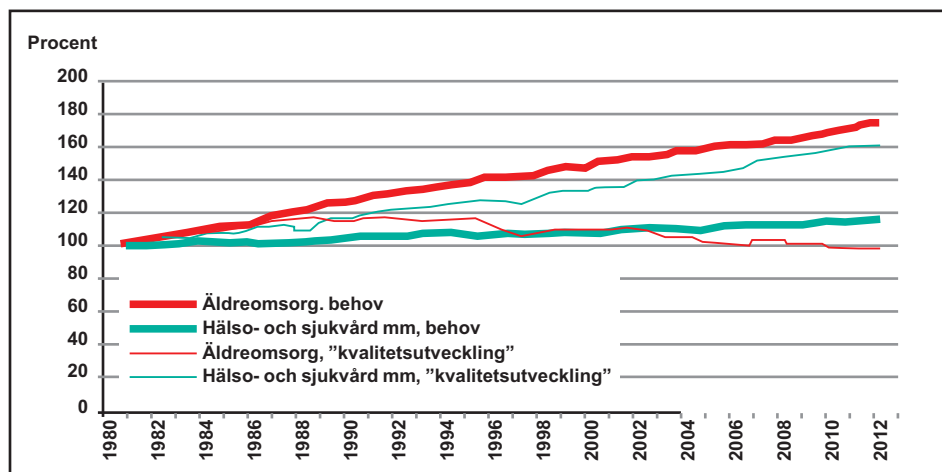
Livslängden ökar och befolkningen innehåller allt fler äldre. Förändring innebär tre olika problem eller uppgifter som kan få olika lösningar. Den första utmaningen är att medikertekniken bidrar till ökad livslängd och att efterfrågan på medicinska insatser stiger. För att konsumera mer vård behövs högre skatt, högre premier i en försäkring eller ökad privat konsumtion.

Den andra utmaningen är fler äldre i samhället som ett resultat av ekonomiska och sociala framsteg. En socialförsäkring för vård och omsorg om äldre kan vara en lösning för att utnyttja betalningsviljan i befolkningen för att nå goda levnadsvillkor för äldre. Den tredje utmaningen följer av att fruktsamheten i den svenska befolkningen steg krigsåret 1943 då sannolikheten för fred ökade. Under cirka sju år framöver blev årskullarna väsentligt större än senare. Vare sig skatt eller en socialförsäkring är helt självklara lösningar för en temporär uppgift som avklingar om cirka två decennier. Det är således tre relativt olika förlopp, en temporär ökning, en kontinuerligt ökad efterfrågan på medicinska insatser samt ett skifte mot högre nivå för omsorgen, vilket kan få olika lösningar.

1.4 Äldre, anhöriga och personal

Diagram två visar hur mycket utvecklingen av äldreomsorgen avviker från en näraliggande tjänst som sjukvård och hur avståndet mellan resurser och behov ökar. Att senare generationer varit friskare än tidigare generationer (det gäller främst männen) motiverar inte en minskning av omsorgens resurser. Det benämns här kvalitetsutveckling. Med det avses utvecklingen av resurserna för vården och omsorgen i förhållande till antalet personer i respektive åldersgrupp samt justerat för prisutvecklingen.^[9]

DIAGRAM 2
BEHOV OCH UTVECKLING AV VÅRD OCH OMSORG 1980-2012



Källa: Hur får vi råd med välfärden? Konjunkturrådets rapport 2014. SNS 2014.

Ökade resurser för vård i förhållande till omsorg kan tolkas som att hushållens efterfrågan på vård, men inte på äldreomsorg, stiger med ökade inkomster. Det kan också tolkas som att kvinnor, med behov av omsorg, har för lite makt i politiken. En tredje förklaring är att regelverket för statens finanser och statsbidragen missgynnar en tjänst som äldreomsorg därför att den har liten potential för ökad produktivitet samtidigt som antalet äldre äldre ökar. En fjärde förklaring är att kommunerna har flera kostnadskrävande uppgifter med röststarka företrädare som tränger undan omsorgen av de äldre.

Konflikten kring resurserna för äldreomsorgen handlar också om hur de anställdas löneutrymme påverkas. Löneutrymmet för kommunalt anställda eller finansierade, bestäms av ökningen av inkomsterna för privat anställda. Löneökningar för kommunalt anställda kräver därför inte ökade skatter av dem som har privata arbetsgivare. För om andelen kommunalt finansierade, i förhållande till privat anställda, är oförändrad kan deras lön öka med samma procenttal utan behov av ökad skatt.

Så är det normalt, men till följd av ökade utgifter för fler äldre och statsbidrag som inte tar hänsyn till detta, minskar löneutrymmet för personalen. Produktionen av äldreomsorg är därför inte så låg som diagram två visar utan hålls uppe genom att löneutrymmet för de anställda mins-

9 Valfärdstjänsternas utveckling 1980-2012- ökande resurser och växande behov. Sveriges Kommuner och Landsting 2012.

kar. Genom ändrade anställningsvillkor flyttas kostnader från köparen av arbete till dem som utför arbetet. Syftet är att bara betala arbetskraften för den direkt produktiva tiden med den äldre. Det leder till fler anställda på deltid, timanställda eller som jobbar delade turer.

Fackföreningar och lönenormerna på arbetsmarknaden är så starka att de förhindrar sänkt lön per timme, därför förändras istället arbetstidsmättet. När de olika anställningsformerna i omsorgen räknas om till heltid blir sysselsättningsgraden 79,4 procent bland undersköterskor och för vårdbiträden 62,6 procent. I manliga tekniska yrken i kommunen är den däremot 95-98 procent.^[10] Det innebär att personalen bidrar till att finansiera omsorgen och överskottet i statsbudgeten genom att kommunerna har möjlighet att försämma anställningsvillkoren. Resultatet för de anställda är lägre årsinkomster. ●

10 Personalstatistik. Sveriges Kommuner och Landsting. 2014.

2. FÖRSÄKRINGSFINANSIERAD VÅRD OCH OMSORG FÖR ÄLDRE

2.1 Ideologisk diskussion om vård och omsorg

Det förändrade landskapet för vården och omsorgen i Sverige har inte utvecklats av en slump, det speglar en ideologisk konflikt. Det speglar konflikten om hur mycket som ska vara offentligt respektive privat, vidare kritiken av effektiviteten i offentlig verksamhet samt uppfattningen att det finns ett tak för offentliga utgifter som redan är nått. Ett exempel är finansdepartementets långtidsutredning från år 2008. Utredningens slutsats är att skatten inte kan stiga och att privata lösningar är nödvändiga.^[11]

Ett tydligt alternativ med välfärd utan omfördelning mellan individer visades av ekonomen Stefan Fölster som år 1994 föreslog ett medborgarkonto som är individuellt och följer individen.^[12] Tankesmedjan Timbro visade år 2009 på individuella konton som lösning på välfärdsstatens problem. ”Hälsokonton ger varje medborgare med en godkänd försäkring rätt till skattefria inbetalningar på ett enskilt konto. Kapitalet kan användas för att finansiera självrisk, patientavgifter och vårdutgifter som inte täcks av försäkringen samt i vissa fall försäkringspremier. Saldot ackumuleras över tiden med skattefri ränta. Kontot är en personlig egendom, fullt portabelt och inte avhängig arbetssituationen.”^[13]

Välfärden står inför stora uppgifter men de kan inte lösas med att kommunalskatten ökar. Det skriver den så kallade Borgkommissionen 2010. Kommissionen bestod av representanter för olika politiska grupperingar. Den vill i stället öka effektiviteten i offentlig verksamhet samt antalet arbetade timmar. Huvudslutsatsen är att: ”Det offentliga åtagandet skall vara tydligt, förutsägbart och begripligt.”^[14]

Ett annat exempel på denna ström av idéer är begreppet egenmakt. Lars Trägårdh, professor i historia, som vill ha egenmakt och inte offentlig välfärd, menar att individen bara är suverän när den uppträder som kund och väljer på en marknad.^[15] Trägårdh argumenterar i en studie för att vårdsökande ska ha patienträttigheter och äga sina rättigheter.^[16] Trägårdh vill att individer ska kunna hävda sin rätt via lag men statsvetaren Sverker Gustavsson menar att det strider mot den nordiska minimalismen. Den innebär att författningen bara ska ge en ram för demokratin och som inte ska fyllas med innehåll som sedan måste tolkas av jurister.^[17] Medborgare ska hävda sina intressen via politiken och i val inte via förhandlingar i domstol menar Gustavsson.

Kopplingen mellan finansieringen av äldres vård och omsorg och den globala utvecklingen kan verka långsökt men de hör nära samman. Välfärdsstaten bygger huvudsakligen på omfördelning av resurser över livet för en individ och inte främst till andra. Det är förklaringen till den rela-

11 Långtidsutredningen 2008. SOU 2008:105.

12 Fölster, S. Socialförsäkring genom medborgarkonto: Vilka är argumenten? Ekonomisk debatt 1994:4.

13 Arfwedson, J & Idergard. Svensk sjukvård kan lära av USA. Brännpunkt Svenska Dagbladet. 2009. 09. 07.

14 Vi har råd med framtiden - Men då krävs en långsiktig sammanhållen politik för välfärdens finansiering. Arena Ide & Timbro. 2010

15 Trägårdh, L. Newsmill 2012. 03. 15.

16 <http://www.larstragardh.se/wp-content/uploads/Patientmakt.pdf>.

17 Gustavsson, S. Politisk och ekonomisk liberalism. s. 9–33 i Forskning över gränserna. Uppsala 2010.

tivt höga betalningsviljan. Den kräver att rättigheter för individer inom ett administrativt område hålls samman med dennes skyldigheter.

Det är skralt med förslag för att utveckla välfärdens tjänster: Under senare tid driver flera debattörer krav på en äldreförsäkring. Berit Rollén och Monika Olin Wikman driver via bloggar, artiklar och böcker krav på finansiering av äldreomsorgen genom en äldreomsorgsförsäkring. De skriver: ”Att få vara myndig innebär för oss att vi vill ha valfrihet att välja äldreboende där vi känner oss hemma. ... Att veta villkoren i förväg har varit viktiga principer inom socialförsäkringen, varför ska inte det gälla också våra sista år inom socialtjänsten?”^[18]

Anna Hedborg har i en uppsats redovisat en idé om en socialförsäkring för en del av omsorgen. Hedborg vill ha en ”obligatorisk statlig äldre-vårdsförsäkring” som ska ersätta ”den kommunalskatt som kommuner och landstings idag tar ut för heltidsomsorg och sjukvård i livets slutskede.” Det kan kombineras med hemtjänst som kan organiseras genom modifierade RUT-avdrag.^[19]

SNS konjunkturrapport föreslog våren 2015 en äldreomsorgsförsäkring med motiveringen att det redan prövats i Tyskland och för att det gör det möjligt att undvika skadliga skattehöjningar.^[20]

Bland akademiker är det numera en vanlig syn att alla individer i världen har grundläggande behov som ska ses som rättigheter. Sociologen Hartley Dean till exempel skriver att alla människor har sociala behov som de genom en förhandling med andra vill omvandla till rättigheter och som de vill få erkända och tillgodosedda.^[21] Sociologen Håkan Thörn talar om ett världssamhälle och med en kosmopolitisk demokrati som en möjlighet.^[22] Den kosmopolitiska idén strävar efter minskad centrala administrativ strukturen alltså staten och välkomnar försvagningen av bandet mellan territoriet och medborgaransvaret.^[23]

Den kosmopolitiska synen företräds också av filosofen Nancy Fraser som vill göra ett uppbrott från välfärdsstaten som hon menar begränsar individen: ”Rättviseargumentet hade ett intimt samband med den moderna territorialstaten genom att antas beröra relationer mellan landsmän...”.^[24] Radikala sociologer och filosofer ställer upp allas rätt till fri rörlighet i konflikt till medborgarnas sociala rättigheter i nationellt välfärdssystem och de menar att nationalstaterna är historiskt överspelade. Sociologen Craig Cirkalhoun däremot menar att liberal kosmopolitism, som här refereras, är revolutionär och uttrycker eliters privilegierade syn.^[25] Nationen, menar Craig Cirkalhoun, är den enda form vi hittills känner som kan skapa något så när jämlika villkor mellan individer och

18 <http://www.seniorbloggen.se/skribenter/sag-ifran-det-hander-for-lite-i-aldreomsorgen>.

19 Hedborg, A. Äldreomsorg vid livets slut. Ur; red Järliden Bergström & Hort, K. Från konkurrens till kvalitet. Vägen till ökad jämlikhet. Tiden Debatt. 2013.

20 Hur får vi råd med välfärden? Konjunkturrådets rapport 2014. SNS 2014.

21 Dean H. The translation of needs into rights: Reconceptualising social citizenship as a global phenomenon. International journal of Social Welfare 2013: 22:

22 Thörn, H Globaliseringens dimensioner. Nationalstat, världssamhälle, demokrati och sociala rörelser. Bokförlaget Atlas. 2004.

23 Benhabib, S. Jämlikhet och mångfald. Demokrati och medborgarskap i en global tidsålder. Bokförlaget Daidalos 2004.

24 Fraser, N Rättvisans mått. Teser om erkännande, omfördelning och representation i en global värld. Bokförlaget Atlas 2011.

25 Cirkalhoun, C. Belonging in the cosmopolitan imaginary. Ethnicities, Vol 3. 2003.

kan finansiera omfattande sociala projekt.^[26] Omfördelning över livscykel är ett sådant socialt projekt och det är inte äldre än omkring sex decennier.

Samtidigt med en ny ideologisk ram har regleringen av kommunala tjänster förändrats. Inom socialtjänstens område öppnades med Socialtjänstlagen år 1982 upp för icke-offentliga aktörer. Utrymmet ökade ytterligare med 1991 års kommunallag som gav kommunerna möjlighet att separera utförare och beställare i den kommunala organisationen, vidare att låta vinstdrivande företag producera tjänsterna. Lagen om valfrihetssystem (LOV) har gett möjlighet för kundvalsmodeller i omsorgen om äldre och funktionshindrade.^[27] Kommunernas köp av omsorg för äldre- och funktionshindrade har ökat från 12 procent år 1998 till 17 procent år 2012. Det är en stor spridning mellan kommuner och i vissa fall är merparten köpt omsorg.^[28]

En sårbarhet i välfärdssystemet är att kommunerna är små, extremt öppna ekonomier som inte själva kan påverka sitt skatteunderlag skriver ekonomen Lars Söderström.^[29] Kommunernas åtaganden är helt enkelt inte anpassade till en global värld. Kommunerna i Sverige kännetecknas av starkt lokalt självstyre vilket förutsätter hög egenfinansiering via egna skatter. I Sverige är således statens bidrag till kommunerna väsentligt lägre än i andra länder.^[30] Det gör kommunernas ekonomi känsliga för fler äldre och för globala rörliga skattebaser samt otydliga gränser för det kommunala ansvaret mot individer, eller med andra ord hur rättigheter och förpliktelser hålls samman inom ett administrativt område.

Kommunens och landstingets tjänster har en mycket stor betydelse för fördelningen av resurser mellan individer. För individer konsumerar främst ”ordinära” varor och tjänster men också offentliga tjänster. Sverige har starkt ökade skillnader i inkomster. Konflikten i samhället gäller både de monetära inkomsterna och välfärdstjänsterna. När en individs inkomst efter skatt och transfereringar jämförs med den inkomst individen har efter att den offentliga konsumtionen räknats in så stiger den med cirka 25 procent. En svensk över 74 år använde till exempel välfärdens tjänster till ett värde av i genomsnitt 114 400 kronor, medan motsvarande belopp för 55-64 åringar var 34 400 kronor. Det är i synnerhet ensamstående föräldrar och pensionärer som påtagligt ökar den totala konsumtionen genom välfärdstjänster.^[31] Det visar vilka som påverkas när det offentliga åtagandet minskar. Krisen i äldreomsorgen är alltså ingen tillfällighet därför att när de offentliga resurserna minskar med ungefär en tiondel, mätt som skatternas andel av BNP, påverkar det i proportion mer de som har



Kommunernas köp av omsorg för äldre- och funktionshindrade har ökat från 12 procent år 1998 till 17 procent år 2012.

26 Cirkalhoun.C. Nations Matter: Citizenship, Solidarity and the Cosmopolitan Dream. Routledge, 2007.

27 Bergmark. Å. bilaga 5. Det kan göras enklare. SOU 2012:33.

28 Offentlig Ekonomi. SCB 2014.

29 Likvärdiga förutsättningar. Översyn av den kommunala skatteutjämningen. SOU 2011:39.

30 Likvärdiga förutsättningar. Översyn av den kommunala skatteutjämningen. SOU 2011:39.

31 Nytt sätt att räkna inkomstfördelning ger nya perspektiv. Sveriges ekonomi - Statistiskt perspektiv 2/2012.

störst behov av tjänster. Ett exempel är att resurserna för äldreomsorgen i förhållande till behoven minskar med mellan en fjärdedel och en tredjedel mellan åren 1993 och 2012.

2.2 Varför inte privat sparande?

Konflikten om välfärdens finansiering rör något så grundläggande som vad individen själv kan förutse om hur det egna livet utvecklas. Borgkommissionen skriver år 2010 att ”En medelålders person kan således mycket väl planera sin ekonomi som pensionär.^[32] Det är samma tanke som finns bakom de konton som nyss berördes. Om det är sant behövs inga försäkringar eller välfärdsstat. Men det är inte sant. Livet kan nog i viktiga avseenden inte planeras.



Livet kan nog i viktiga avseenden inte planeras.

Vård och omsorg är tjänster som inte har en finansiering ur individens budget därför att behovet kommer när individen har som lägst inkomster och dessförinnan kan kostnaden inte överblickas. Här är ett exempel från ekonomen Nicholas Barr, specialiserad på socialförsäkringar:

Antag att i befolkningen kommer en av sex personer behöva äldreomsorg. Vidare att omsorgen kostar 300 000 kronor per år. Vidare att en person behöver omsorg i två år det vill säga 600 000 kronor i total kostnad.

Utan en försäkring måste en individ under 20 år spara 30 000 kronor om året (egenförsäkring) för att säkra tillgång till finansiella resurser. Individen måste utgå från risken att behöva dyr omsorg under två år till en kostnad på 600 00 kronor. Motivet för att spara hela beloppet är att individen inte känner till sannolikheten för att den verkligen behöver dyr omsorg.^[33]

Offentligt arrangerade kontolösningar eller egen finansiering har den stora svagheten att de kommer leda till antingen individer som sparar för mycket eller för lite och bara ibland lagom mycket. Det talar för att det är effektivare med någon form av försäkring där individen delar risken med andra, en riskgrupp. Det tar bort risken med sparandet storlek eftersom riskerna och behovet av sparande utjämnas inom gruppen av försäkrade.

32 Vi har råd med framtiden - Men då krävs en långsiktig sammanhållen politik för välfärdens finansiering. Arena Ide & Timbro. 2010

33 Barr, N Long term care: a suitable case for social insurance. LSE Reaserch online.2010.

3. VARFÖR EN ENHETLIG SOCIALFÖRSÄKRING FÖR ÄLDRES VÅRD OCH OMSORG?

3.1 Allmänt om syfte med en socialförsäkring

En socialförsäkring för vård och omsorg har som främsta syfte att, genom en stabil finansiering, skild från statens och kommunernas budget, försäkra individens möjlighet till konsumtion långt fram i tiden.

Uppgiften för en socialförsäkring är att jämna ut individens konsumtion över tiden samt att utjämna mellan grupper. En socialförsäkring kan beskrivas efter hur den finansieras, vilka den omfattar och hur den behandlar skillnader i risker mellan försäkrade. ”En pragmatisk definition av socialförsäkringar landar då på att de ofta är i offentlig regi, obligatoriska och mer enhetliga än vad som skulle ha varit fallet om de tillhandahållits via marknaden. Socialförsäkringarna finansieras i regel via en skatt eller obligatorisk avgift (arbetsgivaravgift/socialförsäkringsavgift).”

Nyckelordet för en socialförsäkring, skriver ekonomen Agneta Kruse, är att den är enhetlig. ”Med enhetlig menas att försäkringen inte är differentierad efter risk utan oavsett risk betalar alla samma premie. I stället debiteras premien/avgiften i relation till arbetsinkomsten. Det innebär en omfördelning från dem med låg risk till dem med hög risk.”^[34]

Effektiviteten i försäkringen kan mätas i hur mycket utjämning av konsumtion som sker över livet för en individ samt i hur stor andel av befolkningen som omfattas. Kostnaden för utjämningen är de resurser som behövs för att finansiera utjämningen. Inte minst viktigt är hur individers vilja till arbete påverkas. Men också om en försäkring och dess trygghet påverkar individers sjuklighet. En optimal socialförsäkring är en avvägning mellan dessa faktorer skriver ekonomen Jonathan Gruber i sin lärobok om offentliga finanser.^[35]

3.2 Stora för- och nackdelar

Det är inte så att en socialförsäkring för äldre skulle ha få fördelar och flera stora nackdelar eller tvärtom få nackdelar och flera stora fördelar. En socialförsäkring för äldretjänster har både stora fördelar och stora nackdelar.

En försäkring kan för det första ge en garanti för att individen verkligen får utlovad vård och omsorg och att denna inte som nu är starkt beroende av den för tillfället rådande politiska kulturen. För det andra kan det ge utrymme för att genom val på en marknad påverka inriktningen av kvaliteten och därtill också få finansiera tjänster som tillägg till utbudet från en socialförsäkring. Den tredje fördelen är att försäkringens förmåner kan göras portabla och fungera i en global värld där allt fler individer kommer att ha bott i mer än ett land under delar av sitt liv. Dessutom blir det vanligare att under delar av ett år vara bosatt eller arbeta i olika länder. Sett på 60 till 80 års sikt, så långt perspektiv är nödvändigt när

34 Kruse, A. Socialförsäkringar och globalisering. Underlagsrapport 32. Globaliseringsrådet 2009.

35 Gruber, J. Public finance and public policy. Fourth edition. Worth publishers. 2013.

det gäller vård och äldreomsorg, bör individens rättigheter vara portabla mellan länder. Men i gengäld behövs tydlig skyldighet att trygga finansieringen genom att betala premier och att finansiera rättigheterna oavsett var man bor. En fjärde fördel är att viljan att betala för offentliga utgifter kan öka med en försäkring som ger individer nytta genom trygghet inför framtiden.

Nackdelarna är tre och stora: Hur man viktat fördelar mot nackdelarna beror på individers politiska preferenser, värdering av risker eller information om verkligheten. En försäkring underlättar möjligheten att välja leverantör men den första svagheten är att konkurrens på ofullkomliga marknader driver fram ökade ersättningar till det arbete och kapital som används i produktionen. Det ökar därtill mängden pappersarbete för att verifiera hur tjänsterna utförs och för att kontrollera rimligheten i kostnaderna.

För det andra innebär en försäkring ett uppbrott från en ”kommunmodell” med självstyrelse. Välfärdssystemen baserades under efterkrigstiden på ett ”lokalsamhälle” samt på en arbetsmarknad med minskade skillnader mellan individers förmåga att betala skatt för de tjänster som konsumerades. Det innebär att omfördelningen av offentliga medel mellan individer inom kommunen/landstinget visserligen var betydande men trots allt ändå begränsad. Samtiden, med hög arbetslöshet och ökad spridning i inkomster, medför större skillnader mellan individers förmåga att finansiera sitt eget behov av sociala tjänster. Det kan öppna en arena för uppdelning av de försäkrade i olika riskgrupper. Uppbrottet från en kommunmodell kan leda till uppdelning i olika riskgrupper som till exempel i Tyskland vilket rapporten återkommer till.

Det tredje problemet är balansen mellan marknad och politik. Kommunens uppgifter är både politiska och administrativa. Att flytta kärnuppgifter från kommuner och landsting minskar demokratins verkningskrets. Det kan minska den lokala nivåns betydelse. En försäkring behöver kontroll av den vård- och omsorg som de försäkrade ska vara berättigade till det vill säga en grindvakt. I dag regleras tilldelningen av resurser av kommunal- och landstingspolitiken och dess administratörer. Via politiken sker också, idealt, en kontinuerlig prövning av villkoren och resurserna för vård och omsorg.

Här visas två krafter i en socialförsäkring för vård och omsorg som båda kan minska nyttan för den försäkrade: De som försäkras vill ha hög försäkringsstyrka. Med försäkringsstyrka avses hur stor del av de inbetalade premierna som återgår till de försäkrade i form av utbetalda förmåner. Hur mycket den försäkrade får ut beror på försäkringsgivarens kostnader. Detta gäller en genomsnittlig försäkrad. För en försäkrad som inte är en genomsnittsperson, till exempel genom att den betalar mer och eller har lägre risk finns det också en omfördelningsförlust till andra försäkrade. Sammanlagt påverkar det hur stor andel av premien som återgår till den försäkrades köp av tjänster

I en studie är forskarnas slutsats att en typisk försäkringstagare i USA som köper en försäkring för äldreomsorg bara får en ersättning på 68 cent per dollar. Det kan jämföras med en livförsäkring som tas vid 65 års ålder

och har en försäkringskostnad på 10-25 cent per dollar. Gruppförsäkring för sjukvård har en kostnad på 6-10 cent per dollar.^[36] Försäkringskostnaden är således högre för omsorgsförsäkringar än för andra.

Den andra faktorn är kostnaden för produktionen av de tjänster försäkringen ska finansiera. Idealt ska försäkringen ge hög försäkringsstyrka och utvecklingen av kostnaderna för de tjänsterna ska vara rimlig. Som visas senare är ökade kostnader ett stort problem för försäkringsfinansierad vård.

3.3 Varför en obligatorisk äldreförsäkring?

Det är två skäl till varför en socialförsäkring bör vara obligatorisk:

Först, om försäkringen är frivillig är risken uppenbar att individer som har en begränsad budget, eller är kortsiktiga, underskattar sitt framtida behov av vård och omsorg. Allmänheten är generellt solidarisk och accepterar inte att äldre far illa, därför kommer de att finansiera vård och omsorg även för dem som inte deltagit i försäkringen. Försäkringen måste därför vara obligatorisk för att motverka smitarbeteende och kompensera för individers kortsiktighet.

Det andra skälet är problemet med sned fördelning av risker i befolkningen. Försäkringsgivare vill inte ha en snedfördelad riskgrupp med många försäkrade med höga risker och därmed kostnader. En marknad för försäkringar utlöser processer, både mellan företag och mellan de försäkrade, för att undvika ”dåliga risker.”

Om hälsan är snedfördelad mellan två grupper vill försäkringsgivarna selektera för att undvika högriskpersoner. Stiger premien i högriskgruppen, eller kvaliteten sjunker på grund av kostnaderna, startar en negativ spiral. De som kan lämna högriskgruppen för att ansluta sig till lågriskgruppen. Det leder till att risken i den allmänna gruppen som genomsnitt ökar samtidigt som intäkterna sjunker. Det leder till icke avsedda effekter som underminerar betalningsviljan hos dem som finns i högriskgruppen.

En jämförelse mellan en offentlig och privat sjukvårdförsäkring i Tyskland under 00-talets mitt visar dessa problem. De som har kroniska sjukdomar liksom självrapporterad svag hälsa är dubbelt så ofta förekommande i den offentliga försäkringen som i den privata. De offentliga systemen domineras av äldre och de som har hög risk och låga inkomster vilket visas av att en större andel som har svårigheter att betala för läkemedel.^[37]



Om hälsan är snedfördelad mellan två grupper vill försäkringsgivarna selektera för att undvika högriskpersoner.

3.4 Privat och kollektiv logik

Argumentet med ett stort A för en socialförsäkring för äldres vård och omsorg är att den ökar betalningsviljan. Med hög betalningsvilja kommer försäkringens finansiering mer likna en avgift än en skatt och därmed

36 Brown, J & Finkelstein, A. Insuring long term care in the US. Working Paper 17451. 2011. <http://www.nber.org/papers/w17451>.

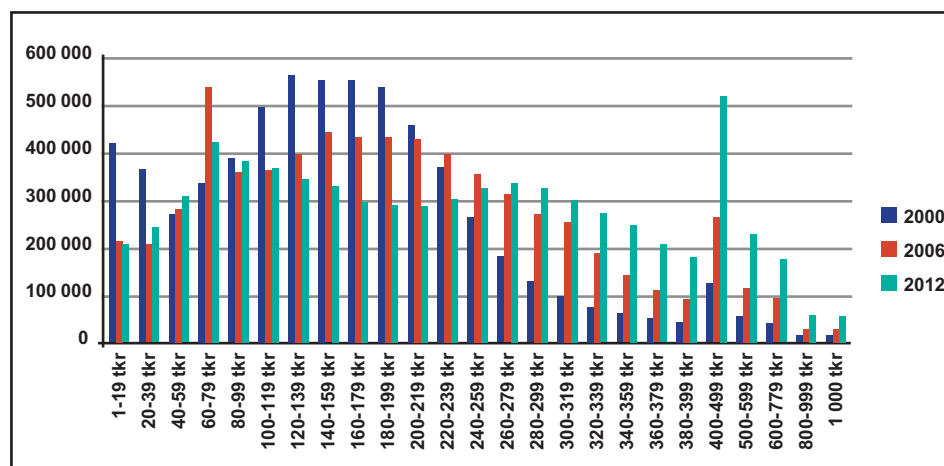
37 Thomson, S, Foubister, T & Mossialos, E Financing health care in the European union – challenge and policy response. European Observatory on health systems and politics. 2009

få mindre negativ effekt på viljan att arbeta. Med en hög skatt blir fritid billigt för den enskilde men kostsamt för samhället som förlorar arbetsinsatser och skatteunderlag. En försäkring där ”den förväntade summan av premieinbetalningar är lika med summan av förväntade utbetalningar” ger hög försäkringsstyrka och leder till hög betalningsvilja. Den är samhällsekonomiskt effektiv därför att den tillfredsställer individens behov av trygghet och ger en garanti för tillgänglighet till önskad konsumtion av vård och omsorg.

Ju mer summan av de förväntade inbetalningarna av premier motsvarar de förväntade utbetalningarna desto större är viljan att betala premier. Uttryckt på ett annat vis: ”Med en aktuariemässig utformning menas att summa av förväntade premieinbetalningar är lika med summan av förväntade utbetalningar.” Det innebär att om premier till 100 procent matchar utbetalningar omfördelar försäkringen inte resurser till andra.

I en generell försäkring kan en individ som styrs av sitt egenintresse ändå acceptera en betydande omfördelning till andra. Förutsättningen är att försäkringens årliga administrativa kostnader är så låga att även om individen förlorar på omfördelning finns vinster på en gemensam försäkring.

DIAGRAM 3 BESKATTNINGSBAR FÖRVÄRVSINKOMST (ANTAL PERSONER, MEDELVÄRDEN, MEDIAN OCH TOTALSUMMA) I RIKET EFTER KÖN, ÅLDER OCH INKOMSTSKATT. ÅR 2000-2012



Källa: Hushållens ekonomi, HEK. Inkomstfördelningsundersökningen. SCB 2014.

Fyra faktorer skapar således dynamiken i kostnaderna för en vård- och omsorgsförsäkring:

- Kostnaden för administration.
- Förändringen i skillnaden i betalningsförmågan mellan de försäkrade.
- Förändringen i spridningen i riskerna för de försäkrade.
- Utvecklingen av kostnaderna för de tjänster som försäkringen täcker.

Samtliga dessa fyra faktorer, kan om de utvecklas negativt, minska individens vilja att delta i en socialförsäkring. Alla fyra faktorer kan minska den

andel som återgår till den försäkrade mittindividen (medianen) och det kräver mer av altruistisk eller oegennyttig betalningsvilja för andras vård och omsorg.

En obligatorisk socialförsäkring har väsentligt lägre kostnad för administration och för att samla in premier (inga marknadsföringskostnader samt lägre kapitalkostnader.) Kapitalkostnaden för ett privat aktiebolag är två till tre gånger räntan för offentlig upplåning. I fallet med en tänkt socialförsäkring kan kostnaden för administration under 30 år vara 60 procent av ett års premie. Det kan jämföras med icke vinstdrivande företags kostnader på 120 procent, och vid ett vinstdrivande alternativ, 240 procent av ett års premie. Skillnaderna baseras på avgifter för olika former av förvaltning av pensioner i inkomstpensionssystemet.^[38] Notera att detta är kostnader för förvaltning som är ett resultat av en av staten styrd upphandling och att marknadspriserna ligger väsentligt högre.

Om de som ingår i en socialförsäkring har ungefär samma betalningsförmåga och därmed bidrar lika mycket, minskar behovet av omfördelning inom gruppen. I diagram tre visas att de beskattningsbara förvärvsinkomsterna år 2000 var mer samlade i mitten av fördelningen än vad de är år 2012. Den toppiga fördelningen ersätts av en något plattare med fler låga beskattningsbara inkomster och samtidigt fler med höga inkomster.

Under den korta perioden blir det fler individer där summan av förväntade premiebetalningar är mindre än summan av förväntade utbetalningar. Det kan beskrivas som positivt och att det sker mer av omfördelning, men det ökar samtidigt drivkrafterna till att dela upp befolkningen i låg- och högriskgrupper.

Ur försäkringsgivarens synvinkel bör de försäkrade helst ha ungefär samma risk för att behöva vård eller omsorg, vilket naturligtvis är helt orealistiskt. För åldrandets kostnader är inte jämnt fördelade i befolkningen. 15 procent av de äldre står för hälften av omsorgskostnaden enligt Socialdepartementet.^[39] SKL:s ekonomer hävdar att 60 procent av kostnadsökningen styrs av de med svår ohälsa.^[40] Kurvan som visar individernas risker ska idealt vara toppig med många försäkrade i mitten och inte flack och med många som har höga risker samtidigt som många andra är friska. En koncentration till mitten begränsar behovet av omfördelning inom kollektivet. Det är dessutom kostsamt för en sjuk- och omsorgsförsäkring om spridningen i hälsan i befolkningen ökar.

Utmaningen för en vård- och omsorgsförsäkring är att de som har svag ekonomisk förmåga samtidigt också har högre risk för ohälsa. En individs inkomst är en god indikator för individers risk för problem med hälsan. För män till exempel är inkomst en tre gånger så stark förklaring till skillnader mellan individers dödsrisk som utbildning.^[41] Det ska tilläggas att vi inte säkert vet om förändringar i fördelningen av inkomster förklarar förändringar i hälsa för individer i olika grupper eller hur lång tid detta i så fall tar.

38 Pensionsmyndigheten. 2014.

39 The future need of care. Socialdepartementet 2010.

40 Ekonomirapporten. Om kommunernas och landstingens ekonomi - April 2012. Sveriges kommuner och Landsting 2012.

41 Torssander. J & R Erikson. R. Marital partner and mortality: the effects of the social positions of both spouses. J Epidemiol Community Health 2009.



Starkt ökade skillnader i inkomster innebär stora svårigheter om ambitionen är att förändra välfärds-systemet.

En försäkring med både ökad spridning i betalningsförmåga och av individers risker kräver högre betalningsvilja hos medianinkomstagaren. Alternativt måste de som bidrar mindre än genomsnittet få en mindre kostsam vård och omsorg. Ett ojämlikt samhälle har en lösning på problemet, tyvärr, och det är att häva restriktionen jämlig vård och omsorg.

Starkt ökade skillnader i inkomster innebär stora svårigheter om ambitionen är att förändra välfärdssystemet. ●

4. INTERNATIONELLA EXEMPEL – ÄLDREOMSORGSFÖRSÄKRINGAR

4.1 Exemplet USA

USA skiljer sig från Europa genom något mindre utbyggda välfärdsystem och färre som är anslutna till en allmän sjukförsäkring. Under flera decennier har demokraterna försökt skapa en allmän sjukvårdsförsäkring som omfattar alla medborgare. Många som är väl etablerade på arbetsmarknaden har försäkringar som är finansierade av arbetsgivarna. Men inte alla är anställda hos arbetsgivare med försäkringar. Äldres vård ska täckas av en statlig försäkring, Medicare.

Bara fyra till fem procent av befolkningen i USA hade i slutet av 1990-talet en privat omsorgsförsäkring. USA avviker från andra rika länder genom en mycket ojämn inkomstfördelning och en samtidigt hög inkomstnivå. Därmed har de en förhållandevis stor grupp som har råd att köpa dyra försäkringar.^[42] En OECD-rapport frågade år 2011 om omsorgsförsäkring är ett stort tält eller en nisch och svaret de ger är att det är en nisch för dem med höga inkomster och förmögenheter?^[43]

Delstaterna i USA har utvecklat skatteavdrag för att gynna privata köp av omsorgsförsäkringar. Mellan 1996 och 2008 har 21 delstater infört skattesubventioner för omsorgsförsäkringar. Skattesubventioner har dock bara marginellt ökat andelen hushåll som köper privata omsorgsförsäkringar. I USA var år 2008 13,8 procent av befolkningen täckt av en äldreomsorgsförsäkring. I den övre femtedelen i fördelningen av inkomster var det 25,5 procent, men i de två nedre femtedelarna, var det bara kring fem procent som var täckta av en försäkring. Täckningsgraden var lika hög för båda könen men högre för gifta än ensamstående. I Obamas hälsoreform ingår därför stöd till försäkringar för äldreomsorg.

35-50 procent av dem som är 65 + i USA kommer att någon gång ha behövt en omsorgsinstitution under en del av sitt liv. Och av dessa behöver 10-20 procent omsorg i mer än fem år, det vill säga, relativt få kommer att använda mycket resurser. Omsorgskostnaderna i USA kan inte avgränsas från vårdkostnaderna. En tredjedel av Medicare, som täcker de äldres sjukvård, är i själva verket omsorgskostnader fast de främst ska täcka akuta sjukdomstillstånd.

De försäkringar som säljs har en självrisk på 30 eller 60 dagar, det vill säga då individen ur egen plånbok måste finansiera utgifterna. Försäkringarna har en varighet det vill säga en period då kostnaderna täcks, på mellan ett och åtta år. Men en fjärdel av försäkringarna har obegränsad tid för utbetalningar. De som behöver använda försäkringen ersätts med 142 dollar per dag men den genomsnittliga kostnaden för äldreomsorg var 200 dollar om dagen. Uppgifterna avser år 2005.

Premien för en 65-åring är inom intervallet (medianen) 2,800 dollar till 7,700 US dollar. Den ökar från 2,800 dollar vid 55 års ålder till 6 900 dollar vid 75 års ålder.^[44]

42 Barr. N Long term care: a suitable case for social insurance. LSE Research online. 2010.

43 Help Wanted? Providing and paying for long-term care. OECD 2011.

44 Brown. J & Finkelstein. A. Insuring long term care in the US. Working Paper 17451. 2011. <http://www.nber.org/papers/w17451>.

Erfarenheten från USA är att sjukvård är ett komplement till äldreomsorg och hur det påverkar hur omsorgen kan organiseras och finansieras. Uppgiften i USA är att öka täckningsgraden i försäkringen så att fler har resurser för äldreomsorg.

4.2 Exemplet Tyskland

År 1995 introducerades i Tyskland en socialförsäkring för att finansiera äldreomsorg. Den har sedan varit förebild för USA och Japan och en beskrivning av denna visar möjligheterna och problemen för en socialförsäkring för äldretjänster. Syftet var att möta den kraftiga ökningen av äldre med omsorgsbehov. Försäkringen finansierades från starten med en avgift på 0,85 procent på lönesumman från vardera parten på arbetsmarknaden. En underliggande tanke var att knyta an till Tysklands kulturella värderingar med socialt ansvar, att den var förenlig med existerande socialförsäkringar som hälsa, olycksfall och pensioner. De administrativa systemen kunde baseras på erfarenheter från redan existerande system. Försäkringen administreras av en ”styrelse” med inblandade intressen.^[45]

Försäkringen är utformad efter Tysklands sociala omständigheter, med hög andel familjer som ger omsorg till sina anhöriga till skillnad mot Sverige som har färre anhöriga som ger hjälp och som spegelbild också fler anhöriga som arbetar. Andelen av gruppen 80+ som har omsorg är hela 45 procent större i Sverige än i Tyskland.^[46] Ett huvudsyfte med försäkringen var från början att lyfta av de regionala och lokala myndigheterna kostnader och ansvar. Från starten gick 75 procent av resurserna till de anhörigas omsorg om sina äldre.^[47]

Kostnaden för stödet till familjernas omsorg har dock planat ut. Allt färre familjer tar hand om sina äldre varför försäkringens kostnader ökar. Den ursprungliga idén att försäkringen skulle knyta an till tyska kulturella värden visar sig således inte uthållig.

Utgifterna finansieras av årets produktion genom en avgift. Liksom för de övriga socialförsäkringarna i Tyskland finns det inte någon betydande fondering. Avgiften är inte knuten till individers risker utan är en generell avgift på lönesumman.^[48] Regleringen bygger på principer om generell välfärd och syftar till kostnadsåterhållsamhet samt att stödja familjer som ger vård och till att utveckla en marknadsorienterad infrastruktur för omsorg.^[49]

Försäkringens förmåner är inte behovsprövade, vilket gett långt fler äldre möjlighet till omsorg på en institution utan att behöva ekonomiskt bistånd. De äldre kan välja mellan tillhandahållna tjänster eller kontantstöd. 70 procent har valt kontantstöd och 15 procent en kombination av

45 Geraedets. M, Heller. G.V & Harrington. C.A. Germanys Long-term-cirkare insurance: Putting a social insurance model into practice. 2000. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11028189>.

46 Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport. Socialstyrelsen 2014.

47 Theobald. H. Long term cirkare insurance in Germany. Assement, benefits, cirkare arrangement and funding. Institutet för framtidsstudier. 2011:13.

48 Heinicke. K & Thomsen. S. L. The social long-term cirkare insurance in Germany: origin, situation, threats, and perspectives. Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationzentrum Wirtschaft <ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp10012.pdf>. 2010.

49 Theobald. H. Long term cirkare insurance in Germany. Assement, benefits, cirkare arrangement and funding. Institutet för framtidsstudier. 2011:13.

kontantstöd och tjänster.^[50] En myndighet motsvarade Försäkringskassan gör en bedömning av nivån på det stöd den äldre behöver. Myndigheten är systemets grindvakt. Individer tillerkänns stöd på tre nivåer: betydande assistans, intensiv assistans och mycket intensiv omsorg. I det första fallet utgår som lägst 90 minuter om dagen och den högsta som lägst fem timmar om dagen. Ersättningen för direkta tjänster har tre nivåer: 450 euro 1 100 euro och 1 550 euro per månad. Biståndsbedömningen, räknat i timmar per person som får bistånd (men inte antalet personer) är mer generös än i Sverige. Den lägsta nivån, 90 minuter om dagen, ligger nära det som klassas som tung omsorg i Sverige, nämligen 50 timmar i månaden. Antalet personer som fått stöd via tjänster har ökat från dryg en miljon i början av 1990-talet till drygt två miljoner i slutet av 1990-talet.

Försäkringssystemet ger utöver stöd till de anhöriga också stöd till institutioner som tillhandahåller omsorg. För att garantera att medlen används effektivt sker årliga förhandlingar om de rimliga kostnadsramarna. Fonden som administrerar medlen utvecklar mått på kvaliteten i omsorgen och utvärderar kvaliteten.^[51] Den utför alltså uppgifter som i Sverige i dag ligger på Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Försäkringens kontantdel ger en klumpsumma till hushåll med äldre på 235 euro för lägsta behovsnivån, 440 euro för mellannivån och 700 euro per månad för mycket intensiv omsorg. Uppgifterna gäller år 2012. Tjänsten ska utföras av en tredje person och inte av de anhöriga.^[52]

Alla som har inkomster under en tröskel på 45 000 euro är obligatoriskt anslutna till försäkringen.^[53] Det finns ett tak på försäkringens avgifter. De som har höga inkomster kan dessutom avstå från att vara med i systemet och välja en privat lösning.^[54]

Försäkringen har således två ”avdelningar” eller riskgrupper. Dels finns en samhällsgrupp med 88 procent av befolkningen, dels en privat del med 11 procent. Kostnaden per försäkrad var 240 euro i den sociala försäkringen per år mot mellan 60 och 121 euro i den privata. (Intervallerna i den privata försäkringen beror på hur offentliga tjänstemän redovisas i den privata försäkringen.) Lärdomen från Tyskland är den skilda utvecklingen av kostnaderna för de båda riskgrupperna. Orsaken till lägre kostnader i den privata gruppen är lägre andel som behöver utnyttja försäkringen.^[55]

Försäkringen kan inte garantera kvaliteten, mätt som antalet anställda



Den lägsta nivån, 90 minuter om dagen, ligger nära det som klassas som tung omsorg i Sverige, nämligen 50 timmar i månaden.

50 Campbell. J.C, Ikegami .N & Mary Jo Gibson. M. J. Lessons From Public Long-Term Care Insurance In Germany And Japan. Health Affairs January. vol. 29 no 1. 2010.

51 Geraedets. M, Heller. G.V & Harrington. C.A. Germanys Long-term-care insurance: Putting a social insurance model into practice. 2000. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11028189>.

52 Heinicke. K & Thomsen. S. L. The social long-term care insurance in Germany: origin, situation, threats, and perspectives. Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationzentrum Wirtschaft <ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp10012.pdf>. 2010.

53 Theobald. H. Long term care insurance in Germany. Assesment, benefits, cirkare arrangement and funding. Institutet för framtidsstudier. 2011:13.

54 Geraedets. M, Heller. G.V & Harrington. C.A. Germanys Long-term-care insurance: Putting a social insurance model into practice. 2000. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11028189>.

55 Theobald. H. Long term care insurance in Germany. Assesment, benefits, cirkare arrangement and funding. Institutet för framtidsstudier. 2011:13.

med utbildning. Trots att lagen föreskriver att 50 procent av personalen i institutionsboende ska ha adekvat utbildning sjunker andelen ner till under en tredjedel.^[56]

Försäkringens utgifter har perioden 1995- 2006 ökat med en tredjedel. Kontantersättningarna har varit oförändrade medan kostnaden för institutionsomsorgen har ökat. En orsak till ökade kostnader är att fler vill ha institutionsomsorg och färre omsorg i hemmet. Ersättningen från försäkringen har inte följt med prisutvecklingen för tjänsterna.

I tysk debatt publiceras fler dystra prognoser. Avgiftsnivån kommer att behöva öka från 1,95 procent av lönesumman till mellan 2,6 - 4 procent år 2030 och toppa år 2055 med en avgift på 4,5-6,5 procent.^[57] En del av avgiftsökningen beror på att avgiften är baserad på de förvärvsarbetandes inkomster och den basen minskar i förhållande till fler äldre. En avgift som är baserad på alla inkomster i ekonomin, inklusive kapitalinkomster och pensioner, skulle inte behöva öka på samma sätt.

11,5 procent av befolkningen 65 + fick förmåner från försäkringen. Hälften av den äldre befolkningen anses behöva stöd från försäkringen någon gång i livet. I genomsnitt fyra år för kvinnor och två och ett halvt år för män. Sannolikheten för att behöva stöd beror på ålder och hälsa. Kön och socioekonomisk ställning förklarar behovet av stöd. Trots strikt reglering påverkar klass och att vara migrant tillgång till ersättning.^[58]

Lärdomen från Tyskland är riskerna med uppdelning i försäkringsgrupper samt svårigheter att få kontroll över kostnadsutvecklingens samt att familjebaserad omsorg inte är uthållig men att en försäkring kan bidra till mer resurser för äldres trygghet. ●

56 Heinicke. K & Thomsen. S. L. The social long-term care insurance in Germany: origin, situation, threats, and perspectives. Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationzentrum Wirtschaft <ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp10012.pdf>. 2010.

57 Heinicke. K & Thomsen. S. L. The social long-term care insurance in Germany: origin, situation, threats, and perspectives. Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationzentrum Wirtschaft <ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp10012.pdf>. 2010.

58 Theobald. H. Long term care insurance in Germany. Assessment, benefits, cirkare arrangement and funding. Institutet för framtidsstudier. 2011:13.

5. EN OBLIGATORISK SOCIALFÖRSÄKRING FÖR VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE

5.1 Försäkringens omfattning

Den socialförsäkring vars principer här skissas kommer att innehålla specifikation av rättigheter, bokföring av försäkringens förpliktelser, premier, buffertfond, progressiv premieutveckling, regler om försäkringens autonomi och en växling mellan premier och kommunalskatt samt övergångslösning för 40-talisterna.

Försäkringens bärande pelare bör vara tre: *Garantin* för att det finns resurser, att det är *kvalitet i tjänsterna* samt *jämlig behandling* av äldre. Här visas de principiella skillnaderna mot nuvarande organisation:

En försäkringsgivare måste definiera vad försäkringen ska omfatta. Äldre behöver flera tjänster; *social service*, som städning matlagning samt *omsorg* i vilket ingår tillsyn *enklare vård och hygien* samt *kvalificerad vård* samt därtill *vård* i livets slutskede. Försäkringen bör täcka breda gruppers behov. Att precis utforma en försäkring efter visst sjukdomstillstånd är inte lämpligt eller uthålligt eftersom dödsorsakerna förändras över tiden med nya medicinska möjligheter. Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har till exempel minskat vilket innebär att cancer är en vanlig dödsorsak. Samtidigt växer andelen som har demenssjukdomar.^[59]

Den försäkring som här föreslås utgår från dagens definition av äldreomsorg, främst särskilt boende och hemtjänst, samt kommunens ansvar för vård nära knuten till omsorgen. Kommunens vårdansvar regleras idag i § 18 i Hälso- och sjukvårdslagen.^[60] Det betyder att den vård som kommunen ha ansvar för i huvudsak gäller de som redan får omsorg av kommunen och inte all sjukvård som äldre som bor i eget boende får av landstinget.

Hur stor del av vården som ska innefattas måste självfallet utredas och preciseras. Omsorgen bör inte längre styras av Socialtjänstlagen utan av en ny lagstiftning som ger starkare rättigheter till goda levnadsvillkor för äldre med behov.

5.2 Premien för äldreomsorgsförsäkring

Det saknas resurser för äldres vård och omsorg. En socialförsäkring för äldres vård och omsorg kräver en avgift eller premie på cirka sex procent av kommunalskattebasen. Denna bas visar löntagares, företagares och pensionärers inkomster såväl av arbete, kapital samt beskattningsbara transfereringar.

Kommunernas vård och omsorg kostar cirka 102 miljarder kronor. Det inkluderar kommunernas ansvar för vård enligt § 18 HSL. Uppgifterna gäller år 2012. Det är till exempel vård för äldre i särskilt boende.

59 Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 201. Socialstyrelsen 2013.

60 http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Om försäkringen också ska täcka landstingens utgifter för sjukvård för äldre med cirka 80 miljarder kronor krävs en premie på ytterligare cirka 5 procent av kommunalskattebasen. (Här används Socialstyrelsens redovisning av kostnader för vård av äldre.)^{[61][62]}

Observera att detta gäller den omfattning och kvalitet av omsorgen som visat sig otillräcklig. En framtida premie bör redan från starten vara något högre, den kommer sedan att behöva öka i takt med behovet från fler äldre. Ett rimligt belopp är en procent av BNP eller uppemot 35 miljarder kronor. Men det är absolut inte en kraftigt ökad belastning av ekonomin fram till år 2060. (Se vidare diskussion om behovet av ökade kommunalskatter). I praktiken kommer individen på informationen från Skatteverket att se att kommunalskatten minskar men i gengäld finns en obligatorisk premie till en socialförsäkring.

Behovet av premieökning begränsas starkt av möjligheten att i stället sänka ambitionen i den takt som statskulden amorteras och i stället öka statsbidragen till kommuner och landsting i motsvarande mån. Det motiveras av att de större årgångarna bland 1940-talisterna inte motiverar en permanent högre skattenivå.

Flera skäl talar för att välja kommunalskattebasen framför en premie på lönesumman. Det är en bredare bas som inte belastar arbetsgivarna och därmed priset på arbete. Ökat pris på arbete sänker sysselsättningen. Det är också naturligt att välja kommunalskattebasen om kostnaderna ska betalas av alla försäkrade över hela livet, också när individen inte är

anställd. Premien bör betalas också när individen inte befinner sig i Sverige men även för den som under en kortare tid arbetar i Sverige. Avgiften blir därmed neutral mellan löntagare och mellan arbetsgivare oavsett löntagarens eller företagets hemvist.

Ramverket för den statliga budgeten innebär höga krav på produktivitetökning som är svåra att nå i produktion av tjänster som utbildning och omsorg, vilket innebär sänkt kvalitet. En stor fördel med en socialförsäkring för ett visst ändamål är att den kan konstrueras med en stigande avgift som motsvarar behovet av en

med tiden ökad ambition när det gäller kvalitet. Efterfrågan ökar mycket tydligt på vård med stigande inkomster. Den ökar med 1,6 procent när inkomsterna stiger med en procentenhet.^[63] Premien bör därför öka i en viss proportion till kommunalskattebasen. Det innebär att kostnaderna för vård och äldreomsorg stiger som andel av BNP. Det minskar samtidigt behovet av tilläggförsäkringar och visar att staten tar kvalitetskraven på allvar.

Ett argument mot en progressiv avgift är att den är kostnadsdrivande. Kostnaden ska öka för att garantera att kvaliteten inte sjunker i förhållande till framtidens krav. Det kommer inte att leda till en orimlig utveckling. Här visas ett exempel med sjukvården. Utgångspunkten är att efterfrågan



Efterfrågan ökar mycket tydligt på vård med stigande inkomster.

61 Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport. Ekonomisk analys. Socialstyrelsen 2014.

62 Konjunkturläget mars. 2014. Konjunkturinstitutet.

63 Forecirkasting The Cost of U.S Health Care In the 2040. Fogel. R.W, Workingpaper 14 361, NBER 2008.

på vård stiger med 1,5 procent om inkomsterna ökar med en procent, kommer sjukvårdens andel av BNP att stiga från cirka 9 procent år 2011 till 13 procent år 2051. Det välter inte ekonomin. I USA är sjukvårdens andel av BNP redan uppe i 17,7 procent enligt OECD.

De som är 75-85 år, och inom en snar framtid behöver någon form av omsorg, kommer att undra om de mot slutet av livet behöver betala en ny skatt. Redan nu har de skäl att undra om riksdagens majoritet vill avveckla systemet med omfördelning över livscykeln. De har genom att betala skatt skjutit upp sin konsumtion och det ackumulerar en välfärdsmögenhet vars värde och avkastning i form av tjänster de har intresse att bevara.

De har betalat en kommunalskatt på cirka 30 procent på inkomsten sedan år 1980. Inklusivt konsumtionsskatterna och arbetsgivaravgifter har de betalat uppemot hälften av sina inkomster. Individer har betalat cirka 1,9 miljoner kronor som motsvarar åtagande för utbildning, barn- och äldreomsorg. Dessutom har de betalat 1,2 miljoner kronor för sjukvård till landstinget.^[64] De inbetalda skatterna ackumulerar till en välfärdsmögenhet på drygt tre miljoner kronor. Det är en förmögenhet därför att den över livet ger avkastning i form av tjänster som vård och omsorg.

Ett sätt att hantera en övergång mellan dagens system och en socialförsäkring är pensionsreformens teknik med separata lösningar för olika års-kullar, det vill säga övergångslösningar. Det innebär att de äldre inte behöver betala en ny högre premie precis innan de ska använda omsorgen. Det kommer att minska intäkterna men de allra äldsta har låga inkomster. De betalar också en avgift för den omsorg de får. Däremot bör yngre pensionärer med jämförelsevis högre inkomster än äldre äldre betala en premie.

5.3 Sammanhållen försäkring för vård och omsorg

Här visas argument för och emot sammanhållen försäkring för vård och omsorg för äldre som representerar en stor del av äldres vårdbehov. I dag är kommunen ansvarig för vården av äldre som är i kommunens omsorg. Det finns goda argument att hålla samman finansiering av vård och omsorg för att begränsa kostnaderna. Ett skäl är att det inte är en helt tydlig gränslinje mellan vad som är omsorg och vad som är vård. Olika offentliga finansärer för vård respektive omsorg innebär en risk för överbehandling eller underbehandling av den äldre och dumpning av kostnader på den andre finansären.

Som följd av att den statliga försäkringen för äldres sjukvård i USA, Medicare, tar en stor del av kostnaden för äldres behov minskar den privata efterfrågan på äldreomsorg. Den privata betalningsviljan för en äldreförsäkring begränsas om individerna har fri tillgång till sjukvård för äldre.^[65] Det talar starkt för en sammanhållen lösning för omsorg och sjukvård för äldre.

64 Valfärd med kontroll. Löfgren, A-K. LO 2012.

65 Brown, J & Finkelstein, A. Insuring long term care in the US. Working Paper 17451. 2011. <http://www.nber.org/papers/w17451>.

5.4 Finansiering och betalningsförmåga

Det finns samtidigt goda motiv för att inte avgränsa de äldres behov av vård från de yngres vårdbehov när det gäller finansieringen. Det finns en god betalningsförmåga hos den yngre befolkningen. Att utesluta yngre från en vård- och omsorgsförsäkring innebär smalare bas för att finansiera äldres sjukvård.

Det kan också ses som att de äldre har en gräddfil i vården. Konsumtionen av vård för gruppen 65+ är redan idag uppemot cirka 40 procent av den totala konsumtionen av, observera, slutna vård. Men gruppen 65+ är bara 25 procent av hela befolkningen över 20 år. Äldres inkomster är samtidigt lägre än deras andel av den vuxna befolkningen.

Det finns en hög vilja att finansiera andras vård.^[66] Det är rationellt att utnyttja denna altruism eller oegennyttia för att finansiera vård för äldre och därmed få en bredare inkomstbas för äldres vård och omsorg. Det talar för att alla som är skattepliktiga eller berättigade till förmåner oavsett ålder ska finansiera försäkringen.

5.5 Stabil

Ett socialförsäkringssystem som ska vara politiskt stabilt bör tillgodse behovet hos breda grupper i samhället. Om systemet prioriterar de äldres fulla behov av vård, det vill säga oavsett om de får kommunal omsorg eller ej, i förhållande till de yngre, blir den instabil på grund av förändringar i befolkningens sammansättning. Antalet yngre män (25-34 år) minskar från nio gånger till två gånger så många i förhållande till de äldre (85-94 år) fram till år 2110. Förändringen är inte lika stor för kvinnor, från cirka 4,5 gånger så många yngre till knappt två gånger så många. Detta beror på effekter av minskade skillnader i livslängd mellan könen.^[67]

Med färre yngre i de förvärvsaktiva åldrarna i förhållande till äldre och med ett uppdelat system ökar motsättningar mellan åldersgrupperna. Särskilda regler för äldre innebär ett än mer ålderssegregerat samhälle och politisk instabilitet. Det talar mot en sammanhållen försäkring där all vård för äldre regleras i en äldreförsäkring. Observera att den så kallad kömiljarden har som syfte att korta väntetiderna fått till följd att fler yngre får vård på bekostnad av äldre multisjuka.^[68] Kömiljarden är ett exempel på koalition mot de äldsta.

5.6 Samhällsekonomisk effektivitet

Den samhällsekonomiska principen är att vårdens eller omsorgens resurser ska fördelas dit de (på marginalen) gör störst nytta. Med nytta avses här inte marknadsnytta som den mäts när individens betalningsförmåga styr. Här mäts nytta mätt i den livskvalitet som den medicinska behandlingen eller omsorgen åstadkommer. Målsättningen med äldreomsorgen, liksom för hela hälso- och sjukvården, bör vara individens *livskvalitet*. Det kan redovisas efter hur de äldres kvalitetsjusterade levnadsår påverkas av en åtgärd. Med begreppet avses hur hygien, smärta, oro/nedstämdhet och

66 Jacobsson F, Johannesson M, & Borgqvist L, 2007, Is Altruism Paternalistic? The Economic Journal, 117.

67 Befolkningsframskrivningar. SCB 2014.

68 Medicin med detsamma. Sveriges Läkarförbund. 2012.

rörlighet och allmän förmåga, och därtill antalet år livet påverkas av en effektiv fördelning av resurserna. Det kan översättas i kronor, olika insatsers resultat kan därmed jämföras.^{[69][70]}

Vård liksom omsorg är en tjänst. Produktionen av tjänster ska utformas rationellt, främst för att tillgodose de äldres behov men också för att använda offentliga medel väl. All offentlig finansierad produktion innebär också att i viss mån finansiera andras konsumtion.

Det första kravet är att vården och omsorgen är *produktivt effektiv*, det vill säga den ska ge god kvalitet givet de resurser som används. Resultatet är mycket omsorg och vård för pengarna. Det andra kravet är att resurserna i produktionen av tjänsten ska vara *allokerings effektiv* det vill säga fördelas så att den ger god hälsa i befolkningen och god livskvalitet för de äldre. Således mer hälsa och livskvalitet för individen som resultat av vården och omsorgen.^[71] Uppgiften för en försäkring för vård och omsorg är att fördela resurserna effektivt. Resurserna ska inte fördelas efter hur mycket de försäkrade betalat i premier utan efter vilket behov de har av omsorg och vård.

Slutsatsen är att det finns ett motsatsförhållande mellan en försäkring där individens förmåner återspeglar premien, och därmed ger en hög betalningsvilja, samt en fördelning av försäkringens resurser så att den motsvarar individernas behov av vård och omsorg.

Det krävs mycket stark myndighetsutövning för att styra resurser dit de på marginalen gör mest nytta.

5.7 Bostadsbandet

Vård och äldreomsorg är idag en bostadsbunden rättighet. Kommunen är basen för de bostadsnära offentliga tjänsterna i Sverige. I 4 § i Kommunalagen sägs följande: ”Medlem av en kommun är den som är folkbokförd i kommunen, äger fast egendom i kommunen eller ska betala kommunalskatt där. Medlem av ett landsting är den som är medlem av en kommun inom landstinget.”^[72]

Rättigheterna till vården och omsorgen är således styrda av var individen är folkbokförd (medlem av en kommun) och är inte kopplade till individens skatter. Det återspeglar en värld med liten geografisk rörlighet. En försäkring som ska omfatta ett tidsspänn på över 50 år bör i stället utgå från att individer kommer att bo flera år av sitt liv i minst två länder. Vidare att individer under ett år kan arbeta i två länder eller ha pension i ett land men bo i ett annat. Skattebaserna är rörliga men rättigheterna är bostadsbundna. Det är inte länge bofasthet i svenska landsbygdskommuner som är normen och det kommer sannolikt att vara så i allt mindre omfattning i framtiden. Det ställer krav på centralisering av finansiering för välfärdstjänster som äldreomsorg och



Rättigheterna till vården och omsorgen är således styrda av var individen är folkbokförd (medlem av en kommun) och är inte kopplade till individens skatter.

69 Henriksson. M & Burström. K. Kvalitetsjusterade levnadsår EQ-5D. Läkartidningen 21-22 2006.

70 Hultkrantz.L & och Svensson. M. Hälsorelaterad livskvalitet i den svenska befolkningen – en väg framåt? Ur; Den offentliga sektorn - en antologi om att mäta produktivitet och prestationer. ESO 2013.

71 Barr. N. Economics of the welfare state. Fifth edition. Oxford University Press. 2012.

72 lagrummet.se.

sjukvård. En betydande premie kopplad till starka förmåner ger drivkrafter att undvika att bo i Sverige. Staten är rustad för att driva in medel och förhandla med andra nationer, det är inte kommuner och landsting. Det innebär möjligheter till ”innovationer” när det gäller att hålla samman skyldigheter och rättigheter.

Det starka argumentet för en försäkring för äldres vård och omsorg är att den är förenlig med internationell rörlighet. I inkomstpensionen finns full portabilitet det vill säga individer kan ta med sig inkomstpensionen och flytta till ett annat land för gott eller under något decennium eller två. I gengäld kommer de som flyttar till Sverige sent i livet få en låg nivå på inkomsterna.

En försäkring för vård och omsorg bör också göras portabel, det vill säga lättare att ta med sig sina rättigheter. Det betyder att försäkringen ska finansiera vård och omsorg utomlands för den som flyttat från Sverige. För en trygg finansiering av en försäkring måste de försäkrade kontinuerligt betala premien för försäkringen eller ”resta med premien” på ett skattekonto. Det kan ses som drivkrafter till väsentligt ökat arbetsutbud eller som ett hinder för migration. Men det kommer framför allt att ge horisontell likabehandling mellan löntagare oavsett var de är folkbokförda och mer konkurrensneutrala villkor mellan företag oavsett var företaget förutsätts betala skatt.

En statlig försäkring kan kompensera för snedfördelning av risker inom landet. Utvecklingen innebär att många äldre bor i kommuner utanför tillväxtregioner. En annan fördel är en genomtänkt och solidarisk finansiering av asylpolitiken. De som får uppehåll av asylskäl har ofta en längre period med låg sysselsättning och låga inkomster. En försäkring underlättar en solidarisk finansiering av asylpolitiken med möjligheter att föra över resurser till kommuner som motsvarar vård- omsorgsbehovet för flyktingar. Det bör minska kommuners argument mot flyktingmottagande.

5.8 Myndighet, kvalitet och professionalisering

Här visas de principiella skillnaderna mot nuvarande kommunala organisation:

En socialförsäkring bör inte bara föra över pengar till kommuner eller brukare utan det krävs en ny struktur. Nuvarande reglering för tillträde till marknaden och utvärdering är anpassade till företagen. Med en ny struktur ska företagens produktion anpassas till resurserna och behovet av kvalitet, det förutsätter regler för bemanning och stabila villkor för personalen.

En viktig förändring är att rätten till omsorg inte längre utgår från Socialtjänstlagen och tanken bakom behovsprövat bistånd. Vård och omsorg om äldre ska vara generella rättigheter med högre krav på kvalitet, som garanterar goda levnadsvillkor. Myndigheten behöver Socialstyrelsens kompetens för vård och omsorg.

En ny socialförsäkring kräver en myndighet för administration och kontroll över insamling av premier samt för upphandling av vård och omsorg. Kompetens för att driva in premierna har Skatteverket. En för-

säkring som knyter individens rättigheter till inbetalda premier behöver en bokföring av individers tillgångar. Detta är självklart när det gäller inkomstpensionen. Pensionsmyndigheten har kompetens att bokföra individers tillgångar i förhållande till premier.

Myndigheten behöver också vara grindvakt för att kontrollera användningen det vill säga den roll som de kommunala biståndsbedömarna har idag. Om biståndsbedömningen ska vara kvar i kommuner, landsting eller på en central myndighetsnivå är en lämplighetsfråga. Mycket talar för att kommunen bör behålla den uppgiften men inom en helt ny legal och finansiell ram. Finansieringen av individens vård och omsorg i en försäkring sker lämpligen på central och inte på kommunal nivå.

Målet för äldreomsorg är år med livskvalitet i en situation där individen inte själv fullt har kapacitet att ta hand om sig själv. Omsorgen ska vara av så god kvalitet att var och en kan acceptera villkoren för sin egen ålderdom. Det är idén, liberal kommunitarism, som ligger bakom grundlagen. Exemplet här kallas för okunnighetens slöja.^[73] Individen ska under den slöjan, där den inte kan se vilken position den får i framtiden, forma en omsorg som den själv skulle acceptera som äldre.

En försäkring för äldre bör ha kvalitet, professionalism och identitet med yrket som huvudsakliga instrument och inte byten av utförare eller utvärdering av äldres livskvalitet genom enkäter. Enkäter till äldre om *kvaliteten* mäter mest förnöjsamhet med de villkor som ges. Naturvetenskaplig information om äldres hälsa och livskvalitet ska ligga till grund för utvärdering av kvalitet liksom kravställande äldre och deras anhöriga. För att flytta kunskapsfronten i vården och omsorgen om de äldre (de bästa kunskaperna och organisatoriska lösningarna) behövs förändringar i villkoren för omsorgsarbetet.

Villkoren för anställda är förknippad med kvalitet i utförande av tjänsten. Tecken på en *stark profession* är att yrket kräver utbildning, att det utförs på heltid samt att nästan alla är fast anställda. Vidare att det krävs och ges möjlighet till utveckling av yrkeskunskaperna. Dessutom att arbetsgivaren, i yrken som kräver det, håller med skyddskläder. I alla dessa avseenden avviker omsorgsyrken. Omsorgen behöver högre grad av professionalisering. Omsorgen ska liksom vården vara tätt knuten till forskningen.

Domarna är sinnebilden för den professionelle oförvitlige tjänaren av det allmännas intresse. Det är fyra grundsatser för domarnas arbete menar domaren Johan Hirschfeldt. Det ska präglas av oavhängighet, opartiskhet, likabehandling, gott uppträdande och bemötande samt god kompetens och effektivitet.^[74] Alla yrken där individer i förhållande till personalen har en underordnad ställning eller befinner sig i en skör eller utsatt position kräver utvecklad etik och stark identitet med yrket. Kraven bör gälla all personal i vården och omsorgen, från läkaren till undersköterskan, biståndsbedömaren till räddningspersonal; Alla har likartade krav på sitt arbete som en domare.

Identitet med yrket är ofta effektivare än ekonomisk incitament och

73 En teori om rättvisa. Rawls, J. Bokförlaget Daidalos. 2008.

74 Hirschfeldt J. Domareetik - Fyra grundsatser och många frågor. Johan Hirschfeldt blogg.

utvärdering för att nå goda prestationer visar ny forskning.^[75] Både incitament och utvärdering riskerar leda till manipulation av de mått som används. Den utvärdering som nu sker minskar tilltron till offentlig förvaltning.^[76] Den använder inte kunskapen hos personalen, den motiveras inte att göra rätt saker utan främst att dokumentera att de gör saker rätt.^[77]

Finansiering av vården och omsorgen om äldre leder nu till en kapploppning till botten vad gäller personalens villkor. Nuvarande organisation av myndigheter för vård och omsorg, liksom politiken i många kom-

muner, bygger på att äldre ska ”rösta med fötterna”.

En ny organisation ska öka känsligheten för kvalitén. Ekonomen Albert O Hirschman bok från år 1971 används ofta av dem som förespråkar strategin att rösta med fötterna. Hirschman däremot var mycket mer genomtänkt än så. Han observerar att snabbt uttåg av aktiva konsumenter inte bidrar till att en organisation återhämtar förlorad kvalitet. Praktiskt innebär idén med rörlighet att många äldre brukare kommer att vara kvar i illa skötta hemtjänstföretag eller särskilda boenden.

Hirschman lyfter fram alternativa strategier för att påverka kvaliteten. Väl så viktigt som att byta utförare när det gäller trovärdighetsvaror (höga kostnader för byten och för att informera sig om kvaliteten) är att artikulera kritik av kvaliteten till dem som levererar

tjänsten. Kunder eller brukare skiljer sig ofta åt när det gäller värdering av kvaliteten och priset. En del är mer känsliga för kvaliteten, andra för priset. Möjligheten för kvalitetsmedvetna brukare att omedelbart rösta med fötterna innebär att de mest produktiva företrädarna för förändring blir färre i de enheter som inte fungerar väl. Det paralyserar den kritiska funktionen skriver Hirschman.^[78] Slutsatsen är att äldreomsorgen inte som helhet kommer nå högre kvalitet genom att äldre eller deras anhöriga röstar med fötterna.

Myndigheten behöver ställa tydliga krav på dem som utför tjänsterna för att driva fram kontinuerligt ökad kvalitet och för en effektiv och jämlik behandling. Det finns enligt ekonomen Julian Le Grand fyra olika definitioner på jämlik vård och omsorg. De leder till skarpa slutsatser för en bättre omsorg om äldre.

1. De äldre bör konsumera samma andel av de offentliga utgifterna.
2. Få en jämlik användning av resurser, det vill säga personalens kompetens bör vara jämnt fördelad mellan olika enheter.
3. Jämlikhet i kostnader, det vill säga brukarna ska möta samma priser för tjänsterna eller uppoffringar i tid.



Myndigheten behöver ställa tydliga krav på dem som utför tjänsterna för att driva fram kontinuerligt ökad kvalitet och för en effektiv och jämlik behandling.

75 Akerlof, G.A. & Kranton, R.E. Identity Economics. How Our Identities Shape Our Work, Wages, and Well-Being. Princeton University Press 2010.

76 Rothstein, B. The Quality of Government. Corruption, Social Trust, and Inequality in International Perspective. The University of Chicago Press Books 2011.

77 Lindgren, L. Utvärderingsmonstret. Kvalitets- och resultatmätning I den offentliga sektorn. Studentlitteratur 2006.

78 Hirschman, A.O. Exit, voice and loyalty. Responses to decline in firms, organizations, and states. Harvard University Press. 1970.

4. Jämlikt utfall det vill säga samma hälsa eller livskvalitet som andra med likartade förutsättningar.^[79]

Uppdraget för en vård- och omsorgsmyndighet är att se till att valen så långt som möjligt ger individer samma utfall. Med en försäkring som finansierar ett helt fritt val av leverantör kommer brukarna att möta olika priser. Det innebär att även med samma andel av resurserna kan utfallet leda till olika kvaliteter i omsorgen. Individer kan också göra oinformerade val. För att nå lika användning av resurser kan myndigheten inte acceptera dyra alternativ med låg kvalitet. Uppdraget för myndigheten är därför att bevaka kostnader och kvalitet för jämlig användning av resurserna. Syftet är att driva fram en mer kvalitetetsmedveten vård och omsorg om äldre. Detta är inte förenligt med nuvarande LOV och hundratals leverantörer.

5.7 Ökad tillit till tjänsterna

Det finns tre metoder att öka tillit till att individen faktiskt får offentliga tjänster och att de är av god kvalitet. Den första är aktuariemässiga försäkringar det vill säga raka rör mellan premie och förmån eller än mer precist uttryckt. ”Med en aktuariemässig utformning menas att summa av förväntade premieinbetalningar är lika med summan av förväntade utbetalningar.” Det är viktigt att klargöra vad innebörden av aktuariemässig innebär: ”Innebörden är att systemet inte är omfördelande mellan socioekonomiska grupper.”^[80] Men en sådan försäkring uppfyller inte villkoret att vara en socialförsäkring. Definition av en socialförsäkring är inte bara att den administreras av en offentlig myndighet, den ger också ungefär lika utfall för de försäkrade.

En socialförsäkring finansieras med proportionell premie det vill säga en procentsats på premieunderlaget. I en socialförsäkring matchar summan inbetalade premier inte helt summan av utbetalade förmåner. Det sker i denna, som i privata försäkringar, en omfördelning av resurser. Det sker till exempel genom arvsvinster som tillfaller de som ”överlever” och använder försäkringens förmåner. Kvinnor i Sverige använder 132 procent mer äldretjänster än män. (Uppgifterna gäller år 2007.) Att män redan vid 51 års ålder har betalat in mer skatt än de tjänster de konsumerar, medan kvinnor aldrig kommer göra det visar en studie av LO-ekonomen Anna-Kirsti Löfgren.^[81] Vård och omsorg som finansieras med en proportionell avgift på inkomsten är extremt utjämnande mellan könen. Om en försäkrings förmåner däremot helt följer inbetalda premier leder det till en mycket låg nivå på omsorgen för en stor del av befolkningen, framför allt för kvinnor. Att avgifterna helt följer förmånen är inte förenligt med en socialförsäkring.

De stora skillnaderna mellan könen innebär att gruppen kvinnors livskvalitet, sett över livet, försämras mer än dubbelt så mycket av att omsorgen försämras som mäns och de vinner mer än dubbelt så mycket som män på ökade resurser för omsorg.

79 Barr. N. Economics of the welfare state. Fifth edition. Oxford University Press. 2012.

80 Kruse. A. Socialförsäkringar och globalisering. Underlagsrapport 32 till Globaliseringsrådet.

81 Valfärd med kontroll. Löfgren. A-K. LO 2012.

Den andra metoden för att öka tillit och betalningsvilja är att inkludera valfrihet och möjlighet till att välja särskilda lösningar. Socialförsäkringsekonomen Nicholas Barr menar att socialförsäkringar är lämpliga för äldreomsorg. De bör täcka både de kliniska behoven och boendekostnaderna och försäkringen bör innefatta hela befolkningen och ge en rimlig standard. Men det politiska priset, enligt Barr, för att få stöd för en allmän försäkring är möjligheten för individen att använda privata försäkringar eller egna sparmedel för att få olika tillägg till sin omsorg.^[82]

En utveckling mot tillägg i tjänster ställer stora krav för att förhindra att det inte främst leder till sänkt basnivå. Utvecklingen av tv-tekniken är ett exempel som här lånas av filosofen Sven Ove Hansson.^[83] För vad som är bra vård och omsorg för en individ beror på vad andra kan få. Att ha en tjock svartvit tv är helt ok när det är normal standard. Men om andra skaffar sig färg-tv och sedan en platt-tv kopplad till pc och andra nyheter, då är svart-tv långt från normal standard. Tilläggstjänster skapar, av dem som kan välja dessa, en ny standardnivå och skapar samtidigt en ny basnivå som troligen successivt sjunker i förhållande till bästa möjliga standard. De som har goda inkomster vill också ha iögonfallande konsumtion. Mycket hög kvalitet på äldreboende kan bli ett sådant. Koalitionen av brukare som har drivkrafter för en generell höjning av kvaliteten blir samtidigt väsentligt svagare när de kvalitetskänsliga har möjlighet till egna val.

Finns det skäl till mekanismer för att värna lika behandling av äldre? Ja; ”utan en aktiv fördelningspolitik driver samhället mot ojämlikhetsgränsen lika obönhörligt som en sten faller till marken när man släpper den” menar Per Molander och tar exemplet med att spela kula. Om två lika skickliga spelare möts där den ena har femtio kulor och den andra fem, så vinner den med flest kulor i mer än nio fall av tio. Nästan alla förhandlingar vinnas därför av den som har mest resurser om det inte finns motverkande mekanismer. Politisk demokrati eller fackföreningar är sådana krafter menar Molander som är generaldirektör och analyserar socialförsäkringar.^[84]

Den tredje metoden för ökad tillit är insatser som garanterar möjlighet till god kvalitet i omsorgen och boendet långt fram i tiden. Individen känner inte sin sannolikhet för att behöva utnyttja försäkringen men helt avgörande är tilliten till att det finns vård och omsorg av god kvalitet. På lång sikt är sannolikt tilliten till god kvalitet och att den kvaliteten utvecklas i takt med vad framtiden erbjuder, viktigare än olika tillval. För på femtio års sikt är nuvärdet av till exempel måltidsalternativ lågt jämfört med en garanti för en standard som ger goda levnadsvillkor under livets allra sista år. Vare sig det är en socialförsäkring eller skattefinansierad omsorg måste åtgärder vidtas som ökar trovärdigheten för att omsorgen ska fungera mycket bättre i framtiden.

För det finns en misstro mot tillgång till vård och äldreomsorg. Mer än en tredjedel av de tillfrågade, i en undersökning år 2012, tror inte att deras närmaste skulle få den mest effektiva vården. 85 procent tror inte att alla

82 Barr, N Long term care: a suitable case for social insurance. LSE Research online. 2010.

83 Hansson, S.O. Rättvisa och effektivitet. En idéanalys. DS 2001:42. 2001.

84 Molander P. Ojämlikheten anatomi. Weyler.2014.

får vård på lika villkor.^[85] SCB:s medborgarundersökningar visar låg tilltro till omsorgen jämfört med andra kommunala uppgifter.^[86] Omkring hälften av medborgarna tror inte att det offentliga kommer att klara en god äldreomsorg.^[87] SOM-institutets mätningar visar samma tendens. 16 procent fler anser att äldreomsorgen fungerar bra än de som anser att den fungerar dåligt. Motsvarande för sjukvården är 45 procent och för räddningstjänsten 84 procent. Förtroendet för vården och omsorgen sjunker markant under de få år som mäts.^[88]

5.8 Specificerade rättigheter

För hög tillit måste rättigheterna till vård eller omsorg vara väl specificerade. Äldreomsorgen behöver en ny rättslig grund, som siktar på att äldre ska ha goda levnadsvillkor och inte skälig levnadsnivå. Med dagens regelverk, det vill säga Socialtjänstlagen med rötter i fattigvårdslagstiftningen och kommunerna som grindvakter vilka knappt erbjuder skälig levnadsnivå, begränsas i betalningsviljan. Standarden eller kvaliteten i hemtjänsten är inte tillräckligt hög och det är osäkert om de äldre får utlovad hjälp. Äldreomsorgen bör lyftas ur Socialtjänstlagen. Omsorgen bör i framtiden regleras i en lag som omfattar både sjukvårds- och omsorgsinsatser, alternativt regleras enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.^[89] Kraven på personalens utbildning och normer för antalet personal per äldre ska specificeras. Det behövs en legitimation som garanterar lämplig utbildning och förmåga hos personalen. Sjukvården bör vara en förebild.

5.9 Autonomi

Hög tillit och därmed betalningsvilja kan tillgodoses genom att försäkringen liksom pensionssystemet är autonomt. Det innebär att finansieringen för vården och omsorgen inte ingår i statens budget och i årliga prioriteringar. En autonom försäkring innebär att individens rättigheter liknar en halvprivat tillgång för den försäkrade. Det är samma principer som för den statliga inkomstpensionen som inte heller prövas i budgeten.

5.10 Bokföring av förpliktelser

Ytterligare en metod att öka tilliten och betalningsviljan är bokföring av individers rättigheter. Individers välfärdsmögenhet visas i diagram fyra. Det är till vänster ”isberget” med utbildning, det liggande fältet med vård och medicin som man behöver under hela livet och men där konsumtionen ökar mot slutet av livet. Den stående spetsiga toppen till höger är äldreomsorgen som individen eventuellt kan behöva när den blir riktigt gammal.

85 Novus och www.lif.se 2012.

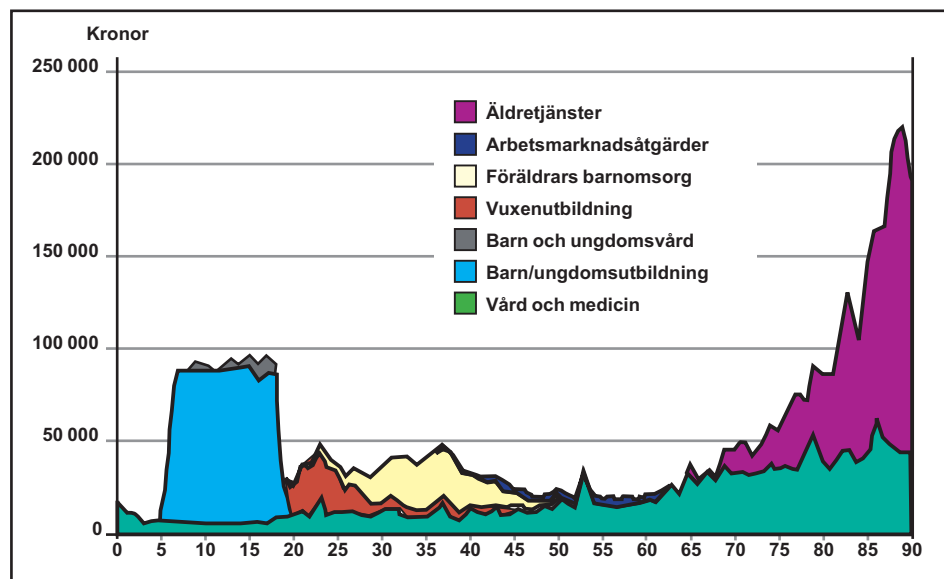
86 Medborgarundersökningar SCB år 2009-2011. SCB 2012.

87 Svallfors. Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna. Parlamentariska socialförsäkringsutredningen. (S 2010:04)

88 Holmberg.S. & Sommerstein. K. Svenska folkets bedömning av offentliga myndigheters verksamhet. SOM-rapport nr 2013:8.

89 http://www.socirkarb.su.se/polopoly_fs/1.171490.1395240373!/menu/standard/file/TrydegprocentC3procentA5rdprocent20_SkprocentC3procentA4ligprocent20levnadsnivprocentC3procentA5procent20vsprocent20sjprocentC3procentA4lvbestprocentC3procentA4mmande.pdf

DIAGRAM 4 OFFENTLIG KONSUMTION PER PERSON I OLIKA ÅLDRAR 2007 (KRONOR)



Källa: Välfärd med kontroll. Löfgren. A-K. LO 2012.

Kommuner och landsting är sårbara på grund av stora krav. Ett försäkringsbolag måste ha en balansräkning som visar att det har tillgångar som svarar mot de krav som spararna har på bolaget. Det kravet har inte kommuner och landsting. I en traditionell balansräkning för en primärkommun är posten kortsiktiga och långsiktiga skulder 35 000 kronor per invånare.^[90]

I en utvidgad balansräkning bör det finnas en post på 1,9 miljoner kronor som motsvarar kommunens åtagande för utbildning, barnsorg och äldreomsorg för en individ. Det ger en radikalt annorlunda bild än den traditionella räkningen.^[91] Staten bör således bokföra förpliktelserna mot de försäkrade. Så sker redan när det gäller inkomstpensionen. Den skulden är cirka 8 000 miljarder kronor.^[92] Syftet med bokföringen är att den offentliga verksamheten ska organiseras och finansieras så att den kan leverera de tjänster som motsvarar individers rättigheter.

5.11 Buffertfond

Kommuner och landsting måste ha en balanserad budget, det vill säga de kan inte ha underskott i verksamheten. Erfarenheten är återkommande chocker och finanskriser i ekonomin som minskar kommunernas intäkter. Staten vill inte vara buffert för kommunerna utan låter kvaliteten i kommunernas verksamhet stå för flexibiliteten.^[93] Under åren 2011-2014, med svag efterfrågan i ekonomin ökar kommunal konsumtion väsentligt långsammare än de övriga delarna av ekonomin. Kommunal verksamhet, som omsorg, fungerar därför som en buffert för att motverka underskott i statens finanser. Det betyder att statens finanser skyddas. En

90 Offentlig ekonomi. Räkenskapsammandrag för kommuner och landsting. SCB 2014.

91 Välfärd med kontroll. Löfgren. A-K. LO 2012.

92 <http://www.pensionsmyndigheten.se/arsredovisning13.html>.

93 Spara i goda tider - för en stabil kommunal verksamhet. SOU 2011:59.

äldreomsorgsförsäkring bör ha motsatt utgångspunkt, det är individernas trygghet som ska skyddas utan att statsskulden ökar.

För att garantera att en period med låga inkomster inte leder till lägre kvalitet i tjänsterna behövs någon form av buffertfond. Buffertfonden bör vara så stor att den klarar att kompensera bortfall av intäkter under några år med svaga inkomster utan att det är nödvändigt att sänka kvaliteten i vården eller omsorgen. Strikta regler för användningen av fonden syftar till att öka tilliten till stabil kvalitet. Nuvarande regler för offentliga finanser visar sig uppenbart inte kunna garantera stabil kvalitet i sociala tjänster.

Syftet med detta och andra förslag är att medvetet tänka tvärtom mot den idévärld som ligger bakom nuvarande regler för offentliga finanser och som skyddar staten men inte tilliten till offentliga tjänster och kvaliteten.

Ett medel för ökad tillit och betalningsvilja till individens rättigheter är en blocköverskridande överenskommelse mellan partierna. Både skattereformen och pensionsreformen är förebilder. Men skattereformen har radikalt urholkats liksom pensionsreformen har förändrats genom bland annat jobbskatteavdraget. Erfarenheterna från förhandlingar om premiesystemet i inkomstpensionen är att flera partier kommer att vilja ha stort utrymme för privata aktörer och kompletterande tillägg. Det är en hög sannolikhet för att en kompromiss kommer hamna i en lösning med en mångfald alternativa utförare och samtidigt skattestöd stöd för privata tillägg.

5.12 Övergångslösning

Vare sig skatt eller en socialförsäkring är helt självklara lösningar för en temporär uppgift som avklingar om cirka två decennier. Det tre relativt olika förlopp: En temporär ökning, en kontinuerligt ökad efterfrågan på medicinska insatser samt ett skifte upp mot högre nivå på efterfrågan av vård och omsorg, vilket kan få olika lösningar.

Av två skäl ska därför ökade kostnader för fyrtiotalisternas äldreomsorg skiljas ut från de andra uppgifterna. Först har varje generation finansierat sina egna kostnader. Det följer av att välfärdssystemens finansiering innebär ett livscykelnsparande. Utgifterna för en 85-åring, som behöver vård, finansieras vid vårdtillfället mest av dem som är förvärvsaktiva och när de har som högst livsinkomster. De äldre har i tidigare skede, när de var förvärvsaktiva, finansierat andra äldre med behov av vård och omsorg. Samtidigt är varje vuxen generation självständig, barnen ska inte som individer sörja för sina egna föräldrars vård och omsorg. Det är uppgiften för ett omfördelningssystem. Det ger inte bara trygghet för de äldre, det ger oberoende mellan föräldrar och barn. Det minskar kravet på att alla har ekonomiskt och socialt väl fungerande anhöriga.

För det andra har Riksdagen och regeringar genom överskotten i budgeten planerat och reserverat resurser för de extra kostnader som följer med övergående förändringar som extra stora årskullar. Regeringarna, både den socialdemokratiska och alliansregeringen har klart formulerat uppdraget med överskottsmålet i budgeten.^[94] Alliansregeringen skriver

94 Prop. 2003/04:1 Bilaga 2. Svensk ekonomi.

i sin ekonomiska proposition år 2007: ” Ett högt offentligt sparande idag motiveras i grund och botten av en jämnare fördelning av försörjningsbördan mellan olika generationer. Ett offentlig finansiellt överskott idag innebär att de stora generationer som i framtiden kommer att efterfråga vård och omsorg bidrar till tjänsternas finansiering.”^[95]

Den socialdemokratiska regeringen skrev 2003/04: ”Huvudsyftet är att stärka den offentliga förmögenhetsställningen inför de demografiska förändringar som är förestående de närmaste decennierna.”^[96] Ett syfte med överskotten under 1990- talet och 00-talet var att staten åren därefter skulle sänka ambitionerna i amorteringen av statsskulden. Statsskulden kommer ändå att minska men i långsammare takt.

Här visas det temporära problemet med fyrtiotalisterna: Säg att det finns två generationer. En generation med 60- och 80-talister där årskullarna är något mindre och en generation med 40-talister med ovanligt stora årskullar. De betalar alla, låt oss anta cirka 500 000 konor, i skatt över livet till sin egen äldreomsorg. De som är i generationen där kullarna är cirka 30 procent större än den föregående ska rimligtvis inte betala 30 procent mer eller 650 000 kronor. Nivån motsvarar ungefär kostnaden för kullens storlek. De är ju själva inte ansvariga för att de är många i sina årskullar. Lika lite ska de som är i 60-,70- eller 80-talister och med mindre årskullar än tidigare, betala högre skatt för att finansiera den större fyrtiotalistgenerationen. De är inte själva som individer ansvariga för att de är färre.

Och om man inte väljer alternativ med utjämning över tiden leder det till att den efterföljande generationen under 20 år behöver betala en högre skatt som inte motsvarar deras egen förväntade förbrukning av offentliga tjänster, det vill säga omfördelning över den egna livscykeln. Det gäller också tilliten i samhället: Att bryta kontraktet mellan generationer visar för efterföljande generationer att olika årskullar inte kan lita på varandra. Och det gäller även när det som nu finns ekonomiska resurser. Det innebär att välfärdssystemet inte är tillförlitligt, det ger en grogrund för populism i samhället.

Det logiska resultatet är att de som är födda på 1980- och 90- talet och därefter kommer att vilja bryta generationskontrakten därför att de ser att efterkommande generationer inte kommer att vårda kontraktet. De stora förlorarna är de som är närmast den period i livet där individen konsumerar vård och omsorg och vinnare, om man kan tala om vinnare, är de som är yngst. Sedan är uppgiften för en yngre generation att finna ett ekonomiskt effektivare sätt att finansiera vård och omsorg än via omfördelning över livet. Det finns det nog inte, vilket visas senare. Därför blir också unga generationer förlorare.

Sammanfattningsvis innebär en allt sämre omsorg och vård av äldre att generationskontraktet inom välfärden hotas. För att minska risken och öka tilltron för det gemensamma måste ett tydligare system för äldreomsorgens finansiering och organisation skapas. Det skulle både yngre och äldre generationer tjäna på. ●

95 Prop. 2007/08:1 Bilaga 2. Svensk ekonomi.

96 Prop. 2003/04:1 Bilaga 2. Svensk ekonomi.

6. KOSTNADER OCH FÖRSÄKRINGSMODELLEN

6.1 Kostnadsåterhållsamhet

En försäkring skiljer finanseringen av vården och äldreomsorgen från utförandet av tjänsten. Men åtskillnad av finansör och producent liksom valfrihet är i sig själva källor till nya kostnader. Det visar jämförelser mellan länder i Europa och med USA.

Tio länder i Europa är uppdelade efter två olika socialpolitiska traditioner, den tyska Bismarkmodellen respektive den brittiska Beveridgemodellen.^[97] Sjukvård enligt Bismarkmodellen finansieras i hög grad genom försäkringar. Länder som finansierar vården med försäkringar är Tyskland, Frankrike, Holland, Belgien samt Schweiz. Sammanhållen statlig finansiering av vård finns i Storbritannien samt i fyra nordiska länder. Sjukvårdens andel av BNP är två procentenheter högre, 11,4 procent, inom de försäkringsfinansierade länderna än i länder med sammanhållen finansiering. Där är andelen av BNP 9,5 procent. Uppgifterna gäller år 2011 och BNP-andelarna är viktade efter befolkningens storlek.^[98]

I Europa pågår tre valfrihetsexperiment. Det första experimentet är Sverige, England och Danmark, där staten med hjälp av valfrihet vill öka kvaliteten. Det andra experimentet är Holland där medborgarna kan välja vilket försäkringsbolag de vill försäkra sig i. Försäkringsbolaget förhandlar sedan med vårdgivare om bra avtal. Det tredje experimentet, är Tyskland och Frankrike som rör sig i motsatt riktning, med minskad valfrihet vid val av specialistvård genom mjuka ”grindvakter” i syfte att minska totalkostnaden.^[99]

Den återhållsamhet i kostnader som följer med att finansör och utförare hålls samman har således stora effekter på den andel av BNP som används för vård. Slutsatsen är att en utveckling mot ökad valfrihet med stor sannolikhet kommer att öka kostnaden. Den interna effektiviteten blir lägre, det blir mindre vård och omsorg för pengarna.

En jämförelse av USA:s marknadsdrivna sjukvård jämfört med statligt finansierad vård i Storbritannien, Kanada samt Sverige visar följande: Under 1970-talet var USA:s sjukvård mätt som andel av BNP bara ett par procentenheter större än Storbritanniens. Men år 2011 är kostnaden för USA:s sjukvård 17,7 procent av BNP mot 9,4 procent i Storbritannien och i Sverige 9,5 procent. Förklaringen till de ökade kostnaderna är överskattning av möjligheten till en effektiv vårdmarknad. När vårdkostnaden ställs i relation till insatta resurser, som antalet läkare eller antalet sköterskor, får Sveriges vårdorganisation ut en femtedel fler läkare och en tredjedel fler sjuksköterskor än USA:s.^[100]

Det finns två förklaringar till dessa skillnader. Först högre *faktorpriser*,



Den återhållsamhet i kostnader som följer med att finansör och utförare hålls samman har således stora effekter på den andel av BNP som används för vård.

97 Palier. B Hälso- och sjukvårdens reformer En internationell jämförelse. SKL 2006

98 Egna beräkningar. Health Statistics OECD 2013.

99 Bevan. G., Helderman. J-K & Wilsford. D. Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. Health Economics, Policy and Law. Vol. 5. Issue 03. 2010.

100 Health at Glance 2011. OECD 2012.

alltså ersättningar till personal och kapital. Den andra delen är *administrativa kostnader* eller *transaktionskostnader*.

Här jämförs USA med Kanada. Kanada har en statligt finansierad sjukvård, alltså en sammanhållen finansiering. Kostnaden för Kanadas sjukvård är 11,2 procent av BNP. USA har ett system som finansierar vård med en blandning av offentliga och privata försäkringar. Jämförelsen sker mellan primärvård och sjukhusvård i respektive USA och Kanada och inte all sjukvård. Jämförelsen ingriper till exempel inte långvård och inte heller försäkringsgivarens kostnad. Övergripande slutsats är att USA:s sjukvård är (per capita) dubbelt så kostnadskrävande som Kanadas.^[101]



Övergripande slutsats är att USA:s sjukvård är (per capita) dubbelt så kostnadskrävande som Kanadas.

En del av den högre kostnaden beror på högre *faktorpriser* alltså ersättningar till personal och kapital. En allmänläkare tjänar en tredjedel mer i USA än i Kanada och en specialistläkare 50 procent mer. I USA tjänar läkarna 25-40 000 dollar mer än i Tyskland och Storbritannien.^[102]

Den andra delen är *administrativa kostnader*. De administrativa utgifterna är 39 procent av de totala skillnaderna mellan USA och Kanada. Det finns 44 procent mer administrativ personal i USA:s hälsovårdssystem än i Kanadas. Läkarna använder 13 procent av sin tid till administration mot åtta procent i Kanada. En representativ sjukhusbaserad sjuksköterska ägnar en tredjedel av sin tid till dokumentation. En läkare utanför sjukhuset kräver 2,2 administrativa tjänster vilket är fler än den medicinska personalen som ingår i arbetet. I USA är det 1,5 administrativa personer per sjukhusbädd mot 1,1 i Kanada.^[103] Det är mycket mer pappersarbete i sjukvården i USA.

Åtskillnad av finansiär och utförare i USA leder också till merförsäljning. Läkarna använder oftare dyra undersökningar och laboratorietester med mera. Försäkringsfinansierad vård och omsorg leder till prisökningar utöver konsumentpriserna. Priserna på 181 läkemedel är 30 procent högre än i andra länder.^[104]

Kunden eller brukaren av vård och omsorgstjänster möter således två kostnader. Kostnaden för den tjänst som ska produceras och försäkringskostnaden. Det gäller både vid försäkrings- och skattefinansierad vård eller omsorg.

En jämförelse med en privat försäkring och köp av tjänster på en ineffektiv marknad visar på ett möjligt värsta alternativ: Dels kan försäkringskostnaden bli väsentligt högre dels kan priset på de köpta tjänsterna vara 20 till 30 procent högre. Det blir mindre vård och omsorg för pengarna. Om en socialförsäkring för äldretjänster ska vara ekonomiskt rimlig bör

101 Cutler, D M. & Ly, D. P. The (paper) work of medicine: Understanding international medicirkal cost. Journal of Economic Perspectives. Vol. 25 no 2. 2011.

102 Person, M. Disparities in health expenditure across OECD: countries. Why does United States spend so much more than other countries. Written statement to Senate Special committee on aging. OECD 2009

103 Cutler, D M. & Ly, D. P. The (paper) work of medicine: Understanding international medical cost. Journal of Economic Perspectives. Vol. 25 no 2. 2011.

104 Person, M. Disparities in health expenditure across OECD: countries. Why does United States spend so much more than other countries. Written statement to Senate Special committee on aging. OECD 2009.

utgångspunkten vara att tjänsterna ska produceras så effektivt som möjligt, inte konsumenternas fria val. En socialförsäkring kräver en statlig organisation för strategisk upphandling av vård och omsorgstjänster. En socialförsäkring är inte förenlig med LOV-reformen eller med RUT-avdrag som driver kostnaden och inte stimulerar kvaliteten. En slutsats om försäkringsfinansierad vård formuleras i den brittiska affärstidningen Economist: ”If Obama where starting from scratch there would be a strong case (even to a newspaper as liberal as this one) for a system based mostly around public funded health care.”^[105]

6.2 Producera mer än vad som ”behövs”

En trepartrelation, med åtskillnad mellan finansiär, brukare och utförare, innebär mer kostnader. Varken den försäkrade eller vård- och omsorgsförretaget har skäl att hålla nere kostnaderna.

Kontroller krävs för att förhindra att finansiären, som kan vara kommunen/landstinget eller ett försäkringsbolag, får betala för mycket för en tjänst som beslutas i allians mellan brukaren och utföraren. ”Forskningen visar att privatisering av trovärdighetsvaror riskerar att leda till ökade kostnader genom att privata aktörer skapar sin egen efterfrågan.” Det skriver ekonomen Erik Lindqvist.^[106] Producenten vill skapa sin egen efterfrågan genom att erbjuda fler tjänster än vad som är helt nödvändigt. I SNS-rapporten *Konkurrensens konsekvenser* finns flera exempel på ökade kostnader som följd av trepartsrelationer eller mer produktion än nödvändigt.^[107]

Under perioden 1994-2006 fick de funktionsnedsatta som använde privata utförare 18 procent fler timmar än de som använde kommunen. I denna forskningsrapport har graden av funktionsnedsättningar kontrollerats så att det inte är behovet som styr utan vilken som är utförare. Det är ett exempel på en koalition mellan brukaren och utföraren mot finansiären som är kommunen.^[108] Forskningen visar således ”relativt entydigt att kundval i kombination med prestationsfinansiering ökar produktionen i bemärkelsen att producenterna anstränger sig för att producera mera.” Det finns ”en risk för totalkostnadsexpansion som kan vara svårt att hantera.”^[109] Det är mot den bakgrunden förändringen av kommuners och landstingens tjänster ska värderas.

Landstingen och kommuner har i ett tidigare skede i praktiken varit ensamma producenter och finansiärer av sjukvård och omsorg. Man kan säga att det varit och är planekonomier där politiker och tjänstemän fördelar resurser efter vad de ser som medborgarnas behov och inte minst vad den medicinska sakkunskapen eller kommunernas biståndsbedömare anser rimligt utifrån lagtexter. Utbud och behov samt efterfrågan på vård och omsorg har hållits samman i ett system. En svaghet i monopolsystemet är att valfriheten är låg. Det är viktigt att notera att ökad valfrihet

105 Economist 27:e Juni 2009.

106 Lindqvist.E. Privatisering av trovärdighetsvaror. Nr 3 Institutet för näringslivsforskning. 2008.

107 Hartman, L. Slutsatser. Ur Hartman, L. Konkurrensen konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? SNS Förlag 2011.

108 Szebehely.M. Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? SNS 2011.

109 Kastberg, G. Vad vet vi om kundval? En forskningsöversikt. Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.

inte innebär att fler patienter eller äldre får mer vård eller omsorg. För det krävs det totalt sett mer resurser.

I ett andra skede sker en uppdelning genom separation av finansiärer som blir beställare i förhållande till utförare.

Det tredje steget är att bjuda in alternativa producenter till att utföra de offentligt finansierade uppgifterna.

Det fjärde steget är privat finansiering av vården eller omsorgen genom att individen köper försäkringar av försäkringsbolag. Det fjärde steget beskrivs som ökad valfrihet men risken är mycket stor för ökade kostnader som innebär att det är mindre resurser som är tillgängliga för val.

Det finns en stark opinion för valfrihet. När det gäller äldreomsorg anser 30 procent att det är mycket viktigt och 34 procent att det är ganska viktigt med valfrihet mellan olika servicegivare. Motsvarande tal inom sjukvård är 27 respektive 36 procent.^[110]

Valfrihet är inte utan ekonomiska konsekvenser. Vård och omsorg är kollektivt finansierade tjänster och som skiljer sig från privat finansierade tjänster. Om en konsument, som vill ha många val, väljer att beställa en a la carterätt rätt på lunchrestaurang får individen betala ett högre pris och vänta längre på rätten än den som väljer någon av dagens rätter. Prissättningen för det valet återpeglar den högre kostnaden i jämfört med den mer effektiva produktionen av dagens lunch. Individen har här vägt nytan av den alternativa lunchrätten mot den högre kostnaden. Men vid kollektivt finansierade tjänster (vård, skola och omsorg) behöver kunden inte väga sin nytta mot en negativ effekt för andra. Att producera offentliga tjänster enligt principen a la carte leder till betydande förluster i effektivitet som får finansieras av alla som finansierar eller brukar tjänsterna.

Jämförelsen med persontransporter visar att valfrihet kan omdefiniera en tjänst.

Det skiljer relativt mycket i pris mellan en flygresa som inte är ombokningsbar och en ”flexbiljett”. I exemplet med flygresan är tjänsten i sin kärna identisk, samma plan, samma service och samma destination. Tjänstens karaktär påverkas inte av att kunden vill hålla hemresan ombokningsbar. Men det är annorlunda på marknader för välfärdstjänster. De liknar tågresor där resandes krav på många stationer, där de kan stiga av och på tåget, omdefinierar tjänstens karaktär och sänker dess effektivitet för andra.

Kommuner och landsting är i själva verket inköpsföreningar på en vård- och omsorgsmarknad och en sådan måste begränsa variationen i de produkter som köps och förmedlas. Väsentligt ökad valfrihet definierar om tjänsterna äldreomsorg och sjukvård. Valfrihet är helt enkelt en annan tjänst än reguljär omsorg och vård. Det är en tjänst med karaktär av lyxvara mer än en normal vara. Viljan att finansiera andras lyxkonsumtion är sannolikt lägre än viljan att finansiera de nödvändiga delarna av vården och omsorgen. Patientens möjlighet att välja mellan olika behandlingsformer och rätten att vara medagerande i vården eller omsorgen är däremot val som inte har negativa effekter för andra, men stora vinster för den enskildes självständighet. Att eftersträva jämbördighet med professionen i

110 Nilsson. L Presentation. SOM-institutet. Göteborgs Universitet. 2014.

besluten är något annat än att via marknader försöka vara yrkesutövarnas herre.

Möjligheten att välja är självklart en viktig nytthet, även om det viktigaste är att det finns resurser. På en marknad för privata varor finns ett pris för val och tillval som exemplet med att inte välja dagens lunch visade. För offentligt finansierade tjänster för vård eller omsorg finns inget pris för val så vi vet inte hur brukarna värderar val i förhållande till resurser. Om val har en kostnad så bör priset spegla att det blir mindre resurser för brukarna eller att det krävs högre skatter. Nu finns en förställning om att val av tjänster inte är en kostnad utan att det som för vanliga varor och tjänster kan leda till en effektivare produktion. Jämförelser mellan olika vårdssystem visar att det inte verkar vara så. ●



För offentligt finansierade tjänster för vård eller omsorg finns inget pris för val så vi vet inte hur brukarna värderar val i förhållande till resurser.

7. ALTERNATIVET HÖGRE SKATTER

7.1 Måttlig skattehöjning finansierar fler äldre

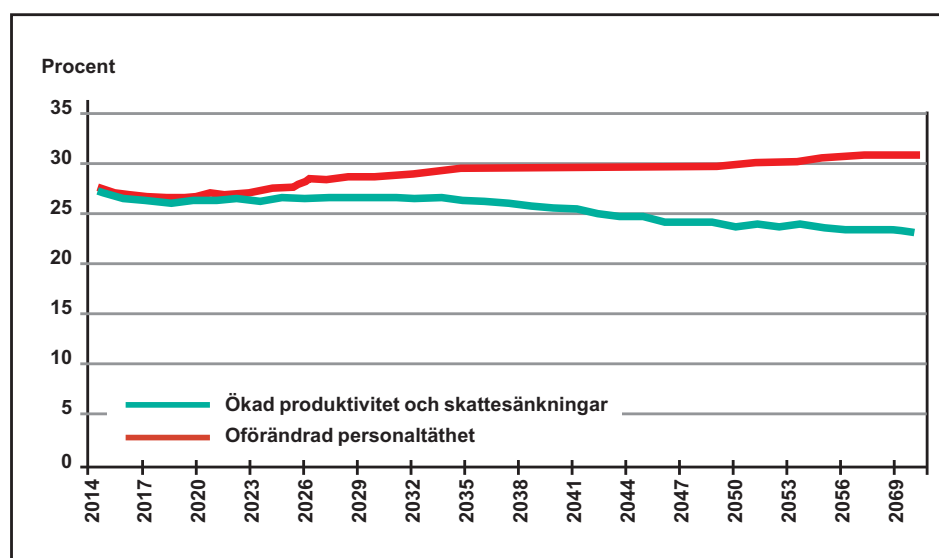
En beskrivning är att välfärdssystemen inte är uthålliga och att det krävs extrema ökningar av kommunalskatten och att det därför är nödvändigt med privata alternativ.^[111] Konjunkturinstitutet visar att den dysterheten inte är trovärdig. På lång sikt behövs bara en måttlig skattehöjning. Det handlar därför inte främst om ekonomi utan om politik och om val av samhälle.

Här visas två alternativ för utvecklingen av offentlig konsumtion fram till år 2060.

Ett första alternativ utgår från produktiviteten i välfärdstjänsterna ökar så att antalet personal per brukare minskar. Det leder till att konsumtionen minskar som andel av BNP, från dagens nivå på 27 procent till cirka 23 procent år 2060. Det är den utveckling som pågår, med mer av anhörigsatsen och sämre villkor för äldre och personal och den är förenlig med fortsatta skattesänkningar.

I ett andra alternativ, med oförändrad personaltäthet i välfärdstjänsterna, stiger i stället offentlig konsumtion som andel av BNP med 3,3 procentenheter av BNP till år 2060. Alternativet är förenligt med ny teknik i tjänsterna. Nya datorer, ny byggnads- och medicinteknik är finansierade i kalkylen. 2014 års teknik kommer alltså inte att användas år 2060.

DIAGRAM 5
TVÅ ALTERNATIV FÖR OFFENTLIG KONSUMTION 2014-2060.
ANDEL AV BNP



Källa: Konjunkturläget mars. 2014. Konjunkturinstitutet 2014.

Kommunalskatten behöver öka från knappt 32 kronor till 36 kronor år 2030 och 39 kronor år 2060. Det är alltså inte nödvändigt att öka kommunalskatten med 13 kronor redan till år 2035 vilket en SKL-rapport häv-

111 Framtidens utmaning – välfärdens långsiktiga finansiering. Programberedningen för välfärdsfinansieringen. Sverige Kommuner och Landsting. 2010.

dade år 2010.^[112] Kommunals utredare har ett liknande scenario. Det går fram till år 2050 och är förenligt med ökad kvalitet, i detta fall 10 procent fler anställda, men det leder bara till en ökning med fyra skattekröner.^[113]

För att de offentliga finanserna ska vara långsiktigt hållbara behöver skatteintäkterna permanent öka med 1,5 till 2 procent av BNP i alternativet med oförändrad personaltäthet. Är det en omöjlighet? Som genomsnitt har skatternas andel av BNP mellan 1993-2013 varit uppemot 49 procent men har sedan minskat till 44 procent år 2013.^[114] Det är knappast märkligt att återvända till den genomsnittliga skattenivån för de senaste 20 åren. Fram till år 2060 är det 46 år. Räkna bakåt i tiden så hamnar vi på år 1968 med en väsentligt lägre levnadsstandard än idag. Många av de prylar som nu finns i hemmet var inte uppfunna då. Bara en liten del av ökningen av inkomster de närmaste 46 åren kommer att behövas för mer vård och omsorg och den privata levnadsstandarden kommer att vara väsentligt högre. Befolkningen år 2060 kommer nog att se på år 2014 som vi idag ser på 1968, ett år med svartvit tv, bara en tv-kanal och grå telefon från Televerket.

Alternativet med ökade skatter bygger på antagandet att lönerna i välfärdstjänster inte ökar relativt med andra sektorer. Vidare att olika gruppers sysselsättningsgrad är kvar på dagens nivå. Dessutom, vilket är mycket viktigt, är pensionsåldern kvar på dagens nivå hela perioden. Hittills har den faktiska pensionsåldern stigit. Ett alternativ visas av Kommunals utredare där andelen sysselsatta stiger något samt att pensionsåldern ökar till 67 år fram till år 2060. Det sänker behovet av höjd kommunal-skatt med drygt två kronor.^[115]

Argument för varför det inte går att höja skatten är att det minskar viljan till arbete. Det är ett bra argument. Motargumenten är brist på skattefinansierad omsorg redan minskar arbetsutbudet. Socialstyrelsens och forskares undersökningar visar att anhöriga går ned i arbetstid eller lämnar arbetsmarknaden beroende på brist på omsorg.^{[116][117]} En kalkyl som enbart räknar med dem som lämnat arbetsmarknaden på grund av omsorg om äldre anhöriga, inte de som går ned i arbetstid, visar ett skat-tebortfall för kommuner och landsting på 11- 25 miljarder kronor. Det lägre talet bygger på att de som anställda arbetade deltid. Detta är verkligen inte en fullständig offentlig finansiell kalkyl, som tar hänsyn inkomst-bortfall för staten och socialförsäkringarna, varför förlusten är mycket högre.

Det är sedan den kommunala åtstramningen i mitten av 1990-talet en påtagligt sämre utveckling för kvinnors sysselsättning i relation till män i åldersgruppen 55-64 år. Minskningen sker samtidigt som resurserna för omsorgen relativt krymper. Andelen kvinnor utanför arbetskraften cirka 48 procent högre än för männen år 1987. Den andelen minskade till bara

112 Framtidens utmaning – välfärdens långsiktiga finansiering. Programberedningen för välfärdsfinansieringen. Sverige Kommuner och Landsting. 2010.

113 Dalin. T & Berglund. T. Välj välfärden - vi har råd! Kommunal. 2010.

114 Nationalräkenskaper, kvartals- och årsberäkningar. SCB 2014.

115 Dalin. T & Berglund. T. Välj välfärden - vi har råd! Kommunal. 2010.

116 Anhöriga som ger omsorg om närstående. Omfattning och konsekvenser. Socialstyrelsen. 2012.

117 Loretzi. U. Hänger din mammas trygghet på dig? Att kombinera jobb med omsorg om föräldrar. Kommunal 2011.

cirka 25 procent högre under mitten av 1990-talet. År 2012 är denna andel på ungefär samma nivå som 25 år tidigare.^[118] Det är bara sämre hälsa jämfört med män och sämre äldreomsorg som är trovärdiga kandidater som förklaringar till att färre kvinnor arbetar. Det nya pensionssystemet ger samtidigt särskilt starka ekonomiska skäl för kvinnor att gå i pension senare vilket talar för att deras arbetsutbud borde öka.

Kvinnors förvärvsfrekvens är högre i länder där det finns subventionerad barnomsorg.^[119] Att barnomsorg påverkar arbetsutbudet är klart och det bör rimligen också gälla äldreomsorg. Skatthöjning för att finansiera ökad äldreomsorg är inte bortkastade pengar utan leder med stor säkerhet till högre arbetsutbud och ökade offentliga intäkter.

Ekonomer har utvärderat om jobbskatteavdraget faktiskt fungerat. De finner ingen statistiskt säker skillnad mellan olika grupper. De kan därför inte säga att grupper på arbetsmarknaden med låg sysselsättning ökat sin sysselsättning efter år 2006.^[120] Jobbskattavdraget kan fungera, men det kan inte säkert visas. Det är mer säkert att sysselsättningen minskat på grund av sämre utbyggd omsorg.

7.2 Ökat stöd för skattefinansierade tjänster.

Mellan valen 2006 och 2010 minskar andelen som anser att de sociala reformerna gått för långt från 59 till 45 procent.^[121] Den förändringen av opinionen har pågått sedan åren 1990/91.

Betalningsviljan för offentliga tjänster ökar när de tillfrågade ställs inför alternativet att minska den offentliga servicen. Det är 38 procent fler i befolkningen som anser att kommunal/landstingsskatten bör höjas hellre än att minska den offentliga servicen. År 2002 var balanstalet 33 procent. (Det som redovisas är balanstal i procent). Det är andelen som anser att det är ett bra förslag minus andelen som anser att det är ett dåligt förslag.

Det är stora skillnader mellan blocken. Balanstalet är för V 72, S 61 och MP 52 procent. De vill hellre att skatterna ska höjas. För både M och SD är detta balanstal 14. Statsvetaren Lennart Nilsson pekar också på intensiteten i frågan: genom att; ”cirka 40 procent väljer ytterlighetsalternativet *mycket bra förslag*. Det senare är ett mycket ovanligt svarsmönster när det gäller den här typen av frågor och är ett uttryck för intensitet i svaren.”^[122] Trenden med en mer positiv inställning till offentlig sektor fortsätter år 2013.

Det finns goda argument både för höjda skatter och för en socialförsäkring. Båda vägarna har nackdelar. Att vänta med att göra något är inte acceptabelt. Sverige måste också anpassa sig till ett mer globalt samhälle, oavsett vilken väg man än väljer. ●

118 AKU säsongsrensats månadstal. SCB 2012.

119 Forslund, A & Fredriksson, P. Income support systems, labour supply incentives and employment – some cross-country evidence. IFAU. Working paper 2009:32. 2009.

120 Edmark, K Liang, C-Y, Mörk, E & Selin, H. Jobbskatteavdraget. IFAU. Rapport 2012:2.

121 Ättapartivalet. 2010. Allmännavalen. Valundersökningen. SCB. 2011.

122 Nilsson, L. Välfärdspolitik och välfärdsoption 1986-2012: Vinster i välfärden? red Weibull, L, Oscirkarsson, H & Bergström, A (red) Vägskal. Göteborgs universitet: SOM-institutet. 2013.

OM ARENA IDÉ

Rapporten är utgiven av Arena Idés utredningstjänst, på uppdrag av Vision och Kommunal. Arena Idé är en oberoende tankesmedja med ett medborgar- och löntagarperspektiv. Vi vill vara ett alternativ till de näringslivsfinansierade tankesmedjorna på högerkanten. Vi ger ut rapporter och böcker, ordnar seminarier och debatter.

Vår målsättning är att vrida opinionsbildningen i en annan riktning och lyfta in frågor som i dag saknas i debatten. Vi vill undersöka vår samtid och påverka vår framtid. Vi verkar utifrån värderingar baserade på jämlikhet, jämställdhet, social rättvisa, demokrati och frihet. Arena idé ingår i Arenagruppen.

arenaidé

