

Äldreomsorgens finansiering

– varför äldrevårdsförsäkring?

Lars Söderström
Klas Bergenheim
Martin Karlsson
Mattias Lundbäck

Lunds Universitet,
Nationalekonomiska institutionen

 SVENSKA
KOMMUNFÖRBUNDET



Äldreomsorgens finansiering

– varför äldrevårdsförsäkring?

Lars Söderström
Klas Bergenheim
Martin Karlsson
Mattias Lundbäck

Lunds Universitet,
Nationalekonomiska institutionen

© Svenska Kommunförbundet
Skattebasberedningen
118 82 Stockholm

1:a upplagan, september 2000
ISBN: 91-7099-923-6

Text: Lars Söderström, Klas Bergenheim, Martin Karlsson, Mattias Lundbäck

Tryckeri: Halmstad Tryckeri AB

Grafisk form & produktion: Elisabet Jonsson, SK

Satt i AGaramond och Myriad

Omslag: Conqueror elfenbensgul 250 gr *Inlaga:* Multifine 100 gr

Förord

I SLUTET AV 1998 tillsatte Kommunförbundets styrelse en programberedning om finansieringen av kommunal verksamhet i framtiden – Skattebasberedningen. Beredningen ska lämna sin slutrapport i november år 2000.

Under en längre tid har det diskuterats hur kommunerna ska klara av att finansiera äldreomsorgen för ett stadigt växande antal äldre i framtiden. Allt oftare har det förts fram att äldreomsorgen borde finansieras via försäkringar istället för med kommunala skattemedel.

Beredningen har givit Nationalekonomiska institutionen vid Lunds Universitet i uppdrag att närmare belysa argumenten för och emot en försäkringsfinansiering av äldreomsorgen. Ansvarig för rapporten har varit professor Lars Söderström. Författarna svarar själva för de analyser och slutsatser som presenteras i denna rapport.

Den som vill lämna synpunkter på de frågor som tas upp i rapporten eller på annat sätt bidra till programberedningens fortsatta arbete kan vända sig till programberedningens sekreterare Niclas Johansson, tfn 08-772 42 77.

Stockholm i september 2000

Åke Hillman

Skattebasberedningen

Författarnas förord

DENNA RAPPORT ÄR skriven på uppdrag av Svenska Kommunförbundet. Uppdraget är att belysa fördelar och nackdelar med olika lösningar för försäkringsfinansiering av äldreomsorgen. Både en frivillig kompletterande äldreomsorgsförsäkring och en obligatorisk skall analyseras. Frågor som uppstår kring den praktiska utformningen av en äldreomsorgsförsäkring, till exempel vilka rättigheter den inbetalade premien ger och vem som skall besluta om tilldelningen av äldreomsorg, skall behandlas. Även internationella aspekter skall belysas, bland annat hur andra länders lösningar påverkar Sveriges val av finansieringssystem.

Detta är ett omfattande uppdrag. I den redovisning som ges i denna rapport har det varit nödvändigt att begränsa redogörelserna för olika försäkringsmodeller och analysen av dessa. Men i rapporten presenteras ändå ganska klara slutsatser om hur en svensk äldrevårdsförsäkring i grova drag bör gestaltas.

Arbetet har utförts vid Nationalekonomiska institutionen vid Lunds universitet under min ledning. I arbetsgruppen har ingått fil. dr Klas Bergenheim, fil. lic Mattias Lundbäck och fil. mag. Martin Karlsson, alla nationalekonomer. Vid två tillfällen har vi haft förmånen att få sammanträffa med representanter för Svenska Kommunförbundet och att då ta del av synpunkter på olika textutkast. Vidare har vi erhållit värdefulla synpunkter vid ett seminarium om äldrevårdsförsäkringar på Socialhögskolan i Lund.

Lund den 21 augusti 2000

Lars Söderström
professor

Innehållsförteckning

1 Inledning	6
Allmänt om finansieringen	6
Disposition	10
2 Bakgrund	11
Kostnadsutvecklingen framöver	12
3 Problem för kommunsektorn eller enskilda kommuner?	15
Illustrationer	15
Äldreomsorgen i utjämningsystemet	17
Kommentar	17
4 Den tyska omsorgsförsäkringen	19
Omfattning och finansiering	19
Förmåner	20
Utfallet av försäkringen	21
EU:s regler för exportabilitet	23
5 Problem på försäkringsmarknader	25
Anslutningen	25
Mora hazard	26
Cream skimming	28
Välfärdspolitiska rådets modell	29
Kompletteringar	30
6 Vårdtyngdsmätning och konkurrensutsättning	34
Vårdtyngdsmätning	34
Kundvals-system	35
7 Slutsatser	37
Referenser	39

1. Inledning

DENNA RAPPORT är ett bidrag till diskussionen om hur den framtida äldreomsorgen ska finansieras. Särskilt ser vi på möjligheten att införa en äldreomsorgsförsäkring. För att konkretisera diskussionen utgår vi från att äldreomsorgen innehåller tre grundfunktioner: produktion (vård), behovsbedömning och finansiering. Det naturliga är att behovsbedömningen görs av finansören, så vi särskiljer nu inte dessa två funktioner.¹ Vidare utgår vi från att finansieringen/behovsbedömningen respektive produktionen kan skötas av antingen staten, kommunen eller ett fristående organ. Det senare kan vara både privat och offentligt. Detta ger nio teoretiska modeller, numrerade 1–9:

	Finansiering & behovsbedömning		
	Staten	Kommunen	Fristående
Produktion			
Staten	1	(2)	(3)
Kommunen	4	5	(6)
Fristående	7	8	9

Dagens situation är vanligen modell 5, där kommunen är ansvarig för såväl finansieringen och behovsbedömningen som produktionen/vården. Ett alternativ är att kommunen behåller ansvaret för finansieringen och behovsbedömningen, medan ansvaret för produktionen läggs på en eller flera fristående producenter (modell 8). Modell 2, där kommunerna svarar för finansieringen/behovsbedömningen och staten för produktionen förefaller långsökt. Även modell 3 och modell 6 måste betecknas som mindre tilltalande. Det verkar inte särskilt rimligt att ett fristående organ ska stå för finansiering och behovsbedömning samtidigt som staten eller respektive kommun svarar

¹Det är också möjligt att behovsbedömningen görs av ett helt oberoende organ.

för produktionen. De senare kommer ju att ha monopolställning.

Ska kommunen ha ansvar för produktionen, är det rimligare att antingen staten (modell 4) eller kommunen själv (modell 5) svarar för finansieringen/behovsbedömningen. På motsvarande sätt är det svårt att tänka sig att någon annan än staten själv kan stå för finansiering och behovsbedömning när staten står för produktionen (modell 1). Modell 9 med fristående organ i alla funktioner innebär att äldreomsorgen helt läggs utanför statens och kommunernas *omedelbara* ansvarsområde. Även detta är principiellt möjligt. Av de teoretiska modellerna, sätter vi alltså frågetecken för modellen 2, 3 och 6.²

Allmänt om finansieringen

Äldreomsorgen, liksom sjukvård med mera, kan finansieras med avgifter, (försäkrings-) premier och/eller skatter. Dessa finansieringsinstrument kan grovt karakteriseras på följande sätt:

Avgift Betalning efter *faktiskt* vårdutnyttjande.

Mer eller mindre kostnadstäckande.

Premie Betalning efter *förväntat* vårdutnyttjande.

Individuell eller kollektiv. Frivillig eller obligatorisk.

Skatt Betalning *oberoende* av vårdutnyttjande.

Obligatorisk. Differentierad efter till exempel betalningsförmåga.

²Vi får anledning att motivera ett av dessa frågetecken närmare när vi kommenterar det förslag till äldreomsorgsförsäkring som nyligen lanserats av Gunvall Grip och Claes Örtendahl.

Avgifter

Äldreomsorgen finansieras idag till största delen inom ramen för den kommunala beskattningen. Det är endast en mindre del av utgifterna för äldreomsorgen som finansieras genom avgifter; 1997 låg avgifternas andel på cirka 6 procent (Svenska Kommunförbundet, 1998). Trots detta betalar många äldre en betydande del av sina inkomster i avgifter av olika slag.

Kommunerna har stor frihet att utforma avgifterna i äldreomsorgen. Lagen säger bara att avgifterna ska vara *skäliga*, att de inte får överstiga kommunens *självkostnad* och att de inte får uppgå till ett så stort belopp att den enskilde inte får behålla tillräckliga medel för sina personliga behov inklusive boendekostnader och avgifter för kommunal hälso- och sjukvård (*förbehållsbelopp*). Ett riktmärke beträffande nivån på avgifterna är att de ska kunna betalas utan socialbidrag. Som i andra sammanhang gäller också *likställighetsprincipen*, det vill säga att kommuninvånare inte får behandlas olika om inte sakliga skäl talar för detta. Att avgifterna inkomstdifferentieras anses vara förenligt med denna princip (Svenska Kommunförbundet 1997).

I praktiken förekommer fyra olika taxekonstruktioner:³

- *Enhetstaxa*. Alla betalar samma avgift oavsett inkomst och insatsens storlek.
- *Inkomstrelaterad taxa*. Avgiften kan antingen fastställas genom ett procentuttag på inkomsten eller genom ett antal inkomstintervall.

³I den ekonomiska välfärdsteorin finns slutsatser om hur offentligt producerade tjänster i allmänhet bör prissättas, se till exempel Bös (1986). Det är oklart vad dessa slutsatser betyder för äldreomsorgen. Denna skiljer sig från tjänster i allmänhet därigenom att efterfrågan är stokastisk och, när kontakt med läkare och socialarbetare väl etablerats, andra än konsumenten själv styr konsumtionens storlek. Ett rimligt riktmärke är dock att vårdavgifterna ska spegla kostnadsstrukturen. Inom rimliga gränser bör dyrare vård betinga ett högre pris. Detta har ett informationsvärde för såväl läkare och socialarbetare som patienter.

- *Insatsrelaterad taxa*. Taxan kan vara nivåindelad efter vissa timintervall, besök, specificerade tjänster etc. Den kan också utgå från exakt det antal hjälptimmar per specificerad tidsenhet, antal besök etc som erhålles.
- *Inkomst- och insatsrelaterad taxa*. Avgiftens bestäms av både inkomsten och insatsens omfattning.

Socialstyrelsen (2000) har gjort en genomgång av kommunernas avgiftspolitik som visar på stora skillnader mellan kommunerna. Dessa skillnader har ökat sedan 1997, då den senaste jämförelsen gjordes. Vidare ökar skillnaderna i avgifter för en och samma tjänst inom kommunerna. Detta beror på att en allt större del av taxorna är inkomstrelaterade, samt att progressiviteten i dessa taxor tenderar att öka. Som framgår av tabell 1.1 håller enhetstaxor respektive taxor som enbart är insatsrelaterade på att mönstras ut.

Tabell 1.1 • Andel kommuner med viss taxetyp i ordinärt respektive särskilt boende. Procenttal.

Taxetyp	Ordinärt boende		Särskilt boende		
	1989	1996	1999	1996	1999
Enbart enhetstaxa	10	5	3	10	11
Enbart insatsrelaterad taxa	26	16	10	4	4
Enbart inkomstrelaterad taxa	9	10	9	66	40
Insats- o inkomstrelaterad taxa	54	69	77	20	38
Annat alternativ	1	0	1	0	6
Summa	100	100	100	100	100

Källa: Socialstyrelsen (2000)

Ej kostnadstäckande avgifter förutsätter subventioner i någon form, det vill säga ersättning till vårdgivarna via skatter och/eller försäkringar. Subventioner kan ges som ramanslag till vederbörande producent eller i förhållande till utförda prestationer. I det senare fallet kan man ge subventionen i form av ett *högkostnadskydd* för en-

skilda vårdtagare. Man kan exempelvis relatera det maximala avgiftsuttaget till vederbörande persons inkomst.⁴ Detta blir analogt med att avgifterna själva differentieras efter vårdtagarnas inkomst. Vilken metod som är bäst kan diskuteras. I bägge fallen uppkommer marginaleffekter i form av minskad sparvilja med mera. Kostnaden för dessa effekter måste vägas mot kostnaden för att man annars tvingas sätta avgifterna eller högkostnadsskyddet så lågt att äldreomsorgen i huvudsak kommer att erbjudas med nolltaxa, vilket skulle öka efterfrågan på vård och framtvunga en hårdare ransonering i behovsbedömningen.

Försäkringspremier

Formellt skiljer sig försäkringspremier från avgifter därigenom att de utgår i förhållande till *förväntat* i stället för faktiskt vårdutnyttjande. Skillnaden behöver i praktiken inte vara så stor, i varje fall inte om premierna sätts på grundval av vilket vårdutnyttjande man har idag (*experience rating*). En sådan premiesättning passar emellertid inte särskilt bra i en äldrevårdsförsäkring.

Äldreomsorgen är speciell på det sättet att behovet gör sig gällande först i livets slutskede. Väljer man en försäkringslösning måste det alltså handla om rättigheter som för den enskilde räcker livet ut. Eftersom det är svårt för att inte säga omöjligt att förutse enskilda personers vårdbehov upp till femtio år i förväg, är underlaget för att använda differentierade premier minst sagt bräckligt. Det naturliga är att alla erbjuds en livsvarig försäkring till en enhetlig premie. Inbetalningen av premien skulle kunna ske med ett engångsbelopp, men för de allra flesta är det en fördel om inbetalningen kan betalas i delbelopp under en följd av år. För att illustrera hur stort belopp det kan bli fråga om, gör vi följande tankeexperiment.

⁴Kombinationen av kostnadstäckande avgifter och ett inkomstgraderat högkostnadsskydd analyseras i Söderström (1991).

Vi tänker oss att premien ska täcka den genomsnittliga kostnaden för vård i särskilt boende, cirka 350 000 kronor per år, under två år och att dessa år är de sista levnadsåren för respektive individ.⁵ För resonemangets skull antas att utbetalningarna från försäkringen sker under de år man är 81 respektive 82. Vidare tänker vi oss att man börjar sätta av medel för sin äldrevård vid en viss ålder: 55 år, 60 år eller 65 år. Under dessa förutsättningar ska varje individ göra 25, 20 eller 15 års avsättningar till en fond som när de uppnått 80 års ålder ska uppgå till 700 000 kronor. I tabell 1.2 visas hur stor den årliga avsättningen behöver vara om räntan på fondkapitalet är 5 respektive 10 procent. Som synes är nivån på de erforderliga avsättningarna starkt räntekänslig. Om räntan bara är 5 procent handlar det även i det fördelaktigaste fallet (25 års avsättning) om en månatlig premie på drygt 1 200 kronor.

Tabell 1.2 • Årlig insättning (kronor per år) för att om 25, 20 respektive 15 år erhålla ett kapital om 700 000 kronor. Räntan antas vara 5 respektive 10 procent.

Fondering startar	Ränta 5 procent	Ränta 10 procent
Ålder 55 år	14 667	7 118
Ålder 60 år	21 170	12 222
Ålder 65 år	32 440	22 032

I detta räkneexempel har vi antagit att det genomsnittliga vårdbehovet betingar en kostnad av 700 000 kronor. I praktiken kommer vissa försäkringstagare att kosta mindre och andra mer. Har en försäkringsgivare otur, kan denne bland sina försäkringstagare få en stor andel som visar sig mer än genomsnittligt vårdbehövande. För att parera denna risk behöver försäkringsgivaren ha egna fonder eller tillgång till återförsäkringar. Behovet av sådana garderingar understryks av att man omöjligen kan förutse kostnadsutvecklingen i vården flera decennier i förväg. Ny kunskap och

⁵Antagandet att äldreomsorgen huvudsakligen infaller under de två sista levnadsåren diskuteras i kapitel 2.

ny teknik, liksom ändrade familjeförhållanden med mera, kan leda till ökade vårdanspråk från de försäkrade.

Individuella försäkringar är sällsynta på vårdområdet. Vanligen används en kollektiv försäkring, till exempel för anställda på ett visst företag. Premien sätts då med avseende på kollektivets förväntade vårdutnyttjande. Om en sådan försäkring dessutom är obligatorisk (för alla som tillhör kollektivet) och kanske helt eller delvis betalas med arbetsgivaravgift, proportionellt löneavdrag och dylikt, blir skillnaden mot skattefinansiering uppenbarligen inte särskilt stor. Skattemodellen kan karakteriseras som en nationell/regional obligatorisk kollektiv försäkring.

Skatter

För skatter gäller att själva uppbörderna är tämligen enkel/billig. Men därför är denna finansieringsform inte utan kostnad. Kostnaden för samhället⁶ uppkommer därigenom att berörda personer ändrar sitt beteende vad gäller nivån på det totala utbudet av resurser (arbete, sparande) eller i fördelningen på olika användningar (yrkesval, kapitalplaceringar). Eventuellt påverkas också konsumtionsmönstret och därmed utbytet av inkomsterna. De samlade nyttoförlusterna (värderade i kronor) av sådana beteendeändringar kallas beskattningens *dödsvikt* (excess burden). Beräkningar visar att dödvikten i vissa fall – beroende på typ av skatt, skattenivå och ändamål – kan vara flera gånger större än ifrågavarande skattebelopp.⁷

Även om man hyllar principen att beskattningen ska ske i förhållande till betalningsförmågan, är det inte självklart att det måste röra sig om en inkomstskatt. Exempelvis moms och arbetsgivaravgift är tänkbara alternativ. Dessa belastar be-

folkningen ungefär i proportion till storleken på konsumtionen respektive lönen. En fördel med att använda konsumtionen som skattebas (det vill säga en moms) är att denna bättre än lönen/årsinkomsten återspeglar vederbörande persons *långsiktiga* betalningsförmåga (livsinkomst). De nämnda skatterna kan vara öronmärkta för äldreomsorg, varvid det är fråga om en nationell respektive lokal *äldreomsorgsavgift* (eller snarare skatt), men öronmärkning är inte nödvändig.⁸

Den statliga inkomstskatten skiljer sig från arbetsgivaravgiften därigenom att såväl kapitalinkomster som pensioner och dylikt ingår i underlaget. Härigenom har inkomstskatten den principiellt bredaste basen.⁹ Att praktiskt taget samtliga medborgare är skattskyldiga är sannolikt ingen nackdel. Psykologiskt torde det tvärtom vara viktigt att *alla* medborgare direkt bidrar till äldreomsorgens finansiering. I moms-fallet och i än högre grad i fallet med arbetsgivaravgift kan man få intrycket att framförallt pensionärerna, särskilt om de periodvis vistas utomlands, undandrar sig ansvaret för vårdnotan. Detta talar för att den tunga äldreomsorgsavgiften ska ha form av en inkomstskatt (eller kanske hellre en försäkringspremie).

Om finansieringen sker via den kommunala inkomstskatten – vilket kan förefalla naturligt¹⁰ – blir situationen annorlunda. *För det första* har

⁸En skillnad mellan moms och arbetsgivaravgift är att momsen belastar importen, medan arbetsgivaravgiften belastar exporten. Skillnaden kan dock neutraliseras genom att valutakurserna anpassas. En annan skillnad är att momsen tenderar att övervältras framåt på konsumentpriserna, medan arbetsgivaravgifterna tenderar att övervältras bakåt på lönerna. Det är därför i allmänhet lättare att höja momsen än att höja arbetsgivaravgifterna. Dock är ambitionen att harmonisera mervärdesbeskattningen inom EU en återhållande faktor.

⁹I praktiken är inte skattebaserna oberoende av varandra. Exempelvis innebär höjningar av arbetsgivaravgifter att inkomstbeskattningen får en mindre bas.

¹⁰Hur naturligt detta är kan diskuteras. Det är strängt taget bara de nordiska länderna som har en mera utvecklad inkomstbeskattning på lokal nivå. Se Söderström (1994, 1998).

⁶Med samhälle avses här inte enbart stat och kommun, utan folkhushållet som helhet.

⁷Dessa frågor behandlas tämligen utförligt i Andersson et al. (1986) och Bertmar et al. (1986). Se också till exempel Browning (1987). Dödvikten beräknas på en marginell skattehöjning.

denna skatt en något smalare bas i och med att kapitalinkomster enbart beskattas av staten.¹¹ Belastningen på löntagare och pensionärer blir alltså högre i detta fall. För det andra tillkommer problemet att skattebasen (per invånare) är olika stor i olika kommuner. För att detta förhållande inte ska få fullt genomslag på de kommunala finanserna krävs någon form av utjämningsystem. Detta leder i sin tur till att kommunerna blir mer eller mindre oberoende av den egna skattebasens utveckling. Frågan är varför man i så fall ska hålla fast vid den kommunala beskattningen. En kommuns incitamentet att vårda sin skattebas kan i detta fall bli allvarligt försvagat.¹²

För valet mellan de diskuterade skattebaserna har det intresse att veta hur de totala vårdutgifterna påverkas. Grundprincipen bör – som nämnts – vara att det är finansören som via behovsbedömningen bestämmer vilken volym som äldreomsorgens ska ha. Accepteras denna princip, är frågan vem som är mest lämpad att göra behovsbedömningen: staten, kommunerna eller något fristående organ? Först när den frågan är besvarad kan finansieringsfrågan ges en djupare analys.

Disposition

I kapitel 2 ges en kort översikt av dagens situation och den förväntade kostnadsutvecklingen för äldreomsorgen. Vi får där anledning att belysa frågan huruvida äldreomsorgen står inför en finansiell kris eller inte. I kapitel 3 ser vi lite närmare på den kostnadsutjämning som sker inom kommunsektorn. Är denna utjämning effektiv kan man säga att eventuella problem med äldreomsorgens finansiering är en utmaning för kom-

munsektorn som helhet snarare än för enskilda kommuner. Detta bör man ha klart för sig i diskussionen om en äldrevårdsförsäkrings utformning.

Efter dessa genomgångar går vi mer direkt in på försäkringsfrågorna. I Europa är Tyskland föregångsland på omsorgsförsäkringsområdet. I kapitel 4 presenteras den tyska försäkringen. Vi tar där också upp frågan om EG-rättens utveckling på äldreomsorgens område.

I kapitel 5 diskuteras principiella aspekter på försäkringsarrangemang. Diskussionen sker med utgångspunkt från det förslag till äldrevårdsförsäkring som presenterats av Grip & Örtendahl (2000). Förslaget jämförs med den modell som föreslagets i den senaste rapporten från Välfärdspolitiska rådet (VPR) vid Studieförbundet för Näringsliv och Samhälle (SNS), Söderström et al. (1999). Ett viktigt syfte med VPR-modellen är att begränsa kommunernas möjligheter att ägna sig åt så kallad cream skimming.

Oavsett hur äldreomsorgen finansieras, måste man finna lämpliga former för dess organisation. Vare sig vårdgivarna ("utförarna") är privata eller offentliga måste man hitta passande ersättningsystem. På något sätt måste man beakta att olika vårdtagare är olika mycket vårdkrävande. Denna aspekt behandlas i kapitel 6.

Efter dessa genomgångar ger vi i kapitel 7 förslag på lösningar av den svenska äldreomsorgens problem, som vi uppfattar att dessa ser ut. Inte idag, men väl när 40-talisterna når den åldern att äldreomsorg är aktuell för deras del.

¹¹Det kan diskuteras huruvida till exempel ålderspensioner är en form av kapitalinkomst. I så fall ingår kapitalinkomster också i den kommunala skattebasen.

¹²I Söderström (1994) diskuteras möjligheten att kommunerna likväl kan ha ett intresse av att den egna skattebasen växer. Det viktigaste skälet torde vara att skattebasen också utgör underlaget för kommuninvånarnas privata konsumtion.

2. Bakgrund

GENOM ÄDELREFORMEN, som påbörjades 1992, blev äldreomsorgen en huvudsakligen kommunal angelägenhet. Lagen stadgar att den som inte själv kan tillgodose sina behov har rätt till bistånd i form av hjälp i hemmet eller särskilt boende för service och omvårdnad för äldre. Det sägs uttryckligen att de äldre ska beredas möjlighet att leva och bo självständigt och under trygga förhållanden samt med respekt för personligt självbestämmande och integritet.

De vårdformåner som kommunerna ska tillhandahålla är alltså såväl service i ordinärt boende som särskilt boende för dem som är i behov av detta. I enlighet med ädelreformen har kommunerna dessutom ansvar för hälso- och sjukvård som bedrivs i särskilda boendeformer och dagverksamhet, samt för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Till detta kommer färdtjänst. I tabell 2.1 visas omfattningen på särskilt boende. Som framgår handlar det om ett brett spektrum av boendeformer. En komplikation är att benämningarna varierar från kommun till kommun (SOU 1999:33).

Tabell 2.1 • Boendeformer i särskilt boende

Benämning	Antal enheter	Andel enheter, %
Sjukhem	518	16
Servicehus	1 010	30
Ålderdomshem	397	12
Gruppboende	773	23
Servicebostäder	148	4
Äldreboende	155	5
Särskilt boende	224	7
Övriga benämningar*	119	4
Summa	3 344	100

*Vårdboende, demensboende, pensionärshem, korttidsboende

Källa: Socialstyrelsen (1998).

Behovet av äldreomsorg är starkt åldersrelaterat. Enligt statistik från år 1997 ges 8,4 procent av befolkningen över 65 år hjälp i ordinärt boende och 8,7 procent i särskilt boende. Motsvarande siffror för åldersgruppen 80+ är 19,8 respektive 23,2 procent. Båda andelarna har minskat successivt under 1990-talet (Finansdepartementet, 1999). Andelen av de allra äldsta som får äldreomsorg har minskat från 50 procent 1989 till 43 procent 1997 (Svenska Kommunförbundet, 1999). Även "vårdtyngden" är klart åldersrelaterad. I gruppen över 90 år har 30 procent av hemtjänstmottagarna en insats som överstiger 50 timmar i månaden och 16 procent har mer än 80 timmar i månaden. Tendensen har varit att hemtjänsten betjänar allt färre och att det skett en koncentration till pensionärer med större vårdbehov. En tredjedel av vårdtagarna i kommunernas hemtjänst behöver hjälp dygnet runt (Söderström et al., 1999).

De kommunala insatserna för äldre fördelar sig mellan olika vårdformer enligt följande: 73 procent av utgifterna (30 miljarder) går till vård och hjälp i särskilt boende, 24 procent (10 miljarder) går till vård och hjälp i ordinärt boende och 3 procent (1,3 miljarder) går till färdtjänst. Under 1990-talet har kostnaderna för särskilt boende ökat kraftigast, medan utgifterna för färdtjänst minskat (Finansdepartementet, 1999). Vården utförs huvudsakligen av respektive kommun själv. Det kan dock noteras att över hälften av kommunerna nu separerat myndighetsutövande och biståndsbedömning från själva utförandet och att inslaget av privata vårdgivare visar en viss uppgång. Under perioden 1993 till 1997 ökade det privata inslaget i hemtjänsten från 2 till 4 procent. Under samma tid ökade andelen personer i särskilda boendeformer i privat regi från 5 till 10

procent. Motsvarande utveckling för välfärdstjänster i stort var en ökning från fyra till mellan åtta och nio procent (SOU 2000:3, s. 180ff).

Kostnadsutvecklingen framöver

Äldreomsorgen hade obetydlig omfattning då verksamheten började byggas ut under 1950-talet. Därefter skedde en successiv expansion fram till slutet av 1970-talet, då kulmen nåddes ifråga om täckningsgrad. Det skedde en minskning i täckningen under 1980-talet och, om än i minskad takt, under 1990-talet. Under samma tid har det skett en kraftig ökning av andelen äldre, framförallt av andelen över 80 år. Den minskade täckningsgraden kan tänkas vara en följd av minskat behov, därför att de äldre generellt sett blivit friskare och mindre vårdbehövande eller därför att en höjd boendestandard gjort viss hjälp överflödigt. Men anledningen kan också vara en ökad restriktivitet i tilldelningen av äldreomsorg, som följd av en svag utveckling för den kommunala ekonomin (Svenska Kommunförbundet 1998, s. 151ff).

Uppskattningar av de framtida kostnaderna för äldreomsorgen präglas med nödvändighet av osäkerhet. En viktig anledning är att vårdbehovet i sig inte är väldefinierat. Snarare är det uppfattade behovet starkt avhängigt de resurser som finns tillgängliga. Trots detta brukar man i prognoser av kostnadsutvecklingen anta att vårdbehovet för olika individuella hälsotillstånd är konstant över tiden. Detta betyder att vårdbehovet antas vara bestämt av den demografiska utvecklingen och den långsiktiga trenden i de äldres hälsotillstånd. Vid sidan av vårdbehovet finns en rad faktorer som kan tänkas påverka kostnadsutvecklingen. Det handlar dels om faktorer som påverkar efterfrågan på omsorgstjänster, till exempel familjeförhållandena och möjligheterna att få stöd av anhöriga, dels om faktorer på utbudssidan som påverkar kostnadsläget, till exempel hur produktivitet och löneläget utvecklas.

Under senare år har det gjorts flera försök att uppskatta kostnadsutvecklingen för vård och omsorg i Sverige. Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) kom fram till att en stor ökning av äldreomsorgen är att vänta fram till 2010, med en mer begränsad ökning för sjukvårdens del. ESO (1998) uppskattar den sammanlagda kostnadsökningen i vård och omsorg fram till år 2030 till hela 60 procent. I Kommunförbundets långtidsutredning (Svenska Kommunförbundet 1998) är slutsatsen att kostnaderna för vård och omsorg kommer att öka med 18 procent fram till 2010.

Tabell 2.2 • Demografiskt betingad efterfrågeutveckling för vissa kommunala verksamheter baserad på 1997 års kostnader. Index 1998 = 100.

	Barn- omsorg	Skola	Sjuk- vård	Äldre- omsorg	Totalt
1998	100	100	100	100	100
2005	82	104	104	109	101
2010	87	95	107	114	102
2015	90	89	111	118	102
2020	92	93	115	127	107
2025	93	96	118	141	112
2030	89	97	121	160	116

Anm.: Skola omfattar grundskola, gymnasium och kommunal vuxenutbildning. Sjukvården omfattar både slutet och öppen vård samt tandvård och läkemedelskostnader.

Källa: SOU 2000:7, s. 82.

Tabell 2.2 sammanfattar den nämnda ESO-studien som den är citerad av Långtidsutredningen (SOU 2000:7). Denna studie är *statisk* i den meningen att vårdbehov med mera antas vara konstant i varje ålderskategori. Som tabellen visar är den snabba ökningen för äldreomsorgen inte typisk för sektorn ”vård-skola-omsorg” som helhet. Det demografiskt betingade resursbehovet för barnomsorg och skola väntas minska så pass mycket att den totala ökningen i förväntat resursbehov stannar vid måttliga 16 procent.

I tabellen är det förutsatt att det inte sker någon trendmässig förbättring eller försämring av de äl-

dres hälsa. Detta är ett diskutabelt antagande. I bilaga 8 till Långtidsutredningen analyseras implikationerna av alternativa hypoteser om de äldres hälsa och överlevnadsmönster. Det är troligt att det kommer att ske en minskad dödlighet bland äldre, men det är oklart hur detta påverkar vårdbehovet. Det finns tre konkurrerande hypoteser om hur de äldres ohälsa utvecklas när medellivslängden ökar:

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

Bristen på tillförlitligt empiriskt material har gjort det svårt att avgöra vilken av hypoteserna som är mest realistisk. På senare år har det dock börjat komma studier baserade på longitudinella data som pekar mot att frågan kan få en lösning. Ett exempel är studien av Zweifel et al. (1999). Där analyseras sambanden mellan ålder, återstående livslängd och sjukvårdskostnader i två schweiziska och ett amerikanskt datamaterial. En regressionsanalys visar att sambandet mellan sjukvårdskostnader och ålder inte är signifikant när återstående livslängd tas med som en oberoende variabel. Däremot ökar sjukvårdskostnaderna markant i livets slutskede, oavsett om detta infaller vid 60 år eller 90 år. Eftersom även andra empiriska studier kommer fram till liknande resultat torde hypotesen om den uppskjutna sjukligheten vara den som för närvarande framstår som mest realistisk (SOU 2000:7). Är detta riktigt kan

det totala vårdbehovet hålla sig konstant och även minska trots att folk lever längre.

Efterfrågan på offentligt tillhandahållna omsorgstjänster styrs inte bara av de äldres omsorgsbehov, utan också av en rad olika faktorer som påverkar deras *efterfrågan*. En viktig faktor är de äldres värderingar och deras förväntningar på offentligt tillhandahållna tjänster. Valet mellan informell (obetald vård av anhöriga) och formell (offentligt finansierad) vård styrs av tillgången på informell vård, framförallt av partner respektive barn, de äldres preferenser samt omsorgens alternativkostnad.

Ett försök att beakta alla dessa aspekter görs i OECD (1998). Där presenteras prognoser av det framtida vårdbehovet i nio industriländer.¹³ Prognoserna bygger på antagandet om den komprimerade sjukligheten. Dessutom beaktas den långsiktiga trenden i de äldres familjeförhållanden. Eftersom vårdbehovet i varje åldersklass antas ändra sig över tiden handlar det om en så kallad *dynamisk* prognos. Resultatet för Sverige framgår av tabell 2.3. Utifrån uppgifter om kostnader för äldreomsorg i de olika länderna prognostiseras också den långsiktiga utvecklingen av omsorgskostnadernas andel av BNP. Resultatet för Sveriges vidkommande framgår av tabell 2.4 på sidan 14.

Också Långtidsutredningen har gjort en dynamisk skattning av kostnaderna för vård och omsorg fram till år 2030. Även här extrapoleras de senaste decenniernas trender beträffande de äldres hälsotillstånd. Hälsoutvecklingen delas upp på åldersgrupper och kön. Det framgår att andelen gamla med svåra hälsoproblem kan förväntas minska över tiden. För männens del handlar det om en halvering fram till 2030. För kvinnorna är minskningen inte lika stark. I den mån antalet arbetstimmar i äldreomsorgen är proportionellt

¹³För att få jämförbarhet mellan länderna ser man bara på personer med starkt nedsatt funktionsförmåga (mätt i termer av ADL = Activities of daily living).

Tabell 2.3 • Vårdbehovet för äldre med starkt nedsatt funktionsförmåga. Dynamisk prognos. Procenttal.

År	Nivå				Förändring		
	1995	2000	2010	2020	1995– 2000	2000– 2010	2000– 2020
Total befolkning 65+, tusental personer	1 517	1 485	1 640	1 966	–2,1	10,4	32,4
Särskilt boende							
Andel av gruppen, procent	8,84	8,97	8,71	7,89	1,5	–3,0	–12,0
Antal omsorgstagare, tusental personer	134	133	143	155	–0,7	7,2	16,4
Hemtjänst							
Andel av gruppen, procent	9,37	8,89	7,06	6,40	–5,1	–20,6	–28,0
Antal omsorgstagare, tusental personer	142	132	116	126	–7,1	–12,3	–4,7
Totalt							
Andel av gruppen, procent	18,22	17,87	15,76	14,29	–1,9	–11,8	–20,0
Antal omsorgstagare, tusental personer	276	265	259	281	–4,0	–2,5	–5,9

Källa: OECD (1998).

Tabell 2.4 • Äldreomsorgens kostnader som andel av BNP. Dynamisk prognos. Procenttal.

År	Nivå				Förändring		
	1995	2000	2010	2020	1995– 2000	2000– 2010	2000– 2020
Hemtjänst	1,35	1,23	1,05	1,17	–8,7	–14,6	–5,2
Särskilt boende	1,51	1,48	1,54	1,71	–2,4	4,4	15,8
Totalt	2,86	2,71	2,59	2,88	–5,4	–4,3	6,3

Källa: OECD (1998).

mot förekomsten av äldre med svår ohälsa, kommer personalbehovet att öka betydligt mindre än vad en statisk framskrivning ger vid handen. Ökningen fram till år 2030 blir mellan 20 och 30 procent, jämfört med knappt 60 procent med den statistiska framskrivningen.

Skillnaderna mellan en statisk och dynamisk framskrivning är stora. Medan vård- och omsorgskostnaderna ökar med 0,8 procent per år i den statistiska framskrivningen, ökar de med bara 0,4 procent per år när hänsyn tas till en förbättrad hälsoutveckling. På 30 års sikt handlar det om en ökning med 27 respektive 13 procent. När hela vårdsektorn, det vill säga både sjukvården och äldreomsorgen, sätts i relation till hela samhälls-ekonomi ger olika scenarier om framtiden vid handen att vårdkostnaderna kommer att stiga till mellan 11 och 13 procent av BNP. Dagens nivå är

cirka 10 procent. Den aggregerade ökningen är alltså tämligen måttfull.

Den slutsats som Långtidsutredningen drar av detta är att talet om en förestående ålderschock är starkt överdrivet. Kostnaderna för vård och omsorg kommer att öka, men inte i den omfattning som tidigare befarats. Men utvecklingen behöver därför inte bli oproblematiserad. Medför den pågående globaliseringen att skattebaserna tunnas ut kan den offentliga sektorn hamna i ett pressat ekonomiskt läge.¹⁴ Och en arbetstidsförkortning kan leda till att utrymmet för offentliga åtaganden krymper ytterligare, samtidigt som kostnaderna för bland annat äldreomsorgen stiger.

¹⁴ Detta gäller speciellt Sverige, eftersom vi startar med ett förhållandevis högt skattetryck.

3. Problem för kommunsektorn eller enskilda kommuner?

FRÅGAN I DETTA kapitel är om de ökade kostnaderna för äldreomsorgen ska ses som ett problem för enskilda kommuner eller för kommunsektorn som helhet. Att frågan kommer upp beror på att det i Sverige – liksom i de andra nordiska länderna – finns ett ambitiöst system för att eliminera eller i varje fall reducera strukturella skillnader i kommunernas och landstingens inkomster och kostnader. Tidigare skedde utjämnningen med hjälp av differentierade statsbidrag, men den har ändrats till överföringar i form av bidrag och avgifter mellan kommunerna respektive landstingen ("Robin Hood-metoden"). Dagens system är från 1996, men har genomgått ändringar sedan dess, senast i år.

Illustrationer

Kostnadsskillnaderna mellan kommunerna är betydande. Tabell 3.1 visar kostnaden för vård och omsorg avseende äldre och funktionshindrade år 1998 i de fem kommuner som hade lägst respektive högst bruttokostnad. I kostnaden ingår särskilt boende, sjukhem, hemtjänst, omsorger om psykiskt utvecklingsstörda samt omsorgsverksamhetens andel av kostnader för administration av lokaler. Kostnader för färdtjänst och försök med kommunal primärvård ingår ej.

Som tabellen visar är kostnaden per invånare över 65 år mer än dubbelt så hög i den dyraste kommunen (Gällivare) som den billigaste (Båstad). Anledningen till denna skillnad ligger inte i andelen äldre i befolkningen. Det finns relativt fler äldre invånare i Båstad än i Gällivare. Anled-

Tabell 3.1 • Kostnaden i vissa kommuner för vård och omsorg för vård av äldre 1998 i vissa kommuner. Kostnaden anges per invånare över 65 år.

Kommun	Kostnad tkr/inv. 65+	Andel med hemtjänst, %		Andel med särskilt boende, %		Andel av befolkningen, %	
		65–79	80+	65–79	80+	65–79	80+
Båstad	34,1	1,7	11,2	1,6	16,5	16,1	6,9
Täby	39,7	2,1	12,1	3,2	24,6	9,9	3,0
Oxelösund	40,0	2,2	17,4	2,6	20,4	15,0	4,1
Öckerö	40,4	2,1	15,1	1,8	16,6	12,2	4,0
Helsingborg	40,4	4,9	27,8	1,4	16,0	13,4	5,3
Österåker	72,5	2,2	15,6	1,5	19,1	7,6	2,0
Ekerö	74,1	3,1	18,0	2,0	16,6	7,8	2,5
Boden	74,5	3,3	14,4	2,8	28,3	13,3	4,9
Kiruna	76,2	4,7	22,3	2,5	14,6	11,6	2,9
Gällivare	76,4	4,3	18,5	4,8	33,9	13,4	4,1
Hela riket	53,4	3,8	19,5	2,5	21,0	12,5	4,9

Anm.: I kostnaden ingår särskilt boende, sjukhem, hemtjänst, omsorger om psykiskt utvecklingsstörda samt verksamhetens andel av kostnader för administration av lokaler.

Källa: Vad kostar verksamheten i Din kommun? Bokslut 1998.

ningen måste alltså vara att det är relativt fler i åldersklasserna som får vård i Gällivare än i Båstad och/eller att genomsnittskostnaden för den vård som erbjuds är högre i Gällivare än i Båstad. Mycket riktigt, som tabellen visar är andelen som får hemtjänst eller särskilt boende mycket högre i Gällivare än i Båstad. Men detta är inte hela sanningen. Vissa av kommunerna med högst kostnad per invånare ligger under riksgenomsnittet vad gäller både andelen som får hemtjänst och andelen som får särskilt boende. Uppenbarligen finns det också en skillnad i kostnaden per vårdtagare. En faktor som påverkar denna kostnad är omfattningen på LSS-fall. Se tabell 3.1.

En fråga man kan ställa sig i detta sammanhang är i vad mån kostnadsskillnaderna speglar olikheter i kommunala prioriteringar. Det är upp till den enskilda kommunen att bestämma extra generösa kriterier för tilldelningen av omsorg och att sätta ambitionen extra högt vad gäller kvaliteten på omsorgen. Sådant tar sig naturligen uttryck i kostnadsskillnader. En jämförelse från Kommunförbundets Äldreberedning visar att kostnaderna för vård och omsorg till äldre är uppemot 50 procent högre i de dyraste kommunerna jämfört med de billigaste, även sedan skillnader som beror på strukturella faktorer räknats bort! En slutsats som Äldreberedningen drar är att kom-

munerna faktiskt kan påverka större delen av kostnadsskillnaderna (Svenska Kommunförbundet, 1999).

Som en illustration av kostnadsskillnaderna visas i tabell 3.2 nedan hur kostnaden per invånare varierar med skattesatsens storlek. Skattesatsen används här som indikator på kommunens ambitionsnivå vad gäller kommunal service.

Enligt tabell 3.2 finns det ett tydligt samband mellan hög skattesats och hög kostnad för omsorgen (per invånare). Men det går inte att hänföra denna skillnad till systematiska olikheter i andelen av befolkningen som får hemtjänst respektive särskilt boende. Det är bara kommunerna med allra högst skattesats som ligger klart över riksgenomsnittet för andelen som får hemtjänst och särskilt boende. Av tabellen framgår vidare att det finns en positiv korrelation mellan andelen äldre respektive "äldre äldre" (80+) och skattesatsens nivå. Varför åldriga kommuner har förhållandevis högt skatteuttag är inte lätt att säga. Möjligen är förklaringen att det handlar om kommuner i avfolkningsbygder. I och med att ungdomar flyttar ut, ökar andelen äldre i kommunen.

Tabell 3.2 • Samband mellan skattesats och total kostnad för vård av äldre och funktionshindrade 1998. Kostnader definieras som i tabell 3.1.

Kommunal skattesats	Kostnad tkr/ inv. 65+	Andel med hemtjänst, %		Andel med särskilt boende, %		Andel av befolkningen, %	
		65-79	80+	65-79	80+	65-79	80+
26,51-29,99	47,1	3,1	17,4	2,1	20,0	11,3	4,2
30,00-30,99	50,3	3,8	21,1	2,1	20,0	11,7	4,3
31,00-31,49	50,6	3,4	18,4	2,3	22,3	12,2	4,7
31,50-31,99	52,3	3,4	18,6	2,6	22,0	12,6	4,9
32,00-32,49	54,5	3,6	19,5	2,6	22,8	13,3	5,2
32,50-32,99	54,2	4,1	19,6	2,7	22,5	14,0	5,6
33,00-33,49	56,4	3,9	18,9	3,0	23,6	14,8	5,7
33,50-34,75	58,3	4,6	20,6	2,9	23,7	15,7	6,2

Källa: Vad kostar verksamheten i Din kommun? Bokslut 1998.

Äldreomsorgen i utjämningsystemet

Syftet med den kommunala kostnadsutjämningsen är att eliminera kostnadsskillnader som den enskilda kommunen inte råår över, så kallade strukturella kostnadsskillnader. Utgångspunkten för utjämningsen är en statistiskt beräknad *normkostnad* för olika kategorier invånare. Kategorierna särskiljs med avseende på ålder, kön, samboförhållanden och yrkesbakgrund. Från och med i år beaktas även antalet äldre med sydeuropeisk eller utomeuropeisk bakgrund. Tabell 3.3 visar hur normkostnaden i äldreomsorgen varierar mellan kategorierna.

på vårdbehov/ vårdtyngd översattes till den indelning som används i ULF-undersökningarna. Utifrån ULF-data har rikets befolkning över 65 år (uppdelad efter kön, ålder, samboende och yrkesbakgrund) fördelats på olika *ohälsogrupper* (full hälsa, lätt ohälsa etc). På dessa grupper har man sedan applicerat fältundersökningen beträffande vårdkostnader.

Nästa steg är att beräkna hur mycket äldreomsorgen skulle ha kostat i varje enskild kommun om man överallt följde den relevanta normkostnaden. Detta görs med befolkningen uppdelad i inrikes födda och personer med utländsk bak-

Tabell 3.3 • Normkostnader i äldreomsorgen. Kronor per invånare i respektive kategori.

	65–74 år		75–84 år		85+ år	
	gift	ej gift	gift	ej gift	gift	ej gift
Män						
Ej facklärd arbetare	3 266	15 538	13 741	51 310	67 505	124 775
Facklärd arbetare	3 154	14 871	13 201	49 650	65 908	122 209
Lägre tjänstemän	2 297	11 402	10 486	40 903	54 739	107 340
Övr tjänstemän m fl	1 312	6 458	6 204	25 937	39 501	87 696
Kvinnor						
Ej facklärd arbetare	3 348	10 256	22 163	41 392	125 719	117 722
Facklärd arbetare	3 143	9 781	21 428	40 009	121 403	115 076
Lägre tjänstemän	2 312	7 515	16 954	32 392	102 780	99 881
Övr tjänstemän m fl	1 264	4 224	10 067	20 329	72 120	80 468

Källa: SOU 1998:151, s. 72.

Normkostnadsberäkningen baseras på en fältundersökning som gjordes under våren 1994. Undersökningen omfattade cirka 10 000 vårdtagare i elva kommuner. Normkostnaderna baseras på de faktiska kostnaderna för vårdtagare i de kommuner som omfattades av fältundersökningen. Vårdkostnaden relaterades till vårdtagarens kön, ålder, civilstånd, boendestatus och boendeform samt eventuella hemtjänstinsatser och vårdbehov. För att generalisera resultaten av fältundersökningen till ett genomsnitt för den äldre befolkningen i hela riket och samtidigt möjliggöra att individernas yrkesbakgrund beaktades utnyttjades SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (ULF). De i fältundersökningen använda måtten

grund. För de senare är normkostnaden förhöjd med 50 procent. Efter vissa justeringar erhålles slutligen den så kallade *standardkostnaden* för respektive kommun.¹⁵ Standardkostnaden för äldre- och handikappomsorg varierade 1998 mellan 2 012 kronor (Håbo) och 10 991 kronor (Dorotea) per invånare.

Kommentar

Hur väl utjämningsystemet fungerar är svårt att bedöma. Att de faktiska kostnadsskillnaderna mellan kommunerna är mindre efter utjämnings-

¹⁵Justeringen görs för det aktuella kostnadsläget samt vissa kommunspecifika förhållanden, såsom institutionsboende i glesbygd.

en än före är odiskutabelt. Standardavvikelsen är 1 337 kronor per invånare efter utjämningen jämfört med 2 444 kronor före utjämningen. Men det är svårt att bedöma precisionen i utjämningen. Som nämnts är inte ambitionen att utjämna kostnadsskillnaderna över huvud taget, utan bara de skillnader som är strukturellt betingade.

Ett genomgående problem i kostnadsberäkningarna har varit att finna tillförlitliga faktaunderlag. Eftersom omsättningen inom gruppen äldre av naturliga skäl är hög, kan uppgifter om de äldres utspriddhet, samlevnadsförhållanden etc snabbt bli inaktuella. För att råda bot på detta beaktas från och med år 2000 de äldres civilstånd i stället för faktiska samboförhållanden. Fördelen med detta är att man får färskare siffror, men förbättringen sker till priset av att validiteten i informationen blir något lägre (SOU 1998:151, bilaga 8).

Uppgifter om de äldres yrkesbakgrund baseras på Folk- och Bostadsräkningarna (FoB). Den senaste är från 1990. För att få en fullständig bild av de äldres yrkesbakgrund måste dock även äldre FoB:ar användas, och beräkningarna baserar sig idag även på FoB 1970. Trots detta finns det stora luckor i materialet, inte minst med avseende på kvinnornas yrkesbakgrund. Andelen saknade uppgifter varierar mellan 3 och 62 procent för männen i olika åldersgrupper samt mellan 18 och 90 procent för kvinnorna (SOU 1998:151, bilaga 8). Yrkesbakgrunden hos personerna i bortfallet skattas utifrån fördelningen för de äldre för vilka yrkesbakgrunden är känd. Förfarandet innebär att den skattade kostnadsstrukturen avviker i okänd omfattning från den faktiska strukturen. Huruvida eventuella avvikelser ökar över tiden är svårt att bedöma; kunskapen om yngre tillkommande pensionärers yrkesbakgrund med mera kan vara bättre än kunskapen om äldre bortfallande pensionärers yrkesbakgrund.

Uppgifterna om yrkesbakgrund för äldre med sydeuropeisk respektive utomeuropeisk bakgrund är än mer bristfälliga. Från och med år

2000 ska kommunerna kompenseras extra för äldre inom denna grupp. I brist på uppgifter om yrkesbakgrund görs ett schablonmässigt påslag på 50 procent. Detta innebär att man för denna grupp inte tar hänsyn till yrkesrelaterade skillnader i ohälsa.

Merkostnader för hemtjänst i glesbygd beräknas utifrån antal invånare över 80 år som bor mer än 15 kilometer från närmaste serviceort. Kostnader för hemtjänst beräknas utifrån ett schablonmässigt antagande om vårdbehov. Kostnadsberäkningarna baserar sig från och med år 2000 på befolkningsunderlaget vid utgången av år 1995. Mycket talar för att de pensionärer som kommit till sedan dess uppvisar en i många avseenden anorlunda bakgrund och livsmönster än de som försvunnit. Bland annat pågår en omfattande ”urbanisering” inom pensionärskollektivet.

Ernst Jonsson har uppmärksammat problemet att skilja mellan påverkbara och inte påverkbara kostnadsskillnader. Efter att ha undersökt hur den beräknade standardkostnaden i olika kommuner avviker från den faktiska kostnaden i förhållande till vad som kan förväntas utifrån servicenivån har han dragit slutsatsen att systemet tycks ha en politisk bias (Jonsson, 1998, s. 54).

Sammantaget vill vi sätta ett frågetecken för nuvarande utjämningsystems förmåga att kompensera kommunerna för de strukturella kostnadsskillnader som ligger i äldreomsorgen. Eftersom det är angeläget att få en riskutjämning till stånd, öppnar detta för en diskussion om alternativa sätt att justera kostnaderna för risker inom äldreomsorgen. Alternativet är att finansieringen av äldreomsorgen flyttas utanför kommunsektorn genom en eller annan form av äldrevårdsförsäkring. I följande kapitel ska vi se på några olika möjligheter att utforma en sådan försäkring. Vi börjar med den omsorgsförsäkring som införts i Tyskland.

4. Den tyska omsorgsförsäkringen

DEN TYSKA OMSORGSFÖRSÄKRINGEN (Pflegeversicherung) infördes 1995. Fram till dess hade långvarig omsorg inte varit en offentlig angelägenhet på samma sätt som sjukvård och pensioner. Det fanns sedan 1973 en möjlighet att få ersättning via sjukförsäkringen i särskilt svåra fall, men i övrigt förväntades den enskilde stå för sina kostnader själv. Viktigt att notera i sammanhanget är att försörjningsplikten för anhöriga sträcker sig längre i Tyskland än i Sverige. Sålunda måste den omsorgsbehövandes barn i mån av förmåga träda in och betala kostnaderna. Först sedan familjens inkomster och förmögenhet visat sig otillräckliga kan den enskilde söka hjälp i form av socialbidrag. Med tiden har omsorgen ändå blivit en svår belastning på socialbidragssystemet. År 1991 svarade den långsiktiga omsorgen för inte mindre än 40 procent av hela socialbidragsbudgeten.

Att avlasta socialbidragsbudgeten var ett viktigt motiv för införandet av en särskild omsorgsförsäkring. I övrigt var syftet med försäkringen att stödja och främja anhörigas och grannars insatser för omsorg i hemmet så att omsorgstagaren så länge som möjligt kan stanna i ordinarie boende samt att säkerställa en ändamålsenlig och nationellt enhetlig vårdinfrastruktur för att kunna erbjuda högkvalitativa professionella tjänster i såväl hemtjänst som särskilt boende.

Omfattning och finansiering

Den tyska omsorgsförsäkringen är ett fördelningssystem där riskerna är fullständigt poolade och förmånerna är helt oberoende av tidigare inbetalningar. Till skillnad från de flesta andra tyska socialförsäkringar är denna försäkring avgiftsbestämd: de årliga utbetalningarna får inte överstiga vad som flyter in i form av avgiftsintäkter.

I övrigt kan försäkringens regelverk sammanfattas i följande punkter (Evers, 1998):

- Alla med anställning eller med någon annan form av inkomst måste vara försäkrade.
- Arbetsgivare och arbetstagare bidrar lika mycket till finansieringen. Även pensionärer bidrar till finansieringen. Statstjänstemän får hälften av sina rättigheter betalda av arbetsgivaren och kan komplettera försäkringen med privata arrangemang. Man betalar då en subventionerad premie.
- Arbetstagare med höga inkomster, över 6 500 DM per månad (1998), kan välja att försäkra sig privat istället.¹⁶
- Familjemedlemmar utan inkomst är medförsäkrade och undantagna från försäkringspremien.¹⁷
- Beträffande socialbidragstagare bestämmer vederbörande socialbyrå om man ska betala försäkringspremien eller själv ta på sig risken för omsorgsbehov.

Den obligatoriska omsorgsförsäkringen administreras inom ramen för sjukförsäkringen, det vill säga av konkurrerande sjukförsäkringskassa. Den som redan har en sjukförsäkring blir automatiskt ansluten till omsorgsförsäkringen vid samma försäkringskassa. Vid sidan av kassorna finns privata försäkringsbolag som erbjuder motsvarande försäkringar åt personer som inte är tvångsförsäkrade. Dessa bolag är ålagda att erbjuda ett försäkringsskydd som är likvärdigt med den ordinarie

¹⁶Frivilligheten gäller egentligen sjukförsäkringen. För dem som har sjukförsäkring – frivilligt eller ej – är det obligatoriskt att teckna omsorgsförsäkring.

¹⁷Detta gäller för äkta make som inte själv uppbär förvärvsinkomst eller socialförsäkringsförmån. För barn gäller tre åldersgränser. Huvudregeln är 18 års ålder; för icke yrkesverksamma gäller 23 år och barn som befinner sig i annan utbildning än universitetsutbildning är försäkrade till och med 25 års ålder.

omsorgsförsäkringen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2000). Avgiftsnivån för dessa grupper är inte inkomstrelaterad, utan beror på den försäkrades ålder vid inträde i försäkringen.

Liksom övriga tyska socialförsäkringar är omsorgsförsäkringen i princip ofonderad. Det finns en buffertfond, som enligt lagen måste uppgå till minst 1,5 månaders utbetalningar. Den täcker i nuläget bara drygt tre månaders utbetalningar.

Förmåner

Efter en intjänandetid på fem år kan den försäkrade göra anspråk på förmåner. Alla – oavsett ålder – har rätt till ersättning från försäkringen, förutsatt att de har behov av omsorg. Omsorgsförsäkringen är alltså inte enbart en äldrevårdsförsäkring. Förmåner erbjuds i princip av tre olika slag, eller som kombination:

- professionell hjälp i hemmet (ambulerande omsorg)
- särskilt boende (stationär omsorg)
- kontantstöd (betalas ut till den omsorgsbehövande).

Förmånerna är inte inkomstprövade, men de är maximerade. Man får inte spendera mer än i genomsnitt 30 000 DM per år på en enskild individ. Två principer vägleder utbetalningen av förmåner. För *det första* har preventiva och rehabiliterande åtgärder företräde framför ren omsorg. För *det andra* har ambulerande omsorg företräde framför stationär omsorg. Det är alltså meningen att de äldre så länge som möjligt ska kunna stanna i sitt ordinära boende. Syftet med kontantstödet är att stötta privata, familjebaserade arrangemang.

Den ersättning som utgår ska så långt som möjligt motsvara den enskildes omsorgsbehov. Men detta görs utan större precision. Vid behovsbedömningen används endast *tre* nivåer på behovet. Bedömningen baseras på en läkarunder-

sökning. De avgörande faktorerna är nedsättningen i individens förmåga att utföra vanliga vardagsgöromål – hygien, födointag, rörlighet och inköp – samt den tid som hjälp med dessa göromål beräknas ta i anspråk. Minimigränsen ligger vid 1,5 timmars dagligt omsorgsbehov.

De tre behovsnivåerna är definierade enligt följande:

(I) Personer som behöver hjälp med minst två aktiviteter inom kroppslig omvårdnad minst 90 minuter om dagen och som flera gånger i veckan behöver hjälp med matlagning eller inköp.

(II) Personer som minst tre gånger om dagen – vid olika tillfällen – behöver hjälp med kroppslig omvårdnad och därtill flera gånger i veckan behöver hjälp med matlagning eller inköp. Totalt måste omsorgsbehovet uppgå till minst tre timmar om dagen, varav minst två inriktas på grundläggande omvårdnad.

(III) Personer som ofta behöver hjälp med kroppslig omvårdnad samt flera gånger i veckan behöver hjälp med matlagning och inköp. Omsorgsbehovet måste uppgå till minst fem timmar om dagen, varav minst fyra belöper sig på grundläggande omvårdnad.

Den kompensation som utgår på respektive behovsnivå framgår av tabell 4.1.

Tabell 4.1. Ersättning per månad från omsorgsförsäkringen för respektive behovsnivå. Normalbelopp i DM. Modifierade belopp används vid deltidsboende samt för särskilt vårdbehövande fall.

	Kontantstöd (anhörig- omsorg)	Hemtjänst (professionella tjänster)	Särskilt boende
Behovsnivå I	400	750	2 000
Behovsnivå II	800	1 800	2 500
Behovsnivå III	1 300	2 800	2 800

Källa: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000), s. 50.

I de fall omsorgstagaren väljer hemtjänst eller särskilt boende blir försäkringsersättningen en ”om-

sorgspeng” som förmedlas direkt till berörd vårdgivare.¹⁸ Det handlar alltså i detta fall om en kundvalsmodell. När kontantförmån väljs erhåller omsorgstagaren själv ersättningen, men förväntas kunna visa att den går till omsorg i hemmet. Anhörigvårdare kan göra anspråk på pensions- samt arbetskadeförmåner liksom vissa arbetsmarknadspolitiska förmåner som grundar sig på arbetslivserfarenhet.

Av omsorgstagarna väljer 18 procent att på egen bekostnad köpa fler tjänster än vad som står till buds inom försäkringens ram.

Utfallet av försäkringen

Omsorgsförsäkringen omsluter cirka 30 miljarder DM årligen. Varje år hittills har det uppkommit ett mindre överskott som kunnat föras över till buffertfonden. Denna uppgår i nuläget till drygt 9 miljarder DM. Liksom i Sverige väntas en snabb ökning av gruppen äldre och år 2030 beräknas andelen äldre utgöra 35 procent av befolkningen. Med tanke på omsorgsförsäkringens långsiktiga stabilitet har regeringen Schröder aviserat att man vill öka inslaget av fondering i systemet.

Vid årsskiftet 1998/99 hade försäkringen 71,4 miljoner tvångsförsäkrade och 8,1 miljoner frivilligt försäkrade. Cirka 90 procent av de försäkrade är alltså tvångsförsäkrade. Ansvarigt departement räknar med att cirka 300 000–500 000 invånare inte har försäkringsskydd. Denna grupp torde främst bestå av egenföretagare, som valt att inte teckna sjukförsäkring, samt vissa socialbidragstagare. Avgiften, som ursprungligen uppgick till 1 procent av bruttoinkomsten, är nu fastställd till 1,7 procent.

År 2000 finns det totalt 1,9 miljoner omsorgstagare med ersättning från försäkringen. Därav har 1,3 miljoner hemtjänst och 0,6 miljoner särskilt boende. Bland dem som vårdas i hemmet hör 51 procent till behovsnivå 1, 38 procent till behovsnivå 2 och 11 procent till behovsnivå 3. Motsvarande siffror för särskilt boende är 37, 41 respektive 21 procent. Det finns en svag trend mot att de lättare kategorierna ökar sina andelar. Tabell 4.2 visar hur förmånstagarna fördelar sig på åldersgrupper samt kön. Som synes är det en relativt stor andel – cirka 20 procent – av förmånstagarna som inte uppnått pensionsålder.

Tabell 4.2 • Förmånstagarnas fördelning efter ålder. Procent.

År	Åldersgrupp										Totalt	Män	Kvinnor
	–20	20–55	55–60	60–65	65–70	70–75	75–80	80–85	85–90	90+			
1995	6,9	10,9	3,3	4,4	6,4	9,4	9,8	18,8	19,0	11,0	100,0	35,6	64,4
1996	5,2	9,1	3,1	4,1	5,9	8,8	11,3	18,4	21,1	13,0	100,0	31,2	68,8
1997	5,2	10,1	3,1	4,3	5,8	8,5	12,5	16,1	21,0	13,4	100,0	31,6	68,4
1998	5,2	10,5	3,0	4,5	5,7	8,6	13,6	13,9	21,0	14,0	100,0	31,7	68,3

Källa: Bundesministerium für Gesundheit.

¹⁸Hemtjänsten ska i princip vara tillgänglig dygnet runt och året om, men då en stor del av omsorgsgivarna har mycket liten kapacitet (17 procent har färre än fem anställda) är tillgängligheten i praktiken mer begränsad. De flesta erbjuder dock akuthjälp och medicinsk vård. I utbudet finns vidare särskild hjälp åt psykiskt störda (54 procent), rehabilitering (80 procent), utlåning av hjälpmedel (75 procent) samt kostnadsfria omsorgskurser för anhöriga (50 procent). Vissa erbjuder även kompletterande tjänster som matleveranser (45 procent), färdtjänst (43 procent) och tvätthjälp (34 procent).

I tabell 4.3 visas förmånstagarnas fördelning efter typ av förmån. Här kan noteras dels att mer än hälften av förmånstagarna väljer kontantstödet, dels att andelen som väljer särskilt boende ökat successivt sedan denna omsorgsform infördes år 1996. Även inom kategori III är det en påfallande stor andel som väljer kontantstöd. Evers (1998) pekar på flera anledningar till detta, till exempel

att denna stödform passar bäst för det tyska familjemönstret samt att de olika stödformerna inte är så goda substitut till varandra som antagits.¹⁹ Kontantstödet har dock minskat sin relativa betydelse under senare år. Schneekloth & Müller (2000) pekar på att den egna värdeorienteringen haft större betydelse för valet än praktiska eller ekonomiska omständigheter.

niskor med psykiska problem (Schneekloth & Müller, 2000, s. 74).

Medan vårdtagarna är i huvudsak nöjda med omsorgsförsäkringen, är vårdgivarna starkt missnöjda. Också för dem är det vårdtyngdsmätningen som ger mest anledning till missnöje. Man menar att denna är för snål och att ersättningen från försäkringen inte täcker rimliga kostnader.

Tabell 4.3 • Förmånstagarna uppdelade efter förmånslag. Procent.

År	Typ av förmån								Totalt
	Kontantstöd	Hemtjänst	Kombination	Semesterinsats	Deltidsboende	Kortfristig omsorg	Särskilt boende	Särskilt boende för hkp	
1995	83,0	7,7	7,7	1,0	0,2	0,3	–	–	100
1996	60,4	6,8	8,7	0,4	0,2	0,4	22,7	0,4	100
1997	56,3	6,9	9,1	0,2	0,3	0,3	24,6	2,2	100
1998	53,6	7,5	9,6	0,2	0,4	0,3	25,2	3,2	100

Källa: Bundesministerium für Gesundheit.

Det finns drygt 11 000 vårdgivare i den ambulera omsorgen, som närmast motsvarar vår hemtjänst. De flesta vårdgivare som nu är verkamma fanns med redan före omsorgsförsäkringens införande. Nästan alla är privata och drivs med eller utan vinstmotiv. Offentliga utförare svarar bara för 4 procent av marknaden. Bland nystartade enheter märks en viss övervikt för privata bolag med vinstmotiv.

I huvudsak är vårdtagarna nöjda med omsorgsförsäkringen. Det finns dock visst missnöje med vårdtyngdsmätningen. Drygt en fjärdedel av omsorgstagarna uppger att de inte är nöjda med placeringen i kategori. Faktorer som drar upp missnöjet är bland annat placering i kategori I, stark belastning på den huvudsakliga vårdaren samt psykiska problem hos omsorgstagaren. Den sistnämnda faktorn talar för att vårdtyngdsmätningen underskattar omsorgsbehovet hos män-

Särskilt påtalas att de sociala aspekterna av omsorgen ges för lite tyngd, att dementas behov underskattas och att omsorgstagarna har för höga förväntningar. Trots missnöjet har över en tredjedel av vårdgivarna planer på att expandera verksamheten.

Som planerat har de omsorgsrelaterade kostnaderna för socialbidrag minskat under de år som försäkringen varit i kraft. Nedgången i socialbidragsberoende har dock inte varit så kraftig som man önskat. Detta gäller framförallt omsorgstagare i särskilt boende, där antalet socialbidragstagare inte ens halverats sedan försäkringen införts. Detta har sin förklaring i avgiftssystemet. Omsorgstagarna ska själva stå för kostnader för kost och logi som i genomsnitt uppgår till drygt 1 000 DM i månaden. Vidare belastas de med förbundsländernas utgifter för investeringar i infrastruktur med belopp uppgående till flera hundra DM i månaden. I de fall kostnadsnivån på en vårdinrättning överskrider det stipulerade taket för omkostnaderna, får enskilda omsorgstagare betala mellanskillnaden ur egen ficka. Genomsnitts-

¹⁹Av dem som valt kontantförmånen anger 78 procent i en aktuell undersökning att de gör det för att undvika att omsorgstagaren omhändertas av främlingar.

kostnaden för en plats i särskilt boende uppgick år 1998 till 4 261 DM (Öst: 3307 DM). Via socialbidragen kommer kommunerna alltså även fortsättningsvis att stå för en betydande del av finansieringen. Socialbidragen uppgår till cirka 5 miljarder DM eller en sjättedel av vad omsorgsför- säkringen kostar.

EU:s regler för exportabilitet

Vi vill i detta sammanhang kort beröra EG-rät- tens inställning till sociala förmåner av det slag som ingår i den tyska omsorgsförsäkringen.²⁰

EG-bestämmelserna om social trygghet tilläm- pas på all nationell lagstiftning vid sjukdom och moderskap, olycksfall i arbetet, arbetssjukdomar, invaliditet, ålderspensioner, efterlevandeförmåner, ersättning vid dödsfall, arbetslöshetsersättningar och familjeförmåner. Däremot omfattas inte nationella bestämmelser angående förmåner på so- cialtjänstområdet, då dessa är behovsprövade i flera medlemsstater, samt förmåner inom syste- men för förtidspension.

Det är inte möjligt att besluta om nationella re- gler som begränsar socialförsäkringsförmåner till de egna medborgarna. Man kan inte heller för- ordna att förmånen är tillgänglig endast inom medlemsstatens territorium. Vidare tvingas med- lemsstaterna att acceptera att deras eget monopol på socialförsäkringsområdet utmanas och att man förlorar den exklusiva rätten att bedöma klagomål över beslut. Detta följer av att EG-förord- ningen har företräde framför nationell rätt och kan åberopas av enskilda i rättsprocesser och kon- takter med myndigheter.

För pensionärer gäller i princip samma regel- verk som för förvärvsarbetande. Som den för när- varande är organiserad i Sverige faller äldreom- sorgen utanför det område som regleras av för- ordningen. Däremot öppnar förordningen möj-

lighet att åtnjuta vissa andra välfärdsförmåner i annan medlemsstat.

För det första stadgas beträffande pensioner att man har rätt att bära med sig pensionsförmåner som intjänats i vilken som helst medlemsstat där man varit försäkrad minst ett år, förutsatt att man uppfyller villkoren för pension enligt nationella regler. *För det andra* garanteras rätt till vård vid sjukdom. Man har rätt till alla förmåner vid sjuk- dom i bosättningslandet även om man aldrig va- rit försäkrad där. Villkoret är att man har rätt till dessa förmåner enligt lagstiftningen i ett land från vilket man har rätt till pension. *För det tredje* stad- gas att familjemedlemmar har rätt till familjeför- måner oberoende av var man bor inom EU/EES.

Beträffande äldreomsorgen var rättsläget tidi- gare mycket oklart, men det klarnade väsentligt efter en dom i EG-domstolen den 5 mars 1998. I fallet Molenaar (C-160/96) hade en tysk förvalt- ningsdomstol vänt sig till domstolen för ett för- handsutlåtande om gällande EG-rätt. Frågan gäll- de huruvida ett tyskt/holländskt par hade rätt att göra anspråk på omsorgsförsäkringens förmåner i Frankrike. Enligt den tyska lagtexten krävs att den försäkrade är bosatt inom tyskt territorium. Paret bodde i Frankrike men arbetade i Tyskland. De var anslutna till det tyska sjukkasssystemet.

En första fråga var om omsorgsförsäkringen alls faller under EG-förordningens tillämpningsom- råde. Här fastslog domstolen att äldreomsorgs- försäkringens förmåner utgör ett komplement till sjukförsäkringen och att de ska räknas som för- måner vid sjukdom i EG-förordningens mening. En annan viktig fråga i fallet var hur artikel 19.1 i EG-förordningen ska tillämpas på den tyska om- sorgsförsäkringen. Domstolen kom fram till att kontantutbetalningen från omsorgsförsäkringen på grund av dess periodiska karaktär, dess schablonmässiga beräkning och den stora frihet med vilken den försäkrade disponerar över den gör att den, trots att den ska användas till kostnader i samband med den enskildes vårdbehov, är att be-

²⁰För en översikt av EU:s sociala dimension ur svensk synvinkel, se Mattson (1999).

trakta som en kontantförmån i förordningens mening.

Denna dom ger tillsammans med övrig EG-rättspraxis en fingervisning om hur en modell för äldreomsorgen bör gestaltas för att ge de försäkrade maximal rörlighet inom EES-området. En förmån anses vara en social trygghetsförmån om den beviljas utan individuell behovsprövning ("individuell och skönmässig bedömning"). Ett avgörande villkor för exportabilitet är alltså att förmånen är relativt *generell* till sin natur. Den tyska omsorgsförsäkringen ansågs uppfylla detta krav. Vidare bör förmånen ha form av en utbetalning som är schablonmässigt beräknad (utan hänsyn till den försäkrades faktiska omkostnader) och som medger en hög grad av frihet för den enskilde att disponera över pengarna.

5. Problem på försäkringsmarknader

I SVERIGE HAR diskussionen om äldreomsorgens finansiering följt delvis andra banor. Med utgångspunkt från det förslag som lagts fram av Gunvall Grip och Claes Örtendahl ska vi i detta kapitel belysa vissa principiella problem med försäkringskonstruktioner.

Grip & Örtendahl (2000) har fört fram tanken att privata äldrevårdsförsäkringar skulle kunna vara lösningen på problemet att finansiera framtidens äldreomsorg. Deras förslag går i korthet ut på att det ska vara obligatoriskt att betala till en äldrevårdsförsäkring från 45 års ålder. Beroende på omfattningen behöver den månatliga premien vara mellan 300 och 500 kronor. Premier betalas bara fram till 65 års ålder. Administrationen ska skötas av privata försäkringsbolag och det ska vara möjligt för försäkringstagare att byta försäkringsbolag när man så önskar. Det ska också vara möjligt att köpa tilläggsförsäkringar med avdragsrätt i inkomstbeskattningen för erlagda premier (så länge försäkringarna avser äldrevård). Förslagsställarna går inte närmare in på frågan hur behovsbedömningen ska gå till och hur ersättningen till vårdgivaren ska anpassas till vårdtyngden i respektive fall.

Grip & Örtendahl har skisserat tre varianter av en sådan försäkring:

1. "Serviceförsäkring" är en försäkring som avser hemtjänst, anhörigvård och delkostnadstäckning för särskilt boende. Försäkringstagarna ska själva kunna välja vårdgivare. Någon reglering av (brukar-)avgifter föreslås inte. Kommunen förutsätts ha översyn av de tjänster som erbjuds försäkringstagarna. Särskilt boende ska fortsätta att vara en exklusiv kommunal angelägenhet.

2. "Avgiftsförsäkring" fungerar som delfinansiering av äldreomsorgen som helhet. Förslaget är att hälften av kommunens självkostnad finansie-

ras genom försäkringen. Återstoden täcks av vårdtagarnas avgifter samt bidrag från respektive kommun. Ansvaret för vården ligger som idag hos vederbörande kommun. Kommunen bestämmer själv om man vill producera vården i egen regi eller om den ska utföras på entreprenad.

3. "En samlad äldrevårdsförsäkring" fungerar som en fond för att finansiera äldreomsorgs verksamhet som i normalfallet utförs av privata entreprenörer. Prissättningen förutsätts vara fri, men det finns regleringar av hur vårdtagarnas självrisk får utformas.

I det följande ska vi ta upp några problem med det slags försäkringar som Grip & Örtendahl föreslagit. Vi kommer också att nämna det alternativ som Valförhållningsrådet fört fram.

Anslutningen

Det är säkert en korrekt bedömning att en försäkring av detta slag måste vara obligatorisk. Försäkringar efterfrågas inte alltid, även om det rör sig om allvarliga risker. Alternativet att stå utan försäkring behöver inte vara så dåligt, nämligen om det är vanligt att folk agerar "barmhärtig samarit" i förhållande till dem som drabbas av olycka. Genom att räkna med detta, kan man bespara sig utgiften för försäkringen och använda sin inkomst till något trevligare. Man blir en så kallad *fripassagerare*. Härigenom blir försäkringsmarknaden tunnare, vilket i sig är ett problem eftersom försäkringar fungerar i kraft av "de stora talens lag". Det är tack vare antalet som man kan minska osäkerheten om utfallet för gruppen som helhet och därmed pressa kostnaden för det skydd som ges. Att folk väljer att vara fripassagerare kan alltså leda till att försäkringarna som sådana blir dyrare.

Om förekomsten av fripassagerare bedöms vara ett problem, finns möjligheten att göra försäkringen *obligatorisk*. Ett exempel är trafikförsäkringen. Genom att denna är obligatorisk, slipper man råka ut för oförsäkrade medtrafikanter. Detta är ett starkt argument. Varför en äldreomsorgsförsäkring ska vara obligatorisk är inte lika lätt att motivera, eftersom frånan av försäkring i dessa fall strängt taget bara drabbar den oförsäkrade själv. Det viktigaste skälet till att en sådan försäkring bör vara obligatorisk är att individerna ändå är tillförsäkrade visst grundskydd i form av socialtjänst med mera. En försäkring som införs för att avlasta grundskyddet har primärt en fiskal funktion, för så vitt inte premien utformas för att påverka aktörernas beteende. Grip & Örtendahl har följt modellen för den svenska trafikförsäkringen – en obligatorisk försäkring som administreras av konkurrerande privata försäkringsbolag.

Vi ställer oss tveksamma till den tyska modellen, där höginkomsttagare är undantagna från obligatoriet, framförallt av det skälet att man omöjligt kan förutse berörda personers framtida inkomstförhållanden. Det kan dröja 20–30 år innan det blir aktuellt att utnyttja en äldreomsorgsförsäkring. Inte heller familjeförhållandena kan förutses på så lång sikt. Personer som idag är välmående kan i framtiden vara beroende av grundskyddet för sin försörjning.

Grip & Örtendahl tänker sig en äldreomsorgsförsäkring som tecknas av enskilda personer. Sådana försäkringar är tämligen dyra att administrera, allra helst som försäkringstagarna enligt deras förslag ska medges rätt att när som helst byta försäkringsbolag. Ett alternativ, som sannolikt är konkurrenskraftigt, är att äldreomsorgsförsäkringen säljs genom gruppavtal med särskild rabatt för personer som är med i en viss förening, arbetar hos en viss arbetsgivare etc. Sådana grupparrangemang finns redan för till exempel hemförsäkringar. Följden kan bli att individerna kommer

att möta olika hög premie, inte därför att de har olika förväntat vårdbehov, utan därför att de tillhör en mer eller mindre gynnad grupp.

Att försäkringen är obligatorisk är ingen garanti för att försäkringstagarna klarar av att betala den försäkringspremie som behövs för att finansiera skyddet, inte ens med gruppabatt. En utväg är att vissa försäkringstagare, som i Tyskland, får premien betald genom socialtjänsten. I den utsträckning som detta sker belastas vederbörande kommun. En annan möjlighet är att finansieringen sker skattevägen. Det är den lösning som används i bland annat arbetslöshetsförsäkringen. Där står ”subventionen” för merparten av finansieringen. I gengäld avstår arbetslöshetskassorna, som måste vara öppna för alla, från att använda differentierade försäkringspremier.

Moral hazard

Att folk betar sig annorlunda när de är försäkrade än när de är oförsäkrade är naturligt. Många gånger är syftet med en försäkring just att möjliggöra ett annat beteende. Som exempel kan sjöförsäkringar nämnas. Under historiens gång har försäkringsväsendet (inte minst Lloyds) möjliggjort ett omfattande risktagande och därmed en långt mer expansiv sjöfart än vad enskilda rederier annars skulle ha kunnat klara av. Detta är en produktiv funktion hos försäkringar.²¹ Det kan också vara så att vissa verksamheter inte kan drivas utan försäkringsfinansiering i en eller annan form. Sjukvårdsförsäkringar är ett exempel. Tack vare dessa får folk råd att vid behov efterfråga även avancerad sjukvård.

Alla effekter på beteendet är emellertid inte av godo. Det finns en risk att försäkringar leder till ett *orimligt* (eller rent av oärligt) beteende, till exempel att ett försäkrat rederi chansar med att ge befälet till en kapten som man vet har alkoholproblem eller att en person som är sjukförsäkrad

²¹Motsvarande gäller vissa skattefinansierade tjänster, framförallt så kallade kollektiva nyttigheter.

i tid och otid uppsöker läkare för minsta åkomma. Denna typ av risk kallas *moral hazard*. Den gör försäkringsverksamheten mer riskabel än den behöver vara.²² I litteraturen skiljer man mellan moral hazard ex ante och ex post, beroende på om det orimliga/oärliga beteendet äger rum före eller efter det att en skada skett. Moral hazard ex ante handlar om otillbörligt chanstagande (undermålig prevention), medan moral hazard ex post handlar om att man ställer orimliga krav på ersättning, till exempel att en sjukfrånvaroespisod utsträcks längre tid än vad som är medicinskt befogat.²³

Det är knappast möjligt att helt undvika moral hazard. Men man kan begränsa omfattningen genom att inkludera en *självrisk* i försäkringsvillkoren. Definitionsmässigt är då ersättningen mindre än värdet på skadan enligt den försäkrades egen värdering. Denne får vidkännas en nettokostnad, som helst bör växa i takt med det orimliga/oärliga beteendets omfattning. Detta har betydelse för avgiftsättningen inom äldreomsorgen. Avgifterna ska sättas så att individerna blir intresserade av en rimlig nivå på omsorgen och en kostnadseffektiv avvägning mellan olika former av vård.

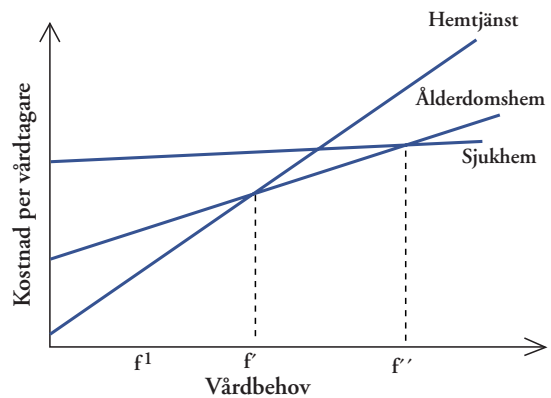
I figur 5.1 åskådliggörs avvägningsproblemet. Där visas (principiellt) hur kostnaden för vården ökar med vårdbehovet i olika vårdformer. Jämförelsen sker mellan hemtjänst, ålderdomshem och sjukhem.²⁴ När vårdbehovet är lågt, ter sig hemtjänst som det mest fördelaktiga alternativet från kostnadssynpunkt. När vårdbehovet är stort, är sjukhem ett bättre alternativ, förutsatt att alternativen i övrigt är likvärdiga.²⁵

²²Försäkringsteoretiska synpunkter på moral hazard finns hos Arrow (1974), Borch (1992), Rothschild & Stiglitz (1976, 1996) m fl. Moral hazard och normbildningen i samhället diskuteras i Söderström (1996).

²³Det syns numera vara en allmän uppfattning att sjukskrivning i sig kan vara skadlig och att det av hänsyn till hälsan är befogat med restriktivitet i sjukskrivandet.

²⁴Sedan denna illustration gjordes har terminologin ändrats.

Figur 5.1 • Hur optimal vårdform beror på vårdbehovet



Källa: ESO (1985)

I detta sammanhang bör observeras att moral hazard problemet inte bara gäller enskilda individer. Det är uppenbart att en försäkring av diskuterat slag ger kommunerna incitament att ändra sitt beteende. Detta är särskilt tydligt i variant 2, där försäkringen täcker hälften av kommunens självkostnad. Rimligen leder denna "subvention" till att kommunerna blir mer generösa i frågor som rör äldreomsorgens utbyggnad och kvalitet, varför kostnaden för äldreomsorgen ökar. Denna tendens förstärks av att kommunerna enligt modellen inte behöver ge upp sin monopolställning i produktionen av äldreomsorg.²⁶ Privata vårdgivare, som skulle kunna erbjuda ett kostnadseffektivt alternativ, kan i detta fall bara agera som entreprenörer åt respektive kommun.

Saken skulle komma i ett annat läge om ansvaret för behovsbedömningen helt och hållet låg hos försäkringsbolagen och dessa inte var tvungna att utnyttja kommunerna som "utförare", utan hade ett val mellan olika kategorier utförare. Konkurrensen mellan utförare skulle i så fall fun-

²⁵Kostnadsaspekten kan naturligtvis inte vara enbart avgörande. Kostnaden måste vägas mot vårdtagarens intressen och önskningsar.

²⁶Detta är ett av de fall vi varnade för i inledningen till rapporten (fall 6).

gera som en broms på kostnadsutvecklingen. Det är denna modell Grip & Örtendahl tänker sig i variant 3, där hela produktionen kan skötas av privata entreprenörer. Varför de inte föreslagit samma lösning i variant 2 är svårt att förstå.

Variant 1, där kommunerna ensamma svarar för omsorgen i särskilt boende medan hemtjänsten kan skötas av privata entreprenörer på direkt uppdrag av försäkringsbolagen, ger upphov till gränsdragningsproblem. För att hindra att bolagen försöker övervältra kostnader på kommunerna, föreslår Grip & Örtendahl att vård i särskilt boende ska ersättas från försäkringen enligt den högsta nivån för "autonomiförlust". Försäkringsbolagen får härigenom incitament att söka kostnadseffektiva lösningar inom alternativen till särskilt boende. Eventuellt går man så långt att den totala tillgången på vård i särskilt boende blir suboptimal.

Cream skimming

Grip & Örtendahl tänker sig att äldrevårdsförsäkringen ska administreras av konkurrerande försäkringsbolag. Kontakterna med försäkringsstagarna genomgår två faser. I den första fasen, då försäkringstagarna är mellan 45 och 65 år, görs inbetalningarna. Bolagen konkurrerar då främst genom att erbjuda god avkastning på insatta medel. Det finns i denna fas knappast skäl att bekymra sig om individuella olikheter i förväntat vårdbehov. Det är först senare i livet som man kan börja ana att en person kommer att behöva mer äldreomsorg än en annan. Den andra fasen inträffar vid åldern 65 år och varar livet ut. Under denna fas är individerna försäkrade utan att behöva betala något ytterligare. Men man kan när som helst byta försäkringsbolag. Motivet för byte är då inte längre främst att få högre avkastning på det fonderade kapitalet, utan snarare att få bättre service den dag man behöver äldreomsorg.

Detta är enligt vår mening en olämplig konstruktion. Problemet är att riskbilden successivt

klarnar under den andra fasen och att det då finns motiv för försäkringsbolagen att ägna sig åt så kallad *cream skimming*. Detta är en frestelse i varje situation där det finns "goda" och "dåliga" risker. För ett enskilt försäkringsbolag ligger det ett betydande värde i att locka till sig de goda riskerna och undvika de dåliga ("plocka russin ur kakan"). Som tidigare framgått är behovet av äldreomsorg starkt knutet till individernas ålder, kön, yrkesbakgrund och familjesituation (jämför tabell 3.3). Detta är förhållanden som en försäkringsgivare ganska lätt kan ta reda på.²⁷

Att riskbilden successivt klarnar under den andra fasen är i och för sig inget problem. Problemet är att olikheterna i risk inte kan ta sig uttryck i olika nivå på försäkringspremien. Så länge premien speglar olikheter i risk (det vill säga förväntad vårdkostnad), finns det ur försäkringsbolagens synvinkel inga dåliga eller bra risker. Alla försäkringstagare är då lika välkomna. För personer med hög riskexponering får bolaget kompensation i form av en i motsvarande mån högre premie. Problemet uppkommer när sådan kompensation inte utgår, vilket är fallet i den modell som Grip & Örtendahl föreslagit. Efter 65-årsåldern är premien lika med noll för alla, sjuka såväl som friska.

Det finns nog ingen gräns för påhittigheten när det gäller att mota bort dåliga risker och att locka goda risker. Om man till exempel vet att personer med ett visst handikapp, kalla det X, är särskilt vårdkrävande, kan man medvetet gå in för att ge dålig vård för just detta handikapp.²⁸ Alternativt, om man vet att personer som ägnar sig åt en viss aktivitet, kalla den Y, är mindre än normalt vårdkrävande, kan man erbjuda denna aktivitet som extra förmån i försäkringen. På så sätt blir just

²⁷I takt med genteknikens utveckling blir det också allt lättare att förutse ärftliga sjukdomar som implicerar ett stort vårdbehov på äldre dar.

²⁸van de Ven & Ellis (2000) har målade beskrivit ansträngningarna att mota bort dåliga risker som *dumping* och *skimming*.

dessa personer benägna att välja ifrågasvarande försäkring. Ett exempel är sjukförsäkringen som erbjuder gratis medlemskap i "Friskis & Sveltis", en förmån som troligen är av ringa värde för personer som inte är någorlunda friska. Eftersom kostnaden för denna förmån bärs av hela försäkringen, får de personer som inte är attraherade av förmånen en sämre situation.

I detta sammanhang bör understrykas att också kommunerna är försäkringsgivare i Grip & Örtendahls modell. I variant 1 är de huvudansvariga för det särskilda boendet, medan de i variant 2 ansvarar för halva kostnaden i hela äldreomsorgen. I likhet med försäkringsbolagen har kommunerna därför incitament att mota bort dåliga risker och locka till sig goda risker. I någon mån sker detta också i dagens system.²⁹ Det är inte lönsamt för en kommun att satsa på äldreomsorg om detta leder till att fler äldre med vårdbehov söker sig till kommunen. Från snäv kommunal-ekonomisk synpunkt är det däremot en fördel om äldreomsorgen eftersätts så att äldre vårdbehövande får anledning att flytta till en annan kommun.

Kostnadsutjämningen ändrar inte detta förhållande. Den är baserad på genomsnittskostnaden för respektive kategori som helhet – friska såväl som sjuka – och inte den faktiska kostnaden för personer som man *vet* är vårdbehövande. Vi håller för troligt att det framförallt är de senare som dyker upp (motas bort) när äldreomsorgen byggs ut (krymps) eller ges högre (lägre) kvalitet.

Välfärdspolitiska rådets modell

I 1999 års rapport har Välfärdspolitiska rådet (Söderström et al., 1999) skisserat en modell för äldreomsorgens organisation och finansiering som i mycket påminner om den tredje varianten hos Grip & Örtendahl. I bägge fallen handlar det om att försäkringsgivaren svarar för behovsbedöm-

²⁹ Det finns en del anekdotisk kunskap om detta, men så vitt vi vet har det inte företagits en systematisk studie i ämnet.

ningen och själv kontaktar de utförare som behövs. Verksamheten kan i princip skötas helt utan medverkan av kommunerna, men såväl Välfärdspolitiska rådet (VPR) som Grip & Örtendahl räknar med att kommunerna kommer att bli kvar i rollen som utförare, om än i konkurrens med andra utförare. Den väsentliga skillnaden mellan de bägge modellerna är att Välfärdspolitiska rådet tänker sig en enda nationell försäkring, medan Grip & Örtendahl som framgått tänker sig en modell med konkurrerande privata försäkringar. VPR-försäkringen kan vara helt fristående från dagens socialförsäkringar, men administrationen av denna försäkring skulle också kunna skötas av till exempel försäkringskassorna.

Den lösning som rådet skisserat har tre viktiga utgångspunkter:

- Kundval
- Nationell finansiering
- Anpassning till den globala ekonomin

Den kanske viktigaste utgångspunkten för den lösning som Välfärdspolitiska rådet skisserat är att äldreomsorgen (om möjligt) ska organiseras som en *kundvalsmodell*. Det ska alltså (om möjligt) finnas flera vårdgivare/utförare att välja mellan. Den vårdgivare som väljs får en ersättning ("vårdpeng") som täcker kostnaden (minus den avgift som vårdtagaren betalar ur egen ficka som självrisk) för den service vårdtagaren är berättigad till enligt behovsbedömningen. På mindre orter kan valmöjligheterna vara begränsade. Enligt rådets mening är kundval effektivitetsbefrämjande.³⁰

Finansieringen av vårdpengen kan ske på kommunal nivå, men Välfärdspolitiska rådets andra utgångspunkt är att finansieringen bör ske på nationell nivå, bland annat för att undvika snedbelastning på kommunerna. Med nationell finansi-

³⁰ I Söderström & Lundbäck (2000) redovisas ett hundratal empiriska studier av driftsformens och marknadssituationens betydelse i sjukhusvård och utbildning. Det framgår att konkurrens har positiv betydelse för effektiviteten och kvaliteten i respektive verksamhet.

ering undviks cream skimming från kommunernas sida. I och med att äldreomsorgen finansieras vid sidan om den kommunala budgeten, finns det inga kommunalekonomiska motiv att selektera befolkningen med avseende på vårdbehov. Under förutsättning att vårdpengen täcker kostnaden för vården (exklusive den avgift som betalas ur vårdtagarens egen ficka), blir vårdbehövande gamla inte längre en belastning på den kommunala ekonomin. Samtidigt får kommunerna inte längre något "överskott" från de invånare som är friska gamla. Äldreomsorgen försvinner ur utjämningsystemet.³¹

Välfärdspolitiska rådets tredje utgångspunkt är att systemet ska fungera i en internationell kontext. Enligt rådets mening underlättas detta om socialförsäkringarna utformas som *försäkringar* istället för system av skattefinansierade bidrag. I försäkringar finns det en tydlig koppling mellan individernas insatser och förmåner, vilket inte är fallet i ett bidragssystem. För äldreomsorgens del innebär försäkringsmodellen att alla i respektive årsklass ska betala i princip lika mycket under livet. Betalningen kan ske löpande under ett antal år, lämpligen i proportion till inkomsten, eller med ett engångsbelopp. Den senare lösningen passar i fallet att en person flyttar till Sverige efter verksamhet i utlandet. En motsvarande betalning kan knappast ske i ett skatt- och bidragssystem. För personer som inte klarar att betala premien på egen hand krävs stöd i någon form, som då måste täckas skattevägen.

I Välfärdspolitiska rådets skiss handlar det om en nationell försäkring. Det kan diskuteras om detta är optimalt i en i övrigt starkt internationaliserad ekonomi. Kanske vore det bättre att försöka ha detta slags försäkringar på EU-nivå. Som framgått i kapitel 4 pågår det en internationalisering av det sociala trygghetssystemet inom EU.

³¹Eventuella geografiskt betingade kostnadsskillnader i äldreomsorgen kan kompenseras genom att vårdpengen utgår med olika belopp i olika regioner.

Det har till och med diskuterats om inte hela fördelningspolitiken nu måste flyttas till EU-nivån (se till exempel Cullis & Jones, 1998). Nationalstaterna befinner sig i många sammanhang i samma situation som kommuner i ett läge utan inkomst- och kostnadsutjämnning.³² Möjligheterna att bedriva radikal fördelningspolitik hämmas av att grannarna inte gör detta och därmed öppnar en "flyktväg" för dem som förlorar på politiken. Samtidigt lockar man till sig personer från grannarna som hoppas få det bättre tack vare ifrågasvarande politik.³³ Av bägge dessa skäl blir genomförandet av politiken dyrare. Frågor rörande ansvarsfördelningen mellan olika beslutsnivåer i samhället diskuteras bland annat i Persson et al. (1999).

En viktig skillnad mellan VPR-modellen och den tredje varianten av Grip & Örtendahls modell är att individerna i det senare fallet kan välja mellan olika försäkringsgivare. I VPR-modellen finns det bara en nationell försäkringsgivare. Härigenom drabbas inte VPR-modellen av det tidigare påtalade problemet med cream skimming i Grip & Örtendahls modell. Den senare modellen skulle enligt vår mening väsentligt förbättras om valfriheten begränsades till tiden före pensioneringen.

Kompletteringar

I Grip & Örtendahls modell finns det möjlighet att komplettera det skydd som den allmänna äldreomsorgsförsäkringen ger. Premien för sådana tilläggsförsäkringar ska enligt deras förslag vara avdragsgill i inkomstbeskattningen. Detta påminner om det arrangemang som används i USA.³⁴

³²För en genomgång av problemen i en sådan situation, se till exempel Rubinfeld (1987).

³³Det är inte nödvändigt att personerna flyttar fysiskt. Man kanske nöjer sig med att utnyttja olikheter i kapitalbeskattning med mera.

³⁴Som tidigare framgått finns det också i Tyskland möjlighet att komplettera den allmänna försäkringen.

I USA är det vanligt att människor på frivillig väg kompletterar det försäkringsskydd som ges inom det federala systemet Medicare avseende vård av äldre personer. Det är intressant att notera att dessa kompletteringar i första hand gällt hjälp med att täcka framtida (brukar-)avgifter. Efterfrågan på försäkringar mot ”katastrofer”, till exempel flerårig vistelse på sjukhem, har en relativt obetydlig omfattning. Förklaringen till detta synbarligen irrationella beteende har diskuterats en hel del, se till exempel Pauly (1986) och Rosko & Broyles (1988). Ett motiv skulle kunna vara att de äldre inte vill bli bortglömda på ålderns höst. I och med att man inte har en försäkring för till exempel sjukhemsvistelse, tvingas anhöriga att aktivt ta ställning till vad som ska göras och kanske hitta en lösning inom familjens ram.

Rimligheten i det amerikanska systemet kan diskuteras. Uppenbarligen medför tilläggsförsäkringar med syftet att betala en del av framtida (brukar-)avgifter att försäkringstagarna får en mindre självrisk i äldreomsorgen än vad de federala myndigheterna tänkt sig. Under förutsättning att självriskan är satt i avsikt att stävja överdrivet utnyttjande av den allmänna äldreomsorgen (jämför avsnittet ovan om moral hazard), kan dessa tilläggsförsäkringar sägas undergräva systemet. Huvuddelen av den merkostnad som ett ökat utnyttjande av äldreomsorgen leder till faller inte på tilläggsförsäkringen, utan på den allmänna försäkringen. Om inte den totala budgeten för den senare kan öka, måste denna merkostnad täckas genom att försäkringsförmånerna i stort reduceras. För att mildra effekten borde man beskatta premier för tilläggsförsäkringar hellre än att medge avdragsrätt för dem i inkomstbeskattningen.

En faktor som bidrar till problemet i det amerikanska exemplet är att tilläggsförsäkringarna tecknas hos en separat försäkringsgivare. Om tilläggen bara kan tecknas hos den som svarar för den allmänna försäkringen, bortfaller intresse-

konflikten. Då kan försäkringsgivaren prissätta tilläggsförsäkringarna med beaktande av hur dessa påverkar försäkringsrörelsens totala kostnader.³⁵ Det är annorlunda om en tilläggsförsäkring avser förmåner som inte ingår i den allmänna försäkringen. Sådana kompletteringar bör kunna uppmuntras. Även i Välfärdspolitiska rådets modell bör man kunna tillåta individuella tilläggsförsäkringar, för så vitt dessa inte bidrar till att undergräva självriskerna i systemet.

I detta sammanhang finns anledning att också fundera över möjligheten att respektive kommuner sina invånare *kompletterande* tjänster i äldreomsorgen i enlighet med lokala politiska preferenser.³⁶ Det är tänkbart att vissa kommuner skulle vilja ha ganska generösa extraförmåner, medan andra låter kompletteringen av det allmänna skyddet helt och hållet vara en privat angelägenhet. En profilering av detta slag vore ett uttryck för kommunalt självstyre, men som lätt inses har en sådan mångfald sina begränsningar. Man måste räkna med att profileringarna attraherar olika kategorier medborgare och att de således bidrar till segregering av befolkningen.

Att en kommun som erbjuder generösa extraförmåner drar till sig vårdbehövande gamla och därmed får en högre kostnad för dessa förmåner än man kanske tänkt sig, behöver dock inte betyda att man avstår från att erbjuda förmånerna. Till saken hör dock att en expansion inom äldreomsorgen ger sysselsättning och möjligheter för personer i yrkesaktiv ålder att få utkomst inom kommunen, vilket kan vara gynnsamt för kommuninvånarna, men kanske inte för ”den kommunala ekonomin”, eftersom inkomstökningar mer eller mindre elimineras i utjämningsystemet.

En invändning mot *kommunala* extraförmåner är att de kan generera en dubbel administration

³⁵ Detta argument finns närmare utvecklat i Söderström (1993).

³⁶ Vi tar nu för givet att kommunerna inte väljer förmåner som reducerar självriskerna i systemet.

med delvis överlappande uppgifter. Avgörande är i vad mån den behovsbedömning, kontraktskrivning och kvalitetskontroll som utövas i den allmänna försäkringen kan utnyttjas också i samband med de kommunala extraförmånerna. Behöver kommunerna egen behovsbedömning, kontrakt med egna utförare och egen kvalitetskontroll blir extraförmånerna givetvis dyrare, men kanske ändå inte alltför dyra. Mot detta står värdet av att kommunerna får uttrycka egna preferenser. Det kan inte undvikas att den enhetlighet som präglar såväl de privata försäkringarna i Grip & Örtendahls modell som den nationella försäkringen i Valfärdspolitiska rådets modell passar olika bra i olika kommuner.

Det är dock inte bara på den kommunala nivån som man kan skapa mångfald. *Individuella* tilläggsförsäkringar ger också möjlighet till mångfald. Om de tecknas hos samma försäkringsgivare som svarar för den allmänna försäkringen behöver de inte innebära några större administrativa merkostnader.

Fondering

Ytterligare en skillnad mellan de bägge modellerna ligger i fonderingen. I Valfärdspolitiska rådets modell behövs ingen fondering, medan det i Grip & Örtendahls modell framhålls som en fördel att det sker en fondering av försäkringstagarnas insatser. Frågan är om en sådan fondering fyller något samhällsekonomiskt syfte.

Det ligger i sakens natur att försäkringspremier ska betalas innan en skada inträffat. Härav följer emellertid inte att inbetalade premier måste fonderas. Det är i princip inget som hindrar att en försäkringsgivare lever ”ur hand i mun”, det vill säga att de premier som betalas in idag används för att kompensera de skador som man idag är ersättningsskyldig för enligt gamla försäkringskontrakt. Detta är den så kallade ”pay as you go”-modellen. Den förknippas med offentliga försäkringar, men den kan inom vissa gränser

användas också av privata försäkringsgivare. Storleken på ett försäkringsföretags erforderliga soliditet är inte omedelbart kopplad till nivån på inbetalade premier.

I diskussionen om äldreomsorgens finansiering har rättviseargument använts till förmån för fondering. Det är inte rimligt, menar man, att stora årskullar som fyrtiotalisterna ska åka snålskjuts på de små generationerna. De kostar mycket under de perioder av livet som man behöver stöd – framförallt under skoltiden och ålderdomen – och de behöver inte betala så mycket när de i sin tur ska ge andra, mindre årsklasser stöd. En finansieringsmodell som innebär att varje generation betalar sina egna förmåner skulle eliminera denna obalans. Men detta är ett hypotetiskt fall. I praktiken går det inte att exakt förutse hur stort en generations vårdbehov kommer att bli. Utfallet kan bli både större och mindre än man räknat med.

Fonderingen har inte bara fördelar. *För det första* skulle existensen av en fond utgöra en frestelse att öka konsumtionen mer än vad man annars skulle ha gjort. Risker för överkonsumtion blir därigenom större. *För det andra* innebär fonduppbyggnaden en extra belastning. Under en avsevärd övergångstid ska man inte bara bestrida de löpande vårdutgifterna, utan också ”spara” för egna framtida vårdbehov. Det blir kanske inte en dubbel belastning, men bra nära. Som antyds i tabell 1.2 kan det röra sig om högst avsevärda avsättningar.

Som nämnts är fondering en lämplighetsfråga, också för privata försäkringsgivare. Vill man jämföra ut kostnadsolikheter mellan generationerna kan en särskild omsorgsfond vara en möjlighet, men det är förvisso inte den enda möjligheten. Varför inte lika gärna en sjukvårdsfond? Till saken hör att den utjämning man eftersträvar ganska lätt kan åstadkommas inom ramen för befintliga fonder, framförallt pensionsfonderna. Pensionssystemet som helhet är kraftigt underbalsnerat och kan alltså utan svårighet rymma en

högre grad av fondering. För detta alternativ talar att det är lättare att förutsäga framtida pensionsutbetalningar än framtida vårdkostnader. Därför kan man i detta fall med större precision ange hur stort fonderingsutrymmet verkligen är. Till detta kommer att man, om till exempel räntan blir lägre än beräknat, enklare kan sänka pensionen med någon procent än minska vårdkostnaden med motsvarande belopp. Pensionsfonder ger alltså större flexibilitet än vårdfonder.

6. Vårdtyngdsmätning och konkurrensutsättning

EN RIMLIG UTGÅNGSPUNKT vid behovsbedömningen i äldreomsorgen är att vårdtagarnas egna prioriteringar ska spela roll för vilken typ av service som erbjuds. Strävan att få ut så mycket hjälp som möjligt för en given mängd resurser underlättas om vårdtagaren själv (eller dennes gode man) får välja i vilken form hjälpen ska ges. För att ett sådant val ska kunna ske är det inte nödvändigt att omsorgen erbjuds som kontantförmån.³⁷ Det går också att erbjuda såväl hemtjänst som särskilt boende med viss valfrihet för omsorgstagaren. Men det är viktigt att valfriheten ges på grundval av en adekvat behovsbedömning. Annars uppkommer orättvisor mellan vårdtagarna samt svårigheter att åstadkomma en sund konkurrens mellan vårdgivarna. Behovsbedömningen har alltså en dubbel roll. Den ska inte bara precisera hur mycket vård en person har rätt till, utan också hur mycket vederbörande vårdgivare kan få i ersättning för att ge personen denna vård. Översättningen av behovet i kronor och ören sker genom en så kallad vårdtyngdsmätning.

Det finns två grundmodeller för ersättningen till vårdgivarna. I den ena modellen utgår ersättningen som en klumpsumma per månad eller dylikt, medan den i den andra modellen utgår i förhållande till utförda prestationer enligt särskild taxa. Självfallet har man prestationskrav även i den förra modellen, men dessa är inte lika detaljerade. Ersättningen kan variera beroende på vad

som ingår i hemtjänsten i respektive fall eller beroende på vilken typ av särskilt boende det är fråga om. Ersättningen kan också differentieras beroende på vårdtagarens mentala hälsa och andra egenskaper i den mån som detta har betydelse för (den förväntade) kostnaden.

I dagens system sköts behovsbedömningen av kommunerna, men uppgiften skulle kunna ligga på försäkringskassor, läkare eller någon särskild myndighet. Oberoende av vem som gör behovsbedömningen kan själva tillhandahållandet av en tjänst utföras av en fristående producent, som kan vara såväl privat som offentlig. En viktig fråga är hur producenterna väljs ut och hur kvaliteten på de tjänster som levereras kan kontrolleras.

Det är inte bara försäkringsgivare som ägnar sig åt cream skimming. Man måste räkna med att också vårdgivarna, vare sig de är verksamma inom hemtjänst eller särskilt boende, är benägna att försöka selektera sina ”klienter”. Det ligger i sakens natur att vårdbehovet och därmed den erforderliga vårdinsatsen skiljer sig mycket från en person till en annan och att den arbetsinsats som enskilda vårdgivare behöver göra i hög grad beror på vilka vårdtagare man får att ta hand om. Ju bättre man lyckas undvika (eller mota bort) personer med stort vårdbehov, desto enklare blir arbetet. Dessutom kommer man att kunna uppnå förhållandevis goda vårdresultat. Det är härvidlag ingen skillnad mellan offentliga och privata vårdgivare.

Vårdtyngdsmätning

Ska tendensen till cream skimming stävjas måste vårdgivarna ges olika stor ersättning beroende på hur vårdkrävande vederbörande ”klienter” är. För

³⁷Som tidigare framgått spelar kontantförmånen en viktig roll i den tyska omsorgsförsäkringen. Här kan nämnas att också det engelska systemet ger kontantförmånen en central roll. Förmånen kallas AA (Attendance Allowance) och är ett skattefritt kontantbidrag på mellan 500 och 700 kronor per vecka. Bidraget utgör cirka 40 procent av de offentliga utgifterna för äldreomsorg i Storbritannien, ESO (1999), s 165.

detta krävs någon form av vårdtyngdsmätning. Det finns flera olika varianter av vårdtyngdsmått. Ett exempel är RUG (Resource Utilisation Groups). Det numera vanligaste måttet är RUG-III, som utvecklades i USA genom mätningar av resursåtgången för 7 658 patienter på 203 sjukhem i sju amerikanska stater. Analysen ledde till att man kunde definiera ett antal faktorer som avgör resursåtgången. RUG identifierar sju huvudtyper av patienter, exempelvis personer med "reducerad inlärningsförmåga". ADL används som mått på hur bra klienterna klarar av dagliga göromål.³⁸ Till detta kommer att man beaktar speciella serviceinsatser och hälsotillstånd, exempelvis om klienten är deprimerad. RUG-III lyckas förklara 55,5 procent av kostnadsvariationer mellan klienter, vilket måste betraktas som högt. För en detaljerad genomgång av kategorierna i RUG-III, se Fries et al. (1994).

Möjligheten att tillämpa RUG i Japan och Sverige har undersökts av Ikegami (1994) och Ljunggren (1992). Det visar sig att förklaringsgraden är hög även i dessa länder, men att vikterna för resursutnyttjande måste justeras för skillnader i lönestrukturen. Lönespridningen mellan biträden, sjuksköterskor och läkare är betydligt större i USA än i Japan och Sverige.

Kundvalssystem

I de försäkringsmodeller som tidigare diskuterats tas det mer eller mindre för givet att vårdtagarna har ett val mellan olika vårdgivare. Vanligen tänker man sig ett så kallat kundval, vilket innebär att "kunden" först pekar ut den önskade vårdgivaren och att finansören, vare sig denne är ett försäkringsbolag, vederbörande kommun eller staten, sedan skickar över en "vårdpeng" direkt till vårdgivaren. "Kunden" befattar sig alltså inte själv med "pengen". Den tyska omsorgsförsäkringen med 96 procent av vården i privat regi innehåller kundval av naturliga skäl. Som fram-

³⁸ADL = Activities of Daily Living.

gått i kapitel 5 bygger också Grip & Örtendahls modell på kundval, särskilt i den tredje varianten, och kundval är en av de principiella utgångspunkterna för den försäkringslösning som Valfärdspolitiska rådet skisserat.

Observera att kundvalsmodellen är en resursfördelningsmetod. Individernas val ges avgörande betydelse för vem som får tillhandahålla respektive tjänst. Detta ska inte förväxlas med den "kvasi-marknad" som används i exempelvis högskolan, där man först bestämmer hur många studieplatser respektive högskola ska ha, och sedan låter studenterna konkurrera om de givna platserna. I en kundvalsmodell får högskolorna platser efter hur stor efterfrågan är. Motsvarande gäller för grundskolor, sjukhus, vårdhem och så vidare.

Trots att det uppenbarligen finns en positiv syn på kundval också i vårt land, har denna modell hittills inte spelat någon större roll inom äldreomsorgen. I en enkät som Socialstyrelsen gjorde 1993 är det bara fyra kommuner som uppger att kundvalssystem finns inom kommunens äldre- och handikappomsorg. Samtliga tillämpade någon form av vårdpengssystem för hemtjänstinsatser (Socialstyrelsen, 1994). En motsvarande kartläggning våren 1999 (Socialstyrelsen, 1999) gav vid handen att sammanlagt åtta förvaltningar, två procent av samtliga, har någon form av kundvalssystem inom äldreomsorgen. I samtliga fall rörde det sig om hemtjänstinsatser.

Nacka är den svenska kommun som gått längst i implementeringen av kundvalssystem, där kundval tillämpas inom hemtjänst, barnomsorg och skolor. Man har planer på att även införa kundval för särskilt boende i kommunen. Sedan kundvalsmodellen införts tecknas inga avtal mellan kommunen och enskilda vårdgivare, vilket är en skillnad mellan kundvalsmodellen och vanlig entreprenadverksamhet, där kommunen i stället lägger ut produktion på enskilda företag (Wahlqvist, 1999). Hela ersättningen till vårdgivarna –

kommunens egna enheter såväl som utomstående producenter – går genom vårdpengen. Beräkningen av vårdpengen sker genom en form av ”yardstick competition” där kommunens kostnader för att erbjuda motsvarande tjänst utgör grund för ersättningen. En genomsnittskostnad beräknas per hemtjänsttagare i den kommunala sektorn och denna kostnad utgör därefter riktmärke för vårdpengen.

Ett alternativ är den ersättningsmetod som används i exempelvis det amerikanska Medicaresystemet för äldres sjukhusvård, där alla vårdgivare, privata såväl som offentliga, får redovisa sina kostnader och ersättningen baseras på vad man kan kalla ”best practice”. Medan Nackamodellen endast har kvalitetskonkurrens innebär Medicaresystemet såväl pris- som kvalitetskonkurrens. Hursomhelst är det långt ifrån lätt att uppskatta den relevanta kostnaden, bland annat därför att lokaler kanske samutnyttjas av flera verksamheter.

I en intervju med företrädare för Nacka kommun uppges att man i planeringen ägnat stor uppmärksamhet åt problemet att beräkna vårdtyngden så att selektionseffekter och orättvis ersättning undviks. Man har i Nacka valt att inte tillämpa det tidigare nämnda RUG-III med motiveringen att detta vårdtyngdsmått är anpassat för ”tungt” vårdfall, till exempel på sjukhem, medan kommunen är i behov av att mäta lättare vårdfall. Det system som är under utveckling bygger på ADL, sannolikt med något färre grupper än i RUG-III systemet. Förutom ADL kan den så kallade BERGER-skalan komma att ingå, liksom mått på psykisk och social status. BERGER-skalan är ett mått på respondentens mentala åldersförändring. Det återstår ännu en hel del utvecklingsarbete innan man har en skala som kan användas som grund för ersättning för service i samband med särskilt boende.

Även Stockholms kommun planerar att införa äldrepeng för hemtjänst och särskilt boende. En-

ligt uppgift från kommunen kommer erfarenheter och modeller som tillämpas i Nacka antagligen att få stor betydelse som vägledning för hur modellerna i Stockholm utformas.

7. Slutsatser

VILKA SLUTSATSER KAN man dra av de observationer som gjorts i det föregående? Vi nöjer oss nu med göra några principiella påpekanden i punktform.

Det råder ingen tvekan om att äldreomsorgen kommer att bli en tyngre börda på samhällsekonomin. Antalet äldre ökar både absolut och i förhållande till antalet förvärvsarbetande. Som framgått råder det dock osäkerhet om hur drastisk kostnadsökningen kommer att bli. Att folk lever längre och således är gamla under en längre tid drar upp kostnaden, men det faktum att äldre personer har allt bättre hälsa drar ner kostnaden. Även familjeförhållandenas utveckling spelar stor roll.

Den viktiga frågan är *vem* som kommer att bära bördan för ökade kostnader inom äldreomsorgen. I dagens system ligger ansvaret för kostnaden på kommunerna, men det är oklart i hur hög grad kostnaden ligger på enskilda kommuner eller kommunsektorn som helhet. Kostnadsutjämnningen mellan kommunerna kan i princip fungera så att det är sektorn som helhet som bär ansvaret, men det kan knappast sägas att nuvarande modell för kostnadsutjämnning är särskilt effektiv. Utjämnningen sker med avseende på schablonbelopp, som kan avvika en hel del från faktiska kostnader. Följaktligen kan det inte utslutas att en betydande del av de *faktiska* strukturella kostnadsskillnaderna lämnas okompenserade. Detta undviks om man väljer en försäkringslösning, där kommunerna ersätts i förhållande till faktiskt vårdbehov.

Den tyska äldrevårdsförsäkringen är en tänkbar lösning. Syftet med denna försäkring var just att hjälpa särskilt tyngda kommuner. Men utfallet har hittills inte varit så bra. Som vår tidigare genomgång visar är det fortfarande så i Tyskland

att äldreomsorgen till stor del finansieras med socialbidrag och den vägen belastar den kommunala budgeten. Denna belastning är olika stor i olika kommuner. Detta är enligt vår mening ett viktigt argument för att äldreomsorgens finansiering i varje fall delvis bör flyttas utanför kommunsektorn. I gengäld reduceras nuvarande kostnadsutjämnning vad gäller äldreomsorgen.

I första hand handlar det i så fall om en separat statlig *äldrevårdsförsäkring* som finansieras med en eller annan omsorgsavgift, förslagsvis en egenavgift. Utbetalningar från försäkringen skulle naturligtvis ske efter behovsbedömning och differentieras efter den väntade vårdtyngden. Den tyska modellen med bara tre nivåer på vårdtyngden är väl grov, varför man skulle behöva använda en mer raffinerad skala. Vi har i kapitel 6 pekat på några möjligheter och pågående utvecklingsarbete på detta område.

Försäkringen bör vara obligatorisk samt innehålla viss självrisk i form av brukaravgifter. Ska belastning på enskilda kommuner undvikas kan inte den tyska modellen användas. Där används enhetliga avgifter i kombination med socialbidrag till personer som inte har råd att betala avgiften. Ett intressant alternativ är att använda enhetliga avgifter i kombination med ett högkostnadsskydd som differentieras efter individernas betalningsförmåga (inkomst och förmögenhet).³⁹ Ytterligare en möjlighet är att behålla dagens system med direkt inkomstgraderade avgifter.

Det går att konstruera försäkringen som ett "grundskydd". Utbetalningarna täcker då rimliga kostnader, men inte mer. Det bör vara möjligt för enskilda individer att komplettera skyddet, under förutsättning att detta inte sker med syfte att reducera självrisken. Det bör också vara möjligt för

³⁹Ett sådant arrangemang diskuteras i Söderström (1991).

respektive kommun att ”toppa upp” den service som erbjuds enskilda vårdtagare. På så sätt skapas utrymme för lokala preferenser att göra sig gällande. Vi ser inte att detta står i konflikt med principen att det är finansären som ska stå för behovsbedömningen, men det är befogat att varna för administrativa merkostnader av ett sådant arrangemang.

Vem som ska utföra vården är en sekundär fråga. De utbetalningar som görs från försäkringen kan riktas till kommunala vårdgivare lika lätt som till privata vårdgivare. Givetvis kan på många orter finnas både kommunala och privata vårdgivare. Ur samhällsekonomisk synvinkel finns det anledning att befrämja konkurrens också på detta område.

Ett intressant inslag i den tyska äldrevårdsförsäkringen är det kontantbidrag som kan erhållas för ”egenvård”, till exempel för att avlöna anhöriga. Detta kan vara ett kostnadseffektivt alternativ till professionell hemtjänst och ett komplement till särskilt boende, men vi vill varna för att det kan bli tvärtom. En betydande del av dagens äldreomsorg utförs idag som ideellt arbete i hemmet, vanligen av någon nära anhörig. Om man börjar betala för sådana insatser finns det en uppenbar risk att incitamenten att utföra ideellt arbete blir lidande: arbetet utförs om får betalt, annars inte. Till detta kommer administrativa kostnader.

Ytterligare en intressant aspekt på kontantförmånen i den tyska omsorgsförsäkringen är att den uppenbarligen uppfyller EG-rättens villkor för exportabilitet. Just denna del av äldrevårdsförsäkringen skulle alltså kunna utnyttjas i ett flertal länder som komplement till den service man kan få på den plats man befinner sig.

Frågan om vem som ska betala de ökade kostnaderna för äldreomsorgens är också en generationsfråga. Vi ser inga principiella problem med att ha en särskild omsorgsfond för att jämna ut kostnadsolikheter mellan generationerna, men

samtidigt har vi svårt se varför man ska ha en sådan fond just på detta område. Varför inte istället en sjukvårdsfond? Till saken hör att den utjämning man eftersträvar ganska lätt kan åstadkommas inom ramen för befintliga fonder, framförallt pensionsfonderna. Den senaste pensionsreformen har på väsentliga punkter inneburit en utjämning mellan generationerna.

Referenser

- Andersson, K. et al. (1986), *Finansteoretiska undersökningar*, Riksbankens jubileumsfond 1986:2.
- Arrow, K. J. (1974), *Essays in the theory of risk-bearing*, North-Holland (2:a uppl.).
- Bertmar, L. et al. (1986), *Skatterna: Ett samhällsproblem*. Riksbankens jubileumsfond 1986:1.
- Borch, K. (1992), *Economics of insurance*. North-Holland (2:a uppl.).
- Browning, E. K. (1987), On the marginal welfare cost of taxation, *American economic review* 77, 11–23.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000), *Soziale Sicherung im Überblick*.
- Bundesministerium für Gesundheit, Information på Internet.
- Bös, D. (1986), *Public enterprise economics: Theory and application*, North-Holland.
- Cullis, J. & Jones, Ph. (1998), *Public finance and public choice*. Oxford University Press (2:a uppl.).
- ESO (1985), *Sociala avgifter: Problem och möjligheter inom färdtjänst och hemtjänst*, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, DsFi 1985:11.
- ESO (1998), *Kommunerna Kan! Kanske!: Om kommunal välfärd i framtiden*, Finansdepartementet: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Ds 1998:15.
- ESO (1999), *Samhällets stöd till de äldre i Europa*, Finansdepartementet: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Ds 1999:61.
- ESO (2000), *40-talisternas uttåg: en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar*, Finansdepartementet: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Ds 2000:13.
- Evers, A. (1998), The new long-term care insurance program in Germany, *Journal of Ageing & Social Policy* 10:1.
- Finansdepartementet (1999), *Utvecklingen inom den kommunala sektorn*. Skr. 1998/99:97.
- Fries B. E. et al. (1994), Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource utilisation groups (RUG-III), *Medical Care* 32, 668–685.

- Grip, G. & Örtendahl, C. (2000), *Lovar och försäkrar: De äldres välfärd i en balanserad samhällsekonomi*. Sveriges försäkringsförbund.
- Ikegami, N. et al. (1994), Applying RUG-III in Japanese long-term care facilities, *The Gerontologist* 34:5, 628–639.
- Jonsson, E. (1998), *Hur bör kostnader och inkomster utjämnas mellan kommuner och landsting – En granskning av utjämningsutredningens förslag*. Stockholms universitet: Institutet för kommunal ekonomi, Rapport 1998:82.
- Ljunggren, G. (1992), Case-mix analyses in long term care institutions in Stockholm, *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 10, 151–156.
- Mattson, I. (1999), Sverige och EU:s sociala dimension: Marknad eller reglering?, i Johansson, K. M. (red.), *Sverige i EU*. SNS Förlag.
- Nacka Kommun, *Så styrs Nacka kommun: Del 4*, C. O. Ekblad & Co.
- Nordiska ministerrådet (1998), *Den kommunala äldreomsorgen i Norden*, TemaNord 1998:517. Ekspressen Tryk & Kopicenter.
- OECD, 1998, *Maintaining prosperity in an ageing society*.
- Pauly, M. V. (1986), Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy, *Journal of economic literature* 24: 629–675.
- Persson et al. (1999), Hur långt ska EU centraliseras: Vad säger ekonomisk teori?, i Swedenborg, B. (red.), *Makten över politiken. Om konstitutionella spelregler och politikens innehåll*. SNS Förlag.
- Rosko, M. D. & Broyles, R. W. (1988), *The economics of health care, A reference handbook*, Greenwood Press.
- Rothschild, M. & Stiglitz, J. E. (1976), Equilibrium in insurance markets: An essay on the economics of imperfect information, *Quarterly Journal of Economics*.
- Rothschild, M. & Stiglitz, J. E. (1996), Competition and insurance 20 years later (1996 meeting of the Geneva Association in Hanover, Germany).
- Rubinfeld, D. L. (1987), The economics of the local public sector, i Auerbach, A.J. & Feldstein, M. (red.), *Handbook of public economics*, vol. II, North-Holland.
- SCB (2000), *Befolkning och välfärd*.
- Schneekloth, U. & Müller, U. (2000), *Wirkungen der Pflegeversicherung*. Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schulte, B. (1996), Social protection for dependence in old age: The case of Germany, i Eisen, R. & Sloan, F. (red.), *Long-term care: Economic issues and policy solutions*. Kluwer Academic Publishers.

- Socialstyrelsen (1994), *Alternativa drifts- och styrformer i äldreomsorgen: En kartläggning*. SoS Rapport 1994:23.
- Socialstyrelsen (1998), *Ädelparadoxen*. Äldreuppdraget 1998:II.
- Socialstyrelsen (1999), *Konkurrensutsättning och entreprenader inom äldreomsorgen*. Äldreuppdraget 1999:6.
- Socialstyrelsen (2000), *Taxor och avgifter för vård och omsorg*. Äldreuppdraget 2000:I.
- SOU 1998:151, *Kostnadsutjämning för kommuner och landsting*, Betänkande av kommunala utjämningsutredningen.
- SOU 1999:3, *Bo tryggt – betala rätt: Särskilda boendeformer för äldre samt avgifter för äldre- och handikappomsorg*.
- SOU 2000:3, *Välfärd vid vägskäl. Utvecklingen under 1990-talet*.
- SOU 2000:7, *Långtidsutredningen 1999/2000*. Finansdepartementet.
- Svenska Kommunförbundet (1997), *Taxor för vård och omsorg – ett hjälpmedel*.
- Svenska Kommunförbundet (1998), *Kommunerna i framtiden. En långtidsutredning om behov och resurser till år 2010*.
- Svenska Kommunförbundet (1999), *Vår framtid: Äldres vård och omsorg inför 2000-talet*. Äldreberedningen. (Flera rapporter.)
- Svenska Kommunförbundet/SCB, *Vad kostar verksamheten i Din kommun? Bokslut 1998*.
- Söderström, L. & Lundbäck, M. (2000), *Vinsten som drivkraft. Ekonomisk forskning om effekterna av etableringsfrihet och vinstmotiv inom sjukhusvård och utbildning*. Industriförbundet.
- Söderström, L. (1991), *Hur ska sjukvården betalas?, Om alternativa betalningsmodeller*, SNS förlag (Den svenska sjukvården).
- Söderström, L. (1993), *A case for patient charges?*, SNS *Occasional paper* 43.
- Söderström, L. (1994), *Utjämning och kommunala incitament*, Bilaga 8 till betänkande från beredningen för statsbidrag och utjämning i kommunsektorn, SOU 1994:144.
- Söderström, L. (1996), *Moral hazard in the welfare state*, i H. Giersch (red.), *Reforming the welfare state*. Egon-Sohmen-Foundation.
- Söderström, L. (1998), *Fiscal federalism: The Nordic way*, i J. Rattsö (red.), *Fiscal federalism and state-local finance, The Scandinavian perspective*. Edgar Elgar

- Söderström, L. et al. (1999), *Från dagis till servicehus: Vårdförpolitik i livets olika skeden*, Vårdförpolitiska rådet. SNS Förlag.
- Wahlquist, L. (1999), *Låt medborgaren bestämma – Kundvals-system i Nacka kommun*, Centrum för välfärd efter välfärdsstaten. Timbro.
- van de Ven (2000), W. & Ellis, R., Risk adjustment in competitive health markets, i Culyer, A.J. & Newhouse, J.P. (red.), *Handbook of health economics*, Kluwer Academic Publisher
- Zweifel, P. et al. (1999), Ageing population and health care expenditure: A red herring?, *Health Economics* 8, 485–496.

SVERIGES BEFOLKNING åldras. Allt färre i yrkesverksam ålder ska finansiera vård och omsorg för allt fler äldre. Idag finansieras den övervägande delen av äldreomsorgens kostnader med kommunala skattemedel. Ett alternativ som förts fram i debatten är att äldreomsorgen istället skulle finansieras via försäkringar.

I rapporten *Äldreomsorgens finansiering – varför äldre-vårdsförsäkring?* diskuterar författarna vid National-ekonomiska institutionen, Lunds Universitet, under ledning av professor Lars Söderström, för- och nackdelar med försäkringsfinansiering av äldreomsorgen.

Rapporten är gjord på uppdrag av Svenska Kommunförbundets Skattebasberedning. Under åren 1999 och 2000 bedriver den ett utredningsarbete om hur kommunerna ska klara sin finansiering på lång sikt, med tonvikt på skattefinansieringen.

Äldreomsorgens finansiering kan beställas från Kommunförbundets Förlag på telefon 020-31 32 30 eller fax 020-31 32 40.

Priset är 100 kr plus moms, porto och expediti-
onsavgift.

 SVENSKA
KOMMUNFÖRBUNDET

ISBN: 91-7099-923-6