

Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga?

Per Borg

*Rapport till
Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi
2009:1*



REGERINGSKANSLIET

Finansdepartementet

Rapportserien kan köpas från Fritzes kundtjänst.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2009

ISBN 978-91-38-23224-8
ISSN 1653-8838

Förord

Det ligger i sakens natur att det är svårt att säga någonting säkert om framtiden. Ändå vill vi ofta försöka att göra det på ett eller annat sätt. Genom att blicka framåt kan vi ibland tydliggöra problem som riskerar att bli värre om vi inte redan nu tar itu med dem.

I denna rapport, som är den första till det nya ESO, tar fil. dr. Per Borg på sig just denna uppgift. Han gör det genom att sammanfatta en rad underlag om hur välfärdstjänsterna och den offentliga sektorn i stort har utvecklats och kommer att utvecklas. På basis av detta gör han en framskrivning av hur efterfrågan på välfärdstjänster kommer att utvecklas i framtiden. Historiskt har efterfrågan på välfärdstjänster varit starkt växande. Före 1980-talet växte den offentliga konsumtionen ungefär dubbelt så snabbt som den privata. Därefter har dock den privata konsumtionen ökat mer än den offentliga. Med ett skatteuttag ungefär på dagens nivå bedöms välfärdstjänsterna i bästa fall kunna växa i samma takt som demografin kräver – inte mer.

Författaren menar dock att vi inte kommer att låta nöja oss med det. Standardhöjningar kommer att efterfrågas också när det gäller tjänster inom välfärdsområdet. När vi blir rikare kommer vi inte att vara nöjda med en skola eller en sjukvård på dagens nivå. Det här kommer att leda till en ökande spänning mellan medborgarnas efterfrågan på välfärdstjänster och det alltmer begränsade offentliga utbudet. I själva verket har spänningar av det här slaget redan under de senaste decennierna i hög grad präglat vår politiska debatt.

Om inte ansvariga politiker kan enas om en gemensam syn på dilemmat med välfärdstjänsternas finansiering kommer de inte heller att kunna hitta goda, långsiktigt hållbara lösningar på problemet. Därmed skärps spänningarna, samtidigt som problemet i praktiken vältras över på enskilda individer, vilket i sin tur enligt författaren innebär att skillnaderna i tillgång till välfärd kommer att

öka. Författaren menar att det är oundvikligt att medborgarna tar ett ökat ansvar för sina tjänster på välfärdsområdet men att denna förändring bör genomföras på ett genomtänkt sätt.

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi - ESO - har som uppdrag att självständigt bidra till att bredda och fördjupa underlaget för framtida samhällsekonomiska och finanspolitiska avgöranden. Det är passande att den första rapport som det nya ESO publicerar tar sig an rapportens stora och väsentliga frågeställning.

Som brukligt varit i ESO-sammanhang, ansvarar författaren själv för innehållet, slutsatserna och de förslag som presenteras i rapporten.

Det är min förhoppning att denna rapport bidrar till en offentlig diskussion om hur frågan om välfärdens framtida finansiering ska tacklas.

Stockholm i juni 2009

Lars Heikensten
Ordförande för ESO

Innehåll

Sammanfattning	7
Summary in English	13
1 Inledning	15
1.1 Välfärdspolitikens klimatfråga?.....	15
1.2 Uppdraget och rapportens uppläggning.....	19
2 Välfärden växer inte tillräckligt	21
2.1 Begränsade skatteinkomster och utgiftskrävande demografi – teman i flera långtidsutredningar	22
2.2 Långtidsutredningarna identifierar avgörande framtidsproblem.....	23
2.3 Likartad problembild i alla utredningar	26
2.4 Allt fler äldre men ingen ålderspuckel.....	28
2.5 Den åldrande befolkningen är inte det största problemet.....	31
2.6 Finns ett framtidsproblem – det har ju gått bra hittills?	32
3 Medborgarna vill betala för en växande välfärd - kollektivt eller enskilt	39
3.1 Det sena 1900-talet – en parentes?	40
3.2 Ett på mycket lång sikt olösligt problem som måste lösas snarast.....	46

3.3	Problemets storleksordning – ett räkneexempel.....	47
3.4	Politiken påverkar den privata finansieringen	49
3.5	Att förena privat och offentlig finansiering samt slå vakt om likabehandling – den stora utmaningen.....	50
4	Hur kan växande välfärd förverkligas?	53
4.1	Medborgarnas ökande efterfrågan kan inte ransoneras bort.....	55
4.2	Ökade skatteinkomster utan skattehöjningar	57
4.3	Höjd effektivitet är både möjlig och nödvändig men... ..	65
4.4	Omfördelning inom offentlig sektor	76
4.5	Ökat medborgaransvar kräver öppenhet och nytänkande.....	79
4.6	Sammanfattande synpunkter utifrån räkneexemplen	92
5	En politisk process för växande välfärd.....	95
5.1	En nationell politisk process krävs.....	96
5.2	De historiska erfarenheterna är ganska entydiga.....	96
5.3	... och vi bör dra våra slutsatser av dem.....	98
5.4	Politisk passivitet urholkar välfärdsstatens värderingar.....	99
5.5	Skapa en gemensam problembild	102
5.6	Påskynda processen genom parallella aktiviteter	104
6	Bilaga - kalkyler och räkneexempel.....	107
6.1	Konsumtionen av välfärdstjänster beräknas öka i samma takt som BNP.....	107
6.2	Finansieringsbehov om beräknad konsumtionsökning ska nås	108
6.3	Hur kan den höjda utgiftsnivån finansieras.....	110

Referenser	115
-------------------------	------------

Tabeller

2.1	Långtidsutredningens basscenario	26
3.1	Genomsnittlig årlig procentuell förändring per capita	40
4.1	Svensk produktivitet och effektiv produktion av välfärdstjänster	72
6.1	Offentlig konsumtion enligt basscenarioet	110
6.2	Välfärdstjänsternas fördelning på olika områden	113

Diagram

1	Äldre- och yngrekvot	29
2	Antal invånare 85 år och äldre	30
3	Utvecklingen av den offentliga konsumtionen 1980- 2050.....	31
4	Antal försäkrade med privata sjukvårdsförsäkringar	34

Figurer

1	Effektivitet på marknaden och inom skattefinansierat verksamhet	68
2	Vilka behov ska tillgodoses offentligt?	85
3	Offentliga finanser den tunga basen privat finansiering komplement	89
4	Privat finansiering skall finnas på den högra delen av skalan	90

Sammanfattning

Oförändrad politik och oförändrat skatteuttag möjliggör ingen framtida standardhöjning av den offentliga vården, skolan och omsorgen. Det är experternas framtidsbedömning. En sådan politik – eller rättare brist på politik – leder till en ökande spänning mellan medborgarnas efterfrågan och ett begränsat offentligt utbud. En sådan spänning driver fram en spontan och okontrollerad utveckling av privat finansiering, något som kan underminera välfärdstatens grundläggande värdering. Angelägna behov inom välfärdstjänsteområdet kommer inte att tillgodoses på ett likvärdigt sätt för alla medborgare.

Den långsiktiga finansieringen är välfärdspolitikens klimatfråga i den meningen att experter och forskare inom båda områdena i stort sett är ense om att på sikt finns ett stort problem som bör angripas tidigt. Men medan klimatproblemet är en central fråga i svensk politik, finns ingen politisk process syftande till att utarbeta en långsiktig och genomtänkt politik för välfärdens framtida finansiering. Syfte med denna rapport är att få igång en sådan process. Rapporten behandlar fyra huvudfrågor.

1. Det långsiktiga problemet och dess bakgrund
2. En ambition att lösa det.
3. Möjligheterna att förverkliga ambitionen – lösningarna.
4. Hur få igång en politisk process?

Problemet

Den åldrande befolkningen brukar framställas som ett stort problem för de offentliga finanserna. Den utvecklingen är inte det största framtidsproblemet och frågan är om det är ett problem. Den är en glädjande utveckling att vi lever allt längre. Finansieringen av välfärdstjänsterna ställs dock inför ett problem.

När den stora befolkningsgruppen som föddes på 1940-talet – fyrtioalisterna – går i pension ska de försörjas av en begränsad grupp i arbetsför ålder. Fyrtioalisterna når så småningom 80-årsåldern och kräver då stora insatser av vård och omsorg. Den demografiska utvecklingen går att möta utan några omfattande förändringar av politiken, förutsatt att vi nöjer oss med oförändrad standard.

Det stora finansieringsproblemet följer av det förhållandet att vi inte nöjer oss med oförändrad standard. Med allmänt stigande levnadsstandard efterfrågar vi högre standard också beträffande välfärdstjänster. Den efterfrågan driver upp kostnaderna betydligt mer än den demografiska utvecklingen.

Utbildning, social omsorg och sjukvård består av personliga tjänster. Produktion av sådana kan inte effektiviseras på samma sätt som annan produktion. Vidare finansieras välfärdstjänsterna i allt väsentligt via skatter. Från 1980-talet har skatteuttaget inte höjts, vilket skapat en växande spänning mellan medborgarnas efterfrågan och möjligheterna att tillgodose den. Under det sena 1900-talet löstes spänningen hjälpligt upp genom återhållen löneutveckling för berörd personal, omfördelningar inom offentlig sektor till förmån för välfärdstjänster och ökade krav på medborgarna att själva svara för sina behov av välfärdstjänster.

Före 1980-talet växte den offentliga konsumtionen, som domineras av de här aktuella tjänsterna, ungefär dubbelt så snabbt som den privata. Därefter har den privata konsumtionen ökat mer än den offentliga. Den förändringen beror knappast på att medborgarnas värderingar av den offentliga konsumtionen ändrades just under 1980-talet. Däremot begränsades utbudet från de skattefinansierade systemen när skatterna inte längre höjdes. Medborgarna fick anpassa sig till det begränsade utbudet. Välfärdssystem som infördes för att främja viss konsumtion fick inslag av ransoneringssystem. Finansdepartementets långtidsutredning skriver fram en bild som accentuerar den utvecklingen. Den privat konsumtion växer starkt samtidigt som välfärdstjänsternas standard förblir oförändrad. Spänningen mellan medborgarnas efterfrågan och ett begränsat offentligt utbud kommer att växa.

En ambition att lösa problemet

Opinionsundersökningar visar att medborgarna prioriterar konsumtionen av vård, omsorg och grundläggande utbildning högt och är beredda att betala för att öka den – via skatten eller enskilt. Samhällsdebatten om dessa frågor kretsar uteslutande kring frågan om hur välfärdstjänsterna ska kunna förbättras. I USA, där dessa tjänster i hög grad bjuds ut på en marknad, har konsumtionen av vård och utbildning under lång tid växt betydligt mer än inkomsterna. Det vore därför fel att betrakta det sena 1900-talet som inledningen till en ny trend. Den perioden bör ses som en parentes.

Uppgiften inför framtiden är att säkerställa att alla medborgare får tillgång till de välfärdstjänster, som de vill betala för – kollektivt eller enskilt. Välfärdssystemen måste anpassas till medborgarnas krav och betalningsvilja. Det omvända förhållandet är inte en rimlig ordning.

En utgångspunkt för den framtida politiken bör vara att medborgarna är bredda att betala för en konsumtion av välfärdstjänster som ökar i åtminstone samma takt som ekonomin växer. Ett räkneexempel visar att om ökningen ska vara lika med BNP-tillväxten så ska 150 miljarder kronor tillföras välfärdstjänsterna fram till 2030, utöver de skattemedel som tillförs området enligt Långtidsutredningens framskrivningar. Inte ens en successiv avveckling av det svenska försvaret, den högre utbildningen och forskningen samt den internationella biståndsverksamheten skulle motsvara den utgiftsökningen. Om den skulle skattefinansieras krävs ökade kommunalskatt med cirka 11 procentenheter. Kommunalskatten skulle överstiga 42 procent. Uppenbarligen krävs åtgärder inom flera politikområden om den konsumtionsökningen ska kunna förverkligas. Det krävs också kompletterande privat finansiering. En stor utmaning blir därför att förena privat och offentlig finansiering.

Lösningarna

En långsiktig politik för att möta medborgarnas efterfrågan skissas i rapporten. För att konsumtionen av välfärdstjänster ska kunna öka i samma omfattning som ekonomin växer, utan att oacceptabla skillnader uppstår mellan medborgarna måste politiken i första

hand inriktas på att allokera mer skattemedel till välfärdstjänsteområdet. För det andra måste produktionen av välfärdstjänster effektiviseras. För det tredje måste privat finansiering tillåtas, och i vissa fall uppmuntras, men begränsas till områden där den inte riskerar att komma i konflikt med grundläggande värderingar.

Höjda skattesatser löser inte på sikt det framtida finansieringsproblemet. Om höjning av skattekvoten över huvud taget är möjlig kommer en sådan åtgärd enbart att skjuta problemet på framtiden. Skatteinkomsterna kan emellertid öka genom att vi arbetar fler timmar. En växande förmån har utan medvetna beslut beviljats pensionärsgruppen genom att pensionsåldern inte höjts när livslängden ökat. Den gruppen borde kunna bidra till fler arbetade timmar genom senare utträde från arbetslivet. Det förutsätter att ett långsiktigt mönster bryts. Vi har sedan länge tagit ut ökad standard i form av fritid och många blivande pensionärer ser fram mot en angenäm och lång pensionärstillvaro. Ett räkneexempel visar att tre års senare utträde från arbetsmarknaden kan bidra med cirka 45 miljarder kronor till konsumtionsökningen om 150 miljarder.

Om produktionen av välfärdstjänster effektiviseras kan medborgarnas efterfrågan på förbättringar av tjänsterna nås till begränsade kostnader. Trots upplevt behov av ökad effektivitet inom offentlig sektor och befintlig kunskap om hur en sådan kan åstadkommas är det svårt att påvisa någon uppnådd höjning. Ett brett men samlat program för effektivitetshöjande åtgärder borde kunna höja effektiviteten påtagligt. Avgörande för framgång är att ett sådant program leds och sammanhålls på rätt sätt. Om så vore fallet skulle den framtida finansieringen kunna underlättas med 30 miljarder kronor enligt ett räkneexempel.

Andra utgifter inom offentlig sektor skulle kunna minska för att möjliggöra omfördelning till tjänsteområdet. Det måste då handla om utgiftsområden där medborgarna har rimlig möjlighet att själva ta ansvar för de behov som inte längre tillgodoses offentligt. Ett sådant ökat ansvar får heller inte strida mot grundläggande krav på likabehandling av olika medborgare. De offentliga försäkringarna mot inkomstbortfall uppfyller möjligen de kriterierna. Parterna på arbetsmarknaden har visat sig kunna ta visst ansvar för inkomsttrygghet. Om dessa försäkringar skulle förbli obligatoriska, trots att de överförs till parterna och därmed tillhandahålls privat,

handlar det dock om ett slags dold skatteköning. Någon finansieringshjälp från en sådan åtgärd har därför inte beräknats.

Genom räkneexempel visas således att hälften av den eftersträvade konsumtionsökningen om 150 miljarder kronor kan finansieras genom effektivisering och ökad sysselsättning. Det stärker den offentliga finansieringen. Även om hänsyn tas till att det är just enstaka räkneexempel blir slutsatsen att en betydande del av finansieringen måste överlåtas till medborgarna. Det gäller då att förlägga den privata finansieringen till områden där den inte skapar oacceptabla skillnader. Problem och möjligheter i det avseendet illustreras i rapporten. Vidare gäller det att se till att de offentligt finansierade tjänsterna levereras med sådan säkerhet och är så förtroendeingivande att den privata finansieringen inte försämrar för de medborgare som enbart förlitar sig på det offentliga utbudet. Den så kallade gräddfilsproblematiken bör inte angripas genom att den privata finansieringen försvåras utan genom att den offentliga finansieringen säkerställs. Den privata finansieringen ska vara ett tydligt avgränsat komplement.

En politisk process

Logiken vid den här typen av förändringar är att de drivs fram av en probleminsikt. En upplevd risk för kris eller sammanbrott blir en särskilt stark drivkraft. En avgörande förutsättning för att den skissade politiken ska bli verklighet är därför att berörda beslutsfattare inser att det finns ett framtidsproblem som hotar välfärdsstaten. En politisk process måste därför inledas med en analys av framtidsproblemet inom ramen för en offentlig utredning. Den bör ha en bred sammansättning. De historiska erfarenheterna är att beslut om systemförändringar av det slag som det här gäller måste fattas med breda politiska majoriteter.

För att vinna tid kan ett mera detaljerat utredningsarbete, i form av två expertutredningar, starta parallellt med den politiskt sammansatta utredningen. Expertutredningarna ska analysera hur sysselsättningen kan öka för att bidra till den långsiktiga finansieringen av välfärden samt hur ett brett inriktat effektiviserings- och utvecklingsprogram för produktion av välfärdstjänster skulle kunna läggas upp.

Summary in English

An unchanged policy and unchanged tax levy will not allow any improvements in the standard of public welfare services. Such a policy – or rather lack of policy – will not satisfy the desire of the general public for better quality. Increased tension between public demand and limited public service provision will lead to increasing private funding. Such a development could undermine fundamental welfare state values. Urgent needs in health and medical care, education and social services will not be met on an equal basis for all citizens.

This report outlines a longterm policy to meet this development. A starting point is that consumption of welfare services must increase to the same extent as the economy grows. In order to achieve that objective, without unacceptable differences arising between citizens, policy must primarily be aimed at allocating more tax revenues to the provision of welfare services. In the second place production of welfare services must be made more effective. In the third place private funding must be allowed and in some cases encouraged, but be limited to areas where it does not risk coming into conflict with fundamental values. One way of solving the problem is rejected: It is not possible or appropriate to restrict public demand in the long term. It neither can nor should be rationed away.

An increased tax levy is not a solution in the long term. However, more tax revenues can be contributed to the area through increased employment. That would mean increasing the number of hours worked in the economy. Delayed retirement from the labour market can provide a substantial contribution to increased public consumption. However, promoting this requires measures that run counter to many established notions.

The possibility of funding the services through taxes can increase if resources are transferred from other areas of public

expenditure. In that case public commitment should be reduced in areas where citizens have a reasonable chance of compensating for the withdrawal of public services. Parts of publicly funded insurance schemes could be such an area. If these insurance schemes were to continue to be mandatory, despite being provided privately, there would be little or no scope for strengthening public funding of welfare services. The difference between mandatory contributions and tax is very small.

If welfare service production is made more efficient, public demand for improved services can be achieved at a limited cost. In order to achieve that effect, a broadbased efficiencyenhancing programme must be drawn up and correctly managed and implemented. Despite a longfelt need to improve efficiency and knowledge of how this should be achieved, hardly any increased efficiency has been noted in recent decades.

The report gives arithmetical examples based on the assumption that consumption of welfare services will increase at the same rate as economic growth. In that case an additional SEK 150 billion needs to be contributed to that sector of consumption in 2030. Half of that amount can be contributed through improved efficiency and increased employment according to a couple of the examples given. It appears obvious therefore that increased private funding will be necessary. This must be allocated to areas where it will not create unacceptable differences between citizens. Moreover, there must be assurance that publicly funded services are provided to all citizens with sufficient reliability to ensure that private funding does not reduce the standard of service to those members of the public who rely solely on public service provision. Private funding must be a limited complement.

The logic behind these types of change is that they are problemdriven. The risk of crisis or collapse is a strong incentive for change. Consequently, a crucial condition for realising the policy outlined is that decisionmakers concerned understand that a future problem exists that threatens the welfare state. A political process must therefore be introduced, analysing the future problem within the framework of a government inquiry. This should have a broad political composition. Historical experience shows that decisions of the kind referred to here require support from different political circles.

1 Inledning

Kort sammanfattning

Den långsiktiga finansieringen är välfärdspolitikens klimatfråga i den meningen att experter och forskare inom båda områdena är i stort sett ense om att på sikt finns ett stort problem som bör angripas tidigt. Men medan klimatproblemet är en central fråga i svensk politik finns ingen politisk process för att söka långsiktiga lösningar avseende välfärdens finansiering. Syfte med denna rapport är att få igång en sådan process. Rapporten behandlar fyra huvudfrågor.

1. Det långsiktiga problemet och dess bakgrund
2. En ambition att lösa problemet.
3. Möjligheterna att förverkliga ambitionen
4. Hur få igång en politisk process?

1.1 Välfärdspolitikens klimatfråga?

När detta skrivs råder finanskris och lågkonjunktur. Det förefaller emellertid finnas två olika kriser i två skilda delar av ekonomin. I den ena delen – den privata sektorn – är problemet att människor inte efterfrågar de bilar, båtar, möbler, kläder och annat som bjuds ut på marknaden. En dominerande fråga där är hur produktion och sysselsättning ska upprätthållas trots bristen på efterfrågan. I den andra världen – den offentliga sektorn – är en dominerande fråga hur neddragningar ska kunna genomföras trots att efterfrågan är stor. Varför drar vi ned på produktionen av sådant som vård, skola och omsorg, som människor verkligen vill ha, och varför slår vi vakt om produktion med svag efterfrågan? Frågan blyxtbelyser välfärdspolitikens långsiktiga problem.

Skillnaden mellan de båda världarna har dock varit tydliga under lång tid, och den blir alltmer uppenbar. Medan miljarder satsas på marknadsföring för att förmå oss efterfråga det som marknaden bjuder ut har den välfärdspolitiska debatten alltmer kommit att handla om hur utbudet ska ransoneras och hur köerna ska ordnas. Oron för att någon ska gå före i kön – gräddfilsproblematiken – präglar ofta debatten.

Den beskrivna situationen kommer inte bara att bestå, utan också att förvärras. De båda världarna kommer i ökad grad att glida isär. Dagens kris får nämligen inte undanskymma det faktum att utsikterna för den svenska ekonomin är goda på sikt. Vi kommer att bli allt rikare. Dagens kris inom bilindustrin hindrar inte att människor i framtiden kommer att skaffa bättre och säkrare bilar. Ny hemelektronik kommer att ge oss bättre förutsättningar för kultur- och nöjesupplevelser. Ny och djärvt designad heminredning kommer att fylla våra hem. Var och en kan fortsätta uppräknningen enligt egen önskelista. Allt fler av våra önskningar om privat konsumtion kommer att tillgodoses.

Samtidigt kommer vi att uppleva den offentliga välfärden som allt fattigare. Dagens brister inom välfärdsområdet kommer att bestå. Det handlar om lång väntan på vårdinsatser och rehabilitering, många barn som inte klarar skolgången och åldringar som möts av beskedet att kommunens ekonomi inte medger önskad omsorg. Var och en kan fortsätta uppräknningen efter egen erfarenhet. Det kommer inte att bli bättre.

Den beskrivna utvecklingen förefaller inte rimlig. Våra värderingar och önskemål talar för den omvända utvecklingen. Det är mycket viktigare att sjuka patienter snabbt behandlas än att bilparken förnyas. Hög kvalitet på äldreomsorgen är viktigare än att byta möbler till senaste design. Barnens utbildning är viktigare än en stor platt TV-skärm.

Alla framtidsbedömningar kommer emellertid till slutsatsen om framtida obalans mellan privat och offentlig konsumtion. De signalerar att svensk välfärdspolitik står inför stora omställningar. Under 1900-talet skedde en kraftig utbyggnad av välfärdssystemen. Under den utbyggnaden formulerade Tage Erlander i mitten av 1950-talet sina berömda ord om de stigande förväntningarnas missnöje. Med det uttrycket menade han att anspråken på välfärdspolitiken ökade. Det räckte inte med den utbyggnad av välfärdssystemen som redan då hade skett. Om inte utbyggnaden fortsatte skulle missnöje uppstå. Erlanders formel för att möta de

ökade kraven var det starka samhället. Genom fortsatt utbyggnad av de skattefinansierade välfärdssystemen skulle de stigande förväntningarna mötas.

Erlanders tal om missnöje är lika giltigt i dag. Fler och bättre insatser efterfrågas. Vi vill ha sjukvård och medicin av bästa slag. Den vården är inte bara mycket bättre än tidigare utan också mycket dyrare. De äldre blir allt fler och de vill ha allt bättre vård och omsorg. Utbildning av högsta kvalitet till alla barn och ungdomar är en avgörande framgångsfaktor både för den enskilde och för samhällsekonomisk tillväxt. Allt detta sätter en press på den offentliga ekonomin.

De dystra framskrivningarna av verkligheten följer av det förhållandet att den produktion som vi värderar högst – vård, omsorg och skola – är svår att effektivisera och vi har valt att skattefinansiera den.

Industriproduktion kan effektiviseras och bedrivs i dag med allt mindre personal. I den mån omfattande personalinsatser krävs kan sådan produktion förläggas till länder med lägre löner än de svenska. Produktionen av välfärdstjänster kan också effektiviseras men inte i samma omfattning som annan produktion. Kvaliteten på välfärdstjänsterna bestäms i hög grad av hur lång tid personalen kan ägna åt sina vårdande och undervisande uppgifter. Vård och utbildning måste i allt väsentligt bedrivas i Sverige och vi vill att de som utför tjänsterna ska ha goda svenska löner.

Skattekvoten (kvoten mellan skatteinkomster och bruttonationalprodukt, BNP) var cirka 20 procent under Erlanders 1950-tal. Under 1980-talet nådde den 50 procent för att därefter variera kring den nivån. Därför framtvingades en omställning av välfärdspolitiken redan under 1990-talet. Inom ett par områden – pensionsområdet och bostadspolitiken – har riksdagen satt tydligare och snävare gränser för det offentliga åtagandet, vilket har inneburit att medborgarna själva fått ta ökat ansvar för sin välfärd. Inom tjänsteområdet – sjukvård, omsorg och skola – finns inga sådana tydliga gränser för det offentliga ansvaret. De skattemedel som varje år tilldelas områdena bestämmer vilka insatser som kan göras.

Välfärdspolitiken kan i längden inte drivas i strid med den ekonomiska och sociala verkligheten. Den avgörande frågan är därför inte om, utan hur och när fortsatt anpassning till nya förutsättningar ska ske. Ska anpassningen mellan politik och verklighet ske genom medvetna och långsiktiga politiska beslut

eller ska varje års offentliga budget sätta gränsen för vilka insatser som ska göras? Om den första vägen väljs finns stora möjligheter att bevara välfärdsstatens grundläggande värderingar. Om vi däremot håller fast vid de etablerade systemen alltför länge kommer medborgarna att leva med ovisshet om vilka insatser de kan räkna med från offentliga systemen. Då börjar de att själva lösa sina problem, var och en efter sina förutsättningar. Och de är väldigt olika, inte minst ekonomiskt. Då riskerar välfärdsstaten att vittra sönder.

Inom samhällsområden som rör energi och miljö accepteras att politiken måste ha en långsiktig inriktning. För att lösa framtidens energiförsörjning med hjälp av sol, vind och vatten i stället för med uran och olja krävs helt uppenbart en långsiktig investeringspolitik. Det handlar om tunga investeringar. Betydande ändringar kan endast genomföras på lång sikt. Den moderna välfärdspolitikerna är emellertid också en tung investering – en investering i förtroendekapital. Medborgarna måste kunna lita på att välfärdssystemens spelregler är stabila. Om så inte är fallet sker en kapitalförstörelse – förtroendet för välfärdsstaten urholkas. Och erfarenheterna från andra områden är att förlorat förtroende snabbt kan underminera en verksamhet.

Är det rentav så att den långsiktiga finansieringen är välfärdspolitikens klimatfråga? Det är vanskligt och inte så meningsfullt att på det sättet jämföra helt skilda företeelser. En likhet mellan de båda områdena är dock uppenbar. Inom båda är experter och forskare i stort sett ense om att på sikt finns ett stort problem som bäst möts genom att det angrips tidigt, åtminstone i den meningen att man tidigt förbereder sig för att möta den problematiska framtiden. En olikhet är att välfärdspolitikens framtidsproblem kan vi i allt väsentligt lösa själva inom Sverige. Till lösningen av jordens klimatproblem kan vi blott lämna ett blygsamt bidrag. En annan olikhet är att klimatproblemet är en central fråga i svensk politik, medan frågan om välfärdens långsiktiga finansiering är en fråga som politikerna helst undviker. Trots återkommande rapporter, som belyser problemet, har ingen nationell politisk process inletts för att söka lösningar. Syfte med denna rapport är att få igång en sådan process.

1.2 Uppdraget och rapportens uppläggning

Uppdraget avser i första hand välfärdstjänster, det vill säga sjukvård, skolutbildning och social omsorg som äldreomsorg. Rapporten innehåller en översikt av kunskapsläget avseende problemets omfattning, hur det formuleras och vad som är dess orsaker. Det är dock inte helt självklart att det finns ett långsiktigt problem. Det brukar bl.a. påpekas att vi inte bara blir äldre utan också friskare. Antagandet om att vi stadigt kommer att efterfråga mer välfärd när inkomsterna stiger rimmar, enligt en del, illa med att utgiftsandelen i förhållande till BNP för såväl sjukvård som offentlig konsumtion i allmänhet har hållits mer eller mindre konstant de senaste 30 åren. Ett försök görs att förklara den utvecklingen.

Rapporten innehåller vidare en diskussion om möjligheter och problem förenade med de olika lösningar som förts fram i debatten. Det handlar bl.a. om att öka skatteinkomsterna genom höjda skattesatser och ökad sysselsättning, om att föra resurser från andra offentliga utgiftsområden, om effektivisering och om ökat individuellt medborgaransvar.

Avslutningsvis ställs frågan varför en politisk process inte har inletts, om frågan är av den dignitet som utredningarna synes visa. Skulle ytterligare eller andra underlag kunna skingra osäkerheten och stimulera en önskvärd politisk process?

Rapporten innehåller fyra huvudavsnitt. Det första handlar om problembilden, det andra om en ambition inför framtiden, det tredje om möjligheter att förverkliga ambitionen. Det fjärde huvudavsnittet handlar om möjligheterna till en politisk process.

Inledningsvis analyseras framtidsproblemet. Olika utredningars framtidsbedömningar redovisas. Tyngdpunkten läggs dock på den statliga långtidsutredningen. Vidare analyseras vilka faktorer som driver fram finansieringsproblemet samt det förhållandet att resurstilldelningen varit relativt god till området trots att skattekvoten inte ökat sedan 1980-talet.

Därefter formuleras en framtidsambition beträffande välfärdstjänsternas utveckling. Sedan diskuteras olika möjligheter att förverkliga den ambitionen. I skilda avsnitt diskuteras möjligheterna och problemen med ransonering, ökade skatteinkomster, höjd effektivitet, omfördelning inom offentlig sektor samt ökat medborgaransvar.

Möjligheterna att få igång en politisk process behandlas i det avslutande huvudavsnittet. Historiska erfarenheter beträffande systemförändringar inom välfärdspolitiken är utgångspunkt för diskussionen om hur en process, som leder till nödvändiga politiska beslut, bör läggas upp. Rapporten avslutas med en sammanfattning. Kalkyler och beräkningar finns i en bilaga.

Det bör nämnas att rapporten innehåller få internationella utblickar. Den kortaste sammanfattningen av Sveriges problem i jämförelse med andra länder är att vi är relativt gynnade. Flertalet jämförbara länder kommer att möta ett större finansieringsproblem än Sverige.¹

¹ Se OECD (2006).

2 Välfärden växer inte tillräckligt

Kort sammanfattning

Den åldrande befolkningen brukar framställas som ett stort problem för de offentliga finanserna. Den utvecklingen är inte det största framtidsproblemet och frågan är om det är ett problem.

Det är en glädjande utveckling att vi blir allt äldre. För finansieringen av välfärdstjänsterna medför den dock problem. När den stora befolkningsgruppen som föddes på 1940-talet – fyrtioalisterna – går i pension ska de försörjas av en begränsad grupp i arbetsför ålder. När de så småningom når 80-årsåldern kräver de stora insatser av vård och omsorg. Denna utveckling går att möta utan några omfattande förändringar av politiken, under förutsättning att vi nöjer oss med oförändrad standard inom vård, skola och omsorg.

Det stora problemet är att vi inte nöjer oss med oförändrad standard. Med allmänt stigande levnadsstandard efterfrågar vi högre standard också beträffande välfärdstjänster. Den efterfrågan driver upp kostnaderna betydligt mer än den demografiska utvecklingen.

Välfärdstjänsterna finansieras i allt väsentligt via skatter. Produktionen av dem kan heller inte effektiviseras på samma sätt som annan produktion. Från 1980-talet har skatteuttaget inte höjts, vilket skapat en växande spänning mellan medborgarnas efterfrågan och möjligheterna att tillgodose den. Under det sena 1900-talet löstes spänningen upp hjälpligt genom bland annat återhållen löneutveckling för berörd personal, omfördelningar inom offentlig sektor till förmån för välfärdstjänster och ökade krav på medborgarna att själva tillgodose sina behov av välfärdstjänster.

2.1 Begränsade skatteinkomster och utgiftskrävande demografi – teman i flera långtidsutredningar

Flera långtidsutredningar, som utarbetats inom Finansdepartementet, har varnat för den utmaning som svensk ekonomi står inför på grund av en åldrande befolkning och de begränsade möjligheterna att höja skatterna. Redan 1987 års långtidsutredning² framhöll de begränsningar av den offentliga konsumtionen som skapades genom att skatterna inte längre kunde höjas och att produktiviteten inom offentlig sektor var obefintlig. Men svensk ekonomi dominerades vid den tiden av andra problem och det var först när 90-talskrisen var övervunnen som långtidsutredningarna mer explicit pekade på välfärdspolitikens långsiktiga finansieringsproblem. I Långtidsutredningen 1999/2000 (LU99/00) finns sålunda en relativt omfattande analys av möjligheterna att i framtiden finansiera välfärdssystemen via skatter. Grundproblemet anses vara att färre personer i arbetsför ålder ska försörja allt fler äldre. Samtidigt som efterfrågan på välfärdstjänster kan förväntas öka, minskar möjligheterna att finansiera offentliga åtaganden via höjda skatter till följd av den fortsatta internationaliseringen.³

En senare långtidsutredning (LU03/04) fördjupar analysen och har som bärande tema möjligheterna att finansiera de välfärdstjänster som förväntas vara efterfrågade i framtiden. För att kunna möta en ökad och förändrad efterfrågan på välfärdstjänster bedömer utredningen att det kommer att krävas förändringar av välfärdssystemen. Den understryker särskilt att de närmaste, relativt gynnsamma åren bör tas tillvara för en bred politisk diskussion om hur alternativa finansieringsmöjligheter kan utformas.⁴ LU 03/04 uppehåller sig inte enbart vid den efterfrågeökning som följer av den demografiska utvecklingen utan framhåller också att det är rimligt att räkna med att efterfrågan på utbildning, vård och omsorg ökar när den materiella välfärden ökar.

Den senaste långtidsutredningen från år 2008 (LU08) betonar också betydelsen av befolkningssammansättningen och då särskilt den ökade livslängden i kombination med stora födelsekullar under 1940-talet. Det långsiktiga finansieringsproblemet konstitueras enligt LU08 av den demografiska utvecklingen och av att

² SOU 1987:3.

³ SOU 2000:7, s. 279.

⁴ SOU 2004:19, s. 171.

medborgarnas växande krav på välfärdstjänsternas kvalitet växer, samtidigt som den traditionella möjligheten att finansiera dessa krav med skatter begränsas. Vidare framhålls svårigheterna att effektivisera produktionen av välfärdstjänsterna. Utredningen konstaterar att dess så kallade basscenario medger att dagens nivå på välfärdstjänsterna kan upprätthållas, men framhåller liksom föregående utredning att invånarna inte kommer att nöja sig med den nivån när annan konsumtion växer i kvalitet och omfattning. Utredningen för också in kravet på valmöjligheter, som förutsätter ett brett utbud av välfärdstjänster och även kan kräva en viss överkapacitet. LU08 rekommenderar bland annat att ett längre arbetsliv stimuleras och att formerna för ökad privat finansiering av välfärdstjänsterna utreds.⁵

2.2 Långtidsutredningarna identifierar avgörande framtidsproblem

Långtidsutredningarna har sina fördelar men också sina begränsningar. De är inga planer eller prognoser inför framtiden. De bygger på tydliga men i vissa delar orealistiska förutsättningar. Samtidigt är det kanske just den orealistiska förutsättningen att politiken och medborgarnas beteenden i flera avseenden är oförändrade som utredningarnas värde ligger. Det är politikens uppgift att förändra framtiden. Utredningarna försöker visa vad som händer om beteenden inte ändras.

Utredningarnas utgångspunkt innebär exempelvis att framtidens befolkning, uppdelad i grupper efter ålder, kön och i viss mån födelseland, kommer att arbeta i samma omfattning som motsvarande grupp gör i dag och att de kommer att vara i behov av offentliga tjänster i oförändrad utsträckning. Befolkningens sammantagna beteende ändras därför i de avseendena endast om storleken på de olika grupperna ändras.

Enligt basscenarioet i LU08 kommer välfärdstjänsterna de närmaste årtiondena att tillhandahållas med oförändrad standard. Kostnaden för denna oförändrade standard beräknas schablonmässigt genom att historiska genomsnittskostnader för medborgare i olika ålders- och könsgupper räknas fram och multipliceras med det framtida antalet medborgare i varje grupp.

⁵ SOU 2008:105, s. 199 ff.

Kvinnor utnyttjar exempelvis den offentliga konsumtionen i högre utsträckning än män. Höga kostnader uppstår för gruppen äldre än 80 år. Särskilt kostnaderna för äldreomsorg, men också kostnaderna för sjukvård ökar för den åldersgruppen.⁶

Förutsättningen om oförändrad politik är som nämnts inte realistisk. Riksdagen samlas varje år just för att ändra gällande politik i en mängd olika avseenden. Det handlar om både små och stora förändringar som ofta inte kan förutses. Vem kunde exempelvis år 1980 förutsäga att handikappomsorgen skulle prioriteras så högt av riksdagen att den skulle medföra en dramatisk utgiftsökning under senare delen av perioden 1980-2005? Också politikens förutsättningar – den ekonomiska och sociala verkligheten – kommer att förändras på ett sätt som vi i dag inte känner till. Det ligger emellertid i sakens natur att det inte är möjligt att förutsäga om dessa oväntade händelser kommer att underlätta eller försvåra finansieringen av den framtida välfärden.

Basen för framskrivningarna kan också ifrågasättas. Vilken historisk utveckling ska skrivas fram? Begreppet oförändrad standard är ett exempel på en sådan diskussionspunkt. De båda tidigare utredningarna – LU99/00 och LU03/04 – gjorde vissa reduceringar av de framskrivna utgifterna för äldreomsorg och sjukvård.⁷ Man antog att exempelvis morgondagens 75-åring, som förväntades leva längre än dagens, inte skulle behöva samma mängd omsorgstjänster. Genom den typen av reduceringar pressades de totala kostnadshöjningarna för de kommunala välfärdstjänsterna ned med 10 procent under en trettioårsperiod. I stället för att öka med 16 procent mellan 1998 och 2030 stannade ökningen på 6 procent. En liknande reduktion gjordes i LU03/04. Den reduceringen minskade de årliga utgiftsökningarna med 0,1 procentenhet fram till 2020. På längre sikt reducerades behovet av äldreomsorg än mer. Någon liknande reduktion gjordes inte beträffande sjukvården, eftersom den medicintekniska utvecklingen förväntades öka kostnaderna.⁸ I den senaste långtidsutredningen görs inga reduceringar av det slaget som gjorts i de båda tidigare utredningarna.

Det är självfallet omöjligt att med säkerhet förutse om äldre medborgare kommer att behöva marginellt mindre eller större omsorg om trettio år. Någon sådan precision är heller inte

⁶ SOU 2004:11, s. 95 ff. innehåller en redogörelse för beräkningsmetoden.

⁷ Batljan – Lagergren Bil. 8 till LU 1999/2000.

⁸ SOU 2004:11, s. 99 f.

nödvändig. Skulle någon radikal förändring ske av förutsättningarna måste självfallet behovet av politiska åtgärder omvärderas. Om åtgärder för att möta ett ökat behov förbereds och börjar implementeras och det senare skulle visa sig att en positiv förändring sker – exempelvis att en verkningsfull medicin mot Alzheimer kommer i bruk under 2020-talet – så kommer det knappast att förorsaka några stora problem. Om däremot optimistiska antaganden blir ett alibi för politisk passivitet så kan svårlösta problem uppstå i framtiden.

I en promemoria utarbetad för en programberedning för välfärdsfinansieringen inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) konstateras att den demografiska utvecklingen kommer att leda till betydande kostnadsökningar. Den lägsta kostnadsökningen fås genom en trendframskrivning av perioden 1988-2006. Den högsta kostnadsökningen fås om trenden under den senaste tioårsperioden dras fram. Det motsvarar i stort sett oförändrade kostnader per åldersgrupp och kön, dvs. det antagande som legat till grund för den senaste långtidsutredningen.⁹

Långtidsutredningarnas karaktär gör att det inte är särskilt meningsfullt att i detalj pröva och justera vilka förutsättningar som legat till grund för deras framskrivningar.¹⁰ Genom att konsekvent ifrågasätta antaganden som pekar mot ett stort framtida finansieringsproblem så kan man visserligen få det att synas mindre. Det omvända förhållandet kan också visas. Framskrivningarna är som tidigare framhållits mycket grova indikationer på framtida möjligheter och problem. Det är därför inte övertygande när framtidens problem reduceras genom att ändra någon av framskrivningarnas förutsättning. Om man inte gillar terrängen hjälper det föga att rita om kartan.

Ibland förefaller det som om rädslan för olika åtgärder, som kan bli aktuella, leder till att man söker förminska framtidsproblemet. Den attityden inrymmer en svårförståelig logik, om man betänker att långsiktiga problem löses bäst om de angräps tidigt. Det gäller

⁹ Lagergren (2009) är författad av samme Mårten Lagergren som tog fram underlag till LU 99/00. Nya uppgifter presenteras kontinuerligt. I en rapport från Socialstyrelsen *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2008*, s. 7 redovisas att den kommunala äldreomsorgens kostnader sedan 2004 har minskat med 0,7 procent, vilket i huvudsak förklaras av nedskärningen av det särskilda boendet. Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till äldre personer har samtidigt ökat med drygt 5 procent.

¹⁰ I sin doktorsavhandling framhåller Batljan (2007) svårigheterna med långsiktiga prognoser inom äldreomsorgen. De flesta prognoser slår faktiskt fel. Han understryker dock hur viktigt det är att ständigt följa upp aktuella trender och förbättra planeringsverktygen för att därigenom följa upp om aktuella förhållanden ändras.

också att beakta att dagens analyser inte med automatik leder till konkreta beslut. När en politisk process inleds börjar den med en bedömning av framtidsproblemet. Sedan utarbetas strategier för hur det ska hanteras. Först därefter ska problemet preciseras så noggrant att konkreta åtgärder kan vidtas. En del av de åtgärder som kan bli aktuella är säkert sådana som är välmotiverade även utan ett framtida finansieringsproblem. En tydlig och realistisk problemuppfattning kan därmed ge extra drivkraft åt sådana åtgärder. Andra typer av åtgärder kan innefatta uppoffringar och risker av ett slag som ger anledning till tvekan. Sådana insatser ska självfallet inte vidtas förrän tillräcklig säkerhet nåtts att de verkligen är nödvändiga.

2.3 Likartad problembild i alla utredningar

Oförändrad politik betyder normalt oförändrat skatteuttag. Den restriktionen, tillsammans med de begränsade möjligheterna att effektivisera den berörda produktionen, leder till stora skillnader mellan offentlig och privat konsumtion. Och det är just den obalansen som långtidsutredningen framhåller som ett framtidsproblem. Den anger i sitt basscenario att den offentliga konsumtionen ökar med 0,7 procent per år, vilket betyder att en oförändrad standard kan upprätthållas. Ungefär två tredjedelar av den offentliga konsumtionen utgörs av välfärdstjänster, dvs. utbildning, vård och omsorg. Den privata konsumtionen ökar däremot i en omfattning som vida överstiger 0,7 procent per år, vilket framgår av följande tabell, som sammanfattar långtidsutredningens basscenario.

Tabell 2.1 Långtidsutredningens basscenario

	Årlig procentuell volymförändring	
	1980-2005	2005-2030
BNP	2,2	2,2
Privat konsumtion	1,7	3,1
Offentlig konsumtion	1,2	0,7

Källa: SOU 2008:105.

Alla utredningar som gjort framtidsbedömningar av det slag som långtidsutredningen gjort kommer till liknande resultat. Den exakta omfattningen av obalanserna kan skilja sig åt men det gemensamma för alla är att de bedömer obalanserna som så stora att det krävs särskilda insatser.

Dåvarande Kommunförbundet presenterade år 2002 en framtidsbedömning som illustrerar hur skatterna skulle utvecklas om den offentliga konsumtionen ökade i takt med BNP. Den förutsättningen medför en kommunalskatt på cirka 40 procent år 2020 och cirka 50 procent 30 år senare. På mycket lång sikt skulle kommunalskatten uppgå till 70 procent.¹¹ Det handlar självfallet inte om en prognos utan om en illustration av ett framtidsproblem.

En långtidsbedömning utförd inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), som dock enbart rör sjukvårdens långsiktiga utveckling, kommer fram till att skattehöjningar krävs med 5 procentenheter till år 2030 (kommunalskattesatsen var 31,5 procent år 2004). Slutsatsen i den utredningen är att det krävs förändringar på många fronter i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.¹²

En forskargrupp inom SNS har studerat den offentliga sektorns problem i ett längre perspektiv. I boken förespråkas större andel avtalsförsäkringar och högre avgifter för omsorgstjänster samt avgifter för högre studier.¹³

I en utredningsrapport från LO rörande den framtida välfärdspolitiken diskuteras konkreta alternativ till hur finansieringen av välfärdstjänsterna kan stärkas. Det handlar bland annat om höjda kommunalskatter och kommunala avgifter, breddade momsbasen, överflyttning av ansvaret för vissa offentliga försäkringar till arbetsmarknadens parter, införande av en privat omsorgsförsäkring samt en obligatorisk offentlig äldreomsorgsförsäkring.¹⁴

En nyligen publicerad forskningsrapport – *Simulating an Ageing Population* – pekar två forskare på framtida finansieringsproblem av betydande omfattning. I en debattartikel menar författarna att de ökade kostnaderna för sjukhusvård inte går att finansiera utan skattehöjningar eller drastiskt ändrad finansiering.¹⁵

¹¹ Svenska Kommunförbundet (2002).

¹² Sveriges Kommuner och Landsting (2005 a).

¹³ Molander, Per – Andersen, Torben (red) (2002).

¹⁴ Andersson, Dan m fl (2004).

¹⁵ Klevmarken – Lindgren (2008 a och b).

Bland pågående utredningar om dessa frågor kan nämnas att inom SKL finns en politiskt sammansatt beredning för välfärdens långsiktiga finansiering. Den beräknas publicera en rapport under år 2009. Inom Socialdepartementet analyserar en arbetsgrupp (LEV-utredningen) efterfrågan och kostnader för välfärdstjänster i några olika scenarier.¹⁶ LEV-utredningen bedöms vara klar hösten 2009.

I denna rapport kommer i huvudsak LU08 att utgöra bas. Utredningen behandlar dock den historiska utvecklingen översiktligt. Därför krävs två kompletteringar i detta sammanhang. Den ena avser frågan om vad som främst skapar framtidsproblemet. Den andra kompletteringen rör frågan om hur finansieringen klarats från år 1980 trots att skattekvoten sedan dess varit oförändrad.

2.4 Allt fler äldre men ingen ålderspuckel

Den demografiska utmaningen skapas huvudsakligen av det glädjande förhållandet av vi lever längre.¹⁷ Den ökande livslängden betyder att andelen äldre än 65 år ökar i relation till gruppen 20-64 år. Den senare gruppen förutsätts försörja den äldre. Detta brukar illustreras av den s.k. äldrekvoten, dvs. antalet äldre i förhållande till gruppen 20-64 år. Antalet invånare i åldern 0-19 år i relation till gruppen 20-64 år kallas yngrekvoten. Även de yngre förutsätts bli försörjda. Äldre- och yngrekvotens utveckling under en längre tid framgår av följande diagram.

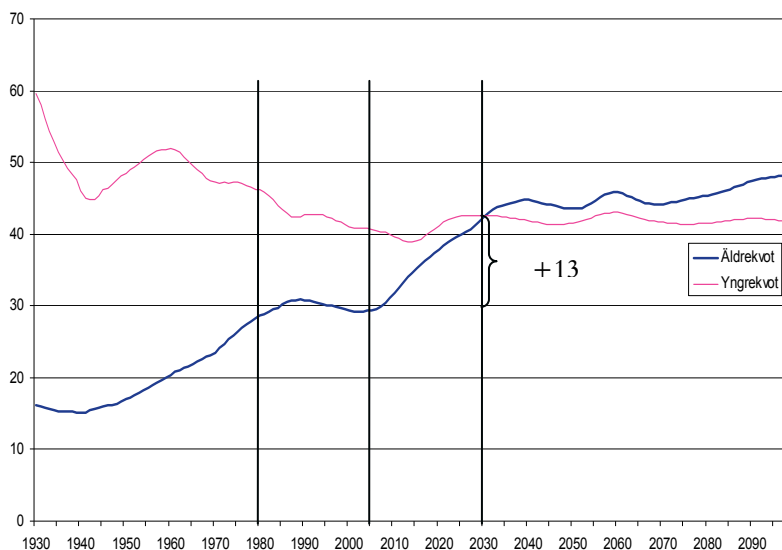
¹⁶ Protokoll regeringssammanträde 2007-03-08. S2007/2448/SK.

¹⁷ Här behandlas den demografiska utvecklingen ur ett snävt finansieringsperspektiv och den demografiska utvecklingen som något givet. För en bredare skildring av åldrandets problem och möjligheter för den ekonomiska politiken se Lindh (2008). Lindh hävdar bland annat att demografin på sikt inte är prognostiserbar med någon stor säkerhet. Han understryker också att den är påverkbar genom politiska beslut.

Diagram 1: Äldre- och yngrekvot

Äldre: antalet 65- i förhållande till antalet 20-64

Yngre: antalet -20 i förhållande till antalet 20-64



Källa: SCB och Finansdepartementet

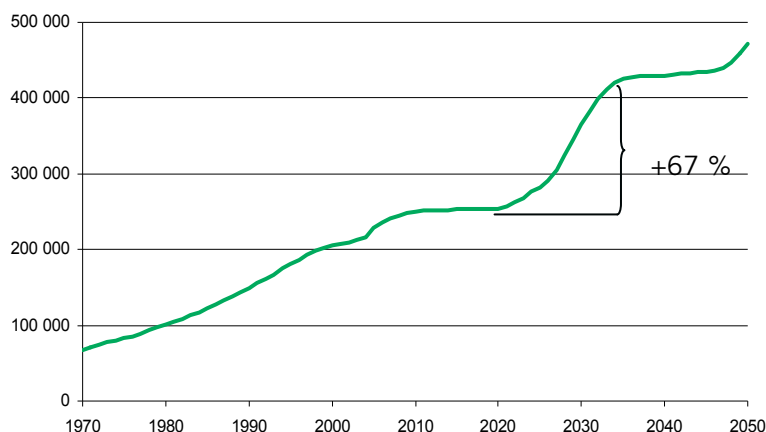
Diagrammet visar att äldrekvoten har stigit under en längre tid, vilket beror på ökande livslängd. Siffrorna visar således en långsiktig utveckling mot att allt fler äldre ska försörjas av åldergruppen 20-64 år. Den senare gruppen växer i mycket begränsad utsträckning.¹⁸ Men inom ramen för den långsiktiga trenden sker variationer. Om vi med utgångspunkt från år 2005 blickar 45 år framåt kommer äldrekvoten att öka med 14 procentenheter enligt befolkningsprognosen. Men en betydande ökning av äldrekvoten – med 9 procentenheter – skedde också under de föregående 45 åren. Om vi snävar in tidsperspektivet till perioden 1980-2005 och motsvarande period framåt, så blir bilden något annorlunda. Mellan 1980 och 2005 ökade äldrekvoten endast med någon procentenhet, medan den under perioden 2005-2030 förväntas öka med 13 procentenheter. Det vill säga betydligt mer än vad som var fallet under de senaste 25 åren. Det beror på att

¹⁸ Ibland används uttrycket att allt färre ska försörja allt fler. Det är ibland vilseledande. Gruppen 20-64 förutsätts faktiskt växa med ett par procent under perioden 2005-2030, medan äldregruppen ökar med uppemot 50 procent.

1940-talets stora födelsekullar – fyrtiotalisterna – når pensionsåldern, samtidigt som livslängden kontinuerligt antas öka.

Utvecklingen av försörjningskvoten skapar således ett problem i den meningen att en växande andel av befolkningen inte genererar inkomster till den offentliga sektorn utan i stället ska försörjas av den. Ett annat betydande problem uppstår när fyrtiotalisterna når åldern 80 - 85 år. Då behöver de främst äldreomsorg men också sjukvård i stigande omfattning. Inte heller denna ökning är någon ny företeelse. Gruppen 85 år och äldre ökade med uppemot 130 000 personer under perioden 1980-2005. Ökningen under den kommande tjugofemårsperioden (2005-2030) blir något större. Vad som särskilt bör uppmärksammas är dock den mycket kraftiga ökningen av gruppen, som inleds under 2020-talet. Denna grupp kommer enligt prognoserna att öka med ca 67 procent mellan åren 2020 och 2035. Kurvan stiger särskilt brant under en begränsad period. Förhållandena framgår av följande diagram.

Diagram 2: Antal invånare 85 år och äldre



Källa: SCB och Finansdepartementet

Ibland talas om en framtida ålderspuckel. De båda diagrammen visar att det handlar om en uppåtgående trend kring vilken vissa variationer sker. Ökningen är särskilt kraftig under de kommande decennierna, men den följs inte av en markant minskning, som begreppet puckel implicerar. Det är därmed inte heller fråga om ett tillfälligt, övergående problem.

De ökande kraven på vård, som betingas av den demografiska utvecklingen och de svårigheter som en oförmånlig försörjningskvot skapar, är således inget nytt. Det finns historiska erfarenheter att luta sig mot. Vi ska fånga upp en av dessa.

2.5 Den åldrande befolkningen är inte det största problemet

En av de historiska erfarenheterna är att det inte är de demografiska kraven som i första hand skapar ett framtidsproblem. Den offentliga konsumtionen ökar främst av andra skäl.

Den allmänna bilden framgår av följande diagram, som anger real ökning av den offentliga konsumtionen med 1980 som basår. Diagrammet visar också ett basscenario, som bygger på i huvudsak samma antaganden som görs i den senaste långtidsutredningen, samt en tänkt utveckling härutöver – ett vårdscenari.

Diagram 3: Utvecklingen av den offentliga konsumtionen 1980-2050

Year	Demografiskt motiverad utveckling	Faktisk utveckling	Basscenario	Vårdscenario
1980	100	100	100	100
2005	113	133	125	125
2030	132	135	155	155
2050	141	141	168	185

Källa: Prop. 2008/09:1

Om den offentliga konsumtionen enbart bestämts av den demografiska utvecklingen hade den år 2005 varit 13 procent högre än 1980. Den faktiska ökningen blev dock 33 procent. En ökning

på 20 procent betingades således av den demografiska utvecklingen. Bilden visar också den framskrivna utvecklingen. Den demografiskt motiverade utvecklingen fram till 2030 blir 19 procent, vilket motsvarar en ökning med 0,7 procent per år. En fråga blir vilken framtida ökning som kan bli aktuell härutöver. Ett exempel på en sådan ökning visas i diagrammet och kallas ett vårdscenario.

En analys av den kommunala sektorns kostnader för välfärdstjänster visar att de ökade med 50 procent under perioden 1980-2005.¹⁹ Den demografiska utvecklingen svarade för 12 procentenheter. De uppgifterna avser endast den delen av den offentliga konsumtionen som kommunsektorn ansvarar för.

Frågan är i vilken utsträckning som en ökning utöver den demografiskt betingade kommer att ske även i framtiden. Innan vi diskuterar framtida bedömningar och ambitioner i det avseendet ska jag försöka besvara frågan om hur välfärdstjänsterna finansierats sedan 1980, trots att skattekvoten förblivit i stort sett oförändrad.

2.6 Finns ett framtidsproblem – det har ju gått bra hittills?

De framtidsproblem som olika utredningar tecknar måste bedömas utifrån sina egna förutsättningar. Framtidsproblemet blir inte nödvändigtvis mindre av att liknande problem lösts tidigare och det blir heller inte större av eventuell oförmåga att tidigare lösa sådana problem. Däremot finns goda skäl att analysera den historiska utvecklingen och ta tillvara erfarenheter. En sådan analys blir särskilt intressant om den historiska finansieringen innefattat möjligheter, som inte tillräckligt beaktas inför framtiden.

Beträffande sjukvården pekas ibland på det förhållandet att den klarade av att ge vård av god kvalitet, trots en utgiftsutveckling som innebar en i stort sett oförändrad andel av BNP. Även för övriga välfärdstjänster har ökad efterfrågan kunnat tillgodoses utan höjning av skattekvoten.

I det följande undviks kopplingen till BNP. Finansieringen av välfärdstjänster är inte kopplad till BNP utan till skattebaser. Dessa har av olika skäl utvecklats annorlunda än BNP. Det blir en omväg att reda ut sådana förhållanden. I stället gäller frågan hur

¹⁹ Börjesson (2008), s. 29.

finansieringen klarades under den föregående perioden och om de förhållanden som möjliggjorde den finansieringen kan tillämpas även i framtiden. Dessa förhållanden har analyserats inom SKL och presenterats i skriften *Välfärds mysteriet? Kommunsektorns utveckling 1980-2005*²⁰. Som tidigare nämndes ökade den kommunala sektorns kostnader för välfärdstjänster med 50 procent under perioden 1980-2005, varav den demografiska utvecklingen svarade för 12 procentenheter. Hur kunde dessa utgifter finansieras utan en höjning av skattekvoten?

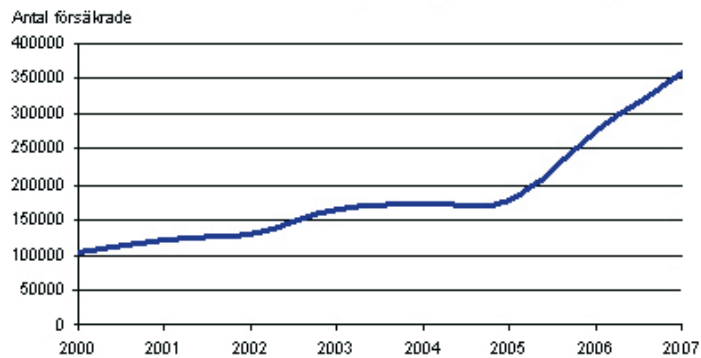
Inledningsvis måste frågan ställas hur framgångsrik den offentligt finansierade vården och omsorgen har varit när det gäller att tillgodose medborgarnas efterfrågan.²¹ Inom äldreomsorgen är det uppenbart att förbättringar åstadkommit men också att en prioritering skett av de mest angelägna behoven. Enklare sysslor har de äldre i ökad utsträckning fått svara för själva. Om vi enbart betraktar sjukvården, pekar internationella jämförelser på en svensk sjukvård av god kvalitet. Samtidigt finns indikationer på att vården begränsats under denna tid. I något enstaka fall har begränsning av det offentliga åtagandet genomförts efter öppna politiska beslut. Det finns emellertid främst anekdotisk information om insatser som inte gjorts och förbättringar som vore önskvärda men som inte genomförts av ekonomiska skäl. Mätbara förhållanden, som indikerar att medborgarnas efterfrågan inte tillgodosetts fullt ut, är privata vårdförsäkringar och köer på grund av bristande tillgänglighet.

De privata sjukvårdsförsäkringarna har utvecklats enligt följande.

²⁰ Börjesson (2008).

²¹ För en allmän analys av dessa förhållanden under 1990-talet se SOU 2001:79.

Diagram 4: Antal försäkrade med privata sjukvårdsförsäkringar



Källa: Sveriges Försäkringsförbund

Den markanta ökningen av antalet försäkrade är det intressanta i detta sammanhang.²²

Den bristande tillgängligheten – köer och ökad väntetid – indikerar att den offentligt finansierade vården inte fullt ut förmått möta medborgarnas efterfrågan. Väntetiderna har varit en kvalitetsfråga som dominerat den hälsopolitiska debatten sedan slutet av 1980-talet, det vill säga från den tid då skattekvoten inte längre ökade. Försök att lösa problemen har prövats exempelvis med politiskt utfärdade vårdgarantier, särskilda "kösatsningar" eller extra resurstillskott till vissa problemområden. Insatserna har dock inte gett några hållbara effekter. Tillgängligheten har förbättrats, men ganska snart efter genomförda åtgärder har köerna återuppstått.²³

I dag fungerar vårdgarantin enligt ett system 0-7-90-90, där patienten ska få tala med vårdkunnig personal på telefon samma dag som man önskar och sedan inte vänta mer än 7 dagar på tid hos läkare. För remittering till specialist och därefter påbörjad behandling får väntetiderna vara högst 90 dagar vardera. Den genomsnittliga andelen patienter som inte får behandling inom

²² Någon statistik av den ekonomiska omfattningen finns inte. Men enligt muntlig uppgift från branschen kostar varje försäkring 2000 à 3000 kr. Det betyder att den ekonomiska omfattningen är blott några promillen av de offentliga utgifterna för sjukvård.

²³ Sveriges Kommuner och Landsting (2005 c).

angiven tid överstiger 20 procent.²⁴ Uppenbarligen har inte medborgarnas efterfrågan fullt ut tillgodosetts. Och frågan är om garantins tidsgränser kan anses uppfylla deras krav.

När situationen för perioden 1980-2005 bedöms måste också den föregående periodens utveckling beaktas. Det var fråga om en markant expansionsperiod. En bedömning är att äldreomsorgen sannolikt var överdimensionerad år 1980.²⁵ Det fanns därmed utrymme för en återhållen kostnadsutveckling. Något av det förhållandet har rimligen gällt även för sjukvården. Den ökade reall med mer än 4 procent årligen i genomsnitt under hela perioden 1950-1980. Efter en sådan kraftig expansion fanns rimligtvis utrymme för kostnadsreduceringar. Behovet av resurstillskott under den följande perioden kunde delvis begränsas. Den framtid som nu inletts utgår inte ifrån en period med stark expansion.

Det finns emellertid några andra mätbara förhållanden, som underlättade finansieringen av de ökande utgifterna för vård och omsorg under perioden 1980-2005. Pris- och kostnadsutvecklingen var särskilt gynnsam för kommunsektorn. Löneskillnaderna mellan offentligt och privat anställda ökade. En skillnad på någon procent fanns redan vid periodens ingång. Den skillnaden växte till drygt 8 procent. Om hänsyn tas till ålders- och utbildningsstrukturen hos de offentligt anställda i förhållande till privat anställda så framstår skillnaden som än större. Den uppgår då till nästan 16 procent. Den totala effekten för perioden uppskattas till 6-7 procent,²⁶ vilket innebär att kostnaderna för välfärdstjänster under den aktuella perioden skulle ha blivit så mycket högre om löneutvecklingen inom kommunsektorn följt löneutvecklingen i stort.

Det kommer knappast att vara möjligt att fortsätta att begränsa löneutvecklingen för de kommunalt anställda. Tvärtom, tidigare eftersläpande löner kan komma att medföra en starkare löneutveckling under kommande period. Det kan mycket väl vara en förutsättning för att kunna rekrytera kompetent personal.

Vidare växte den demografiskt betingade vårdvolymen mindre under föregående period. Som framgick av det tidigare krävdes en ökning av offentlig konsumtion på 13 procent för att möta den demografiska utvecklingen under perioden 1980-2005. För den

²⁴ Sveriges Kommuner och Landsting (2008 c). Särskilda insatser från statsmakterna – kömiljarden – bedöms ha åstadkommit en förbättring. Huruvida det handlar om en bestående förbättring återstår att se.

²⁵ Börjesson (2008), s. 69.

²⁶ Börjesson (2008), s. 52.

efterföljande tjugofemårsperioden krävs en motsvarande ökning med 19 procent. Det förefaller vidare som om kommunsektorn prioriterat välfärdstjänster och hållit tillbaka kostnaderna för annan kommunal verksamhet som infrastruktur, kultur och fritid. För de senare områdena har kostnaderna över huvud taget inte ökat i fasta priser under perioden 1980-2005. Det finns också indikationer på andra omfördelningar inom den kommunala sektorn, exempelvis tilltagande finansiering med andra intäkter som avgifter och hyror samt minskad skattefinansiering av affärsmässig verksamhet.²⁷

En annan förklaring är de skattehöjningar som genomfördes inom kommunsektorn under denna period. Det samlade skatteuttaget från kommuner och landsting höjdes från 28 till 31,6 procent, vilket ökade kommunsektorns skatteinkomster med drygt 12 procent.²⁸ Eftersom skattekvoten för hela ekonomin varit i stort sett oförändrad under denna period har staten sannolikt bidragit i ökad omfattning, vilket i sin tur kan betyda att den statliga utgiftsnivån hållits tillbaka. Längre än så kan inte analysen föras i detta sammanhang. Det skulle krävas omfattande analyser för att besvara frågan om hur staten finansierat sina bidrag till kommunsektorn under den aktuella perioden.

Ovanstående analys kan sammanfattas så att en del av de åtgärder som vidtagits för att klara finansieringen under de senaste decennierna kan vara aktuella även för framtiden. Det gäller exempelvis omfördelning av utgifter inom offentlig sektor och överföring av ansvar på medborgarna. Men det är på intet sätt självklart att sådana lösningar är acceptabla under nästa period enbart av det skälet att de var möjliga under föregående. En del av de andra åtgärderna framstår som föga sannolika. Det kommer sålunda knappast att vara möjligt att hålla tillbaka löneutvecklingen inom kommunsektorn. Och den demografiska utvecklingen kommer att kräva mera omfattande insatser än som var fallet under tidigare period.

Frågan inför framtiden är om finansieringsfrågan ska angripas på ett systematiskt och långsiktigt sätt. Alternativet är att lösas problemen ad hoc, med förhoppningen att det nog kommer att lösa sig på något sätt, det har det ju gjort tidigare. Den senare vägen är riskfylld och förutsätter rimligen någon oväntad utveckling som underlättar finansieringen. Något oväntat kommer säkert att hända, men det är knappast försvarbart att utgå ifrån en oväntad

²⁷ Börjesson (2008), s. 53.

²⁸ Börjesson (2008), s 52 f.

företeelse som underlättar finansieringen. Det kan lika gärna vara något som försvårar den.

Valet mellan dessa båda vägar styrs också av de framtida ambitionerna. Om de endast avser att bibehålla oförändrad standard kan ad hocvägen möjligen vara rimlig. För högre ambitioner än så krävs däremot medvetna och långsiktiga insatser.

3 Medborgarna vill betala för en växande välfärd - kollektivt eller enskilt

Kort sammanfattning

Före 1980-talet växte den offentliga konsumtionen ungefär dubbelt så snabbt som den privata. Därefter har den privata konsumtionen ökat mer än den offentliga. Den förändringen beror knappast på att medborgarnas värderingar av den offentliga konsumtionen ändrades just under 1980-talet. Däremot begränsades utbudet från de skattefinansierade systemen när skattekvoten inte längre höjdes. Medborgarna fick anpassa sig till det begränsade utbudet. Långtidsutredningen pekar på än större skillnader mellan utvecklingen av offentlig och privat konsumtion i framtiden.

Uppgiften inför framtiden är att säkerställa att alla medborgare får tillgång till de välfärdstjänster som de vill betala för – kollektivt eller enskilt. Välfärdssystemen måste anpassas till medborgarnas krav och betalningsvilja. Det omvända förhållandet är inte en rimlig utgångspunkt för politiken.

Opinionsundersökningar visar att medborgarna önskar mer konsumtionen av vård, omsorg och grundläggande utbildning och är beredda att betala för den – kollektivt eller enskilt. Samhällsdebatten om dessa frågor kretsar uteslutande kring frågan om hur välfärdstjänsterna ska kunna förbättras. I USA, där dessa tjänster i hög grad bjuds ut på en marknad, har konsumtionen av vård och utbildning under lång tid växt betydligt mer än inkomsterna. Det sena 1900-talet bör därför inte betraktas som inledningen till en ny trend utan som en parentes.

En utgångspunkt för den framtida politiken kan vara att medborgarna är bredda att betala för en konsumtion av välfärdstjänster som ökar åtminstone i samma takt som ekonomin växer. Ett räkneexempel visar att en sådan höjning kräver ökade konsumtionsutgifter till 2030 med 150 miljarder kronor. Inte ens en successiv avveckling av det svenska försvaret, den högre utbildningen och forskningen samt den internationella biståndsverksamheten skulle motsvara den utgiftsökningen. Om den skulle skattefinansieras krävs ökade kommunalskatt med cirka 11 procentenheter. Kommunal-skatten skulle överstiga 42 procent.

Uppenbarligen krävs åtgärder inom flera politikområden om en konsumtionsökning av den storleksordningen ska kunna förverkligas. Det krävs också kompletterande privat finansiering. En stor utmaning blir att förena privat och offentlig finansiering utan att välfärdsstatens grundläggande värderingar överges.

3.1 Det sena 1900-talet – en parentes?

En återhållen offentlig konsumtion sedan 1980-talet

Den offentliga konsumtionen förefaller ha hållits tillbaka under det sena 1900-talet. Under perioden 1950-1980 ökade den offentliga konsumtionen i stort sett dubbelt så mycket som den privata. Under perioden 1980-2005 var förhållandet det omvända. Den privata konsumtionen ökade mer än den offentliga. Som tidigare nämnts förväntas den utvecklingen accentueras i framtiden. Den offentliga konsumtionen präglas av oförändrad standard, medan de produkter som bjuds ut på marknaden blir allt bättre. Utvecklingen av den offentliga och den privata konsumtionen per capita under olika perioder framgår av följande tabell.

Tabell 3.1 Genomsnittlig årlig procentuell förändring per capita

	1950- 1960	1960- 1970	1970- 1980	1980- 1990	1990- 2000	2000- 2010	2010- 2030
Offentlig konsumtion	3,8	5,0	2,8	1,4	0,5	0,2	0,3
Privat konsumtion	1,8	3,0	1,3	1,4	1,2	1,8	2,9

Källa: SOU 2004:19 och SOU 2008:5.

I många fall kan inte enskilda medborgare själva komplettera för upplevda offentliga brister. Den som upplever långa köer till domstolarna, stigande antal ouppklarade småstöder, och växande organiserad brottslighet kan inte själv göra särskilt mycket för att ändra de förhållandena. Och den medborgare som upplever att vägarna inte förbättras i samma takt som bilarna kan inte ändra det förhållandet på egen hand. Rättsväsendet och kommunikations-systemen är kollektiva nyttigheter.

Beträffande välfärdstjänsterna kan enskilda medborgare i vissa fall åstadkomma förbättringar. Sålunda kan föräldrar delvis kompensera för att deras barn inte får undervisning av tillräcklig kvalitet. Det går att välja en annan skola och många föräldrar kan stödja sina barn och komplettera den offentliga undervisningen. Däremot är det inte tillåtet att betala extra för bättre undervisning. Sådan egen komplettering kommer nämligen att skapa skillnader mellan den undervisning som olika barn får. På samma sätt kommer omfattande egen finansiering av sjukvård och omsorg att skapa oönskade skillnader.

Finansieringen med ökande skatter har historiskt främjat offentlig konsumtion och möjliggjort att angelägna behov kunnat tillgodoses på ett likvärdigt sätt för alla medborgare. Om skatterna inte kan öka blir skattefinansieringen en hämsko för utvecklingen. Den politik som inleddes för att främja viss konsumtion och vissa investeringar tenderar att verka i motsatt riktning. Berörda välfärdssystem blir ransoneringssystem. Den utvecklingen har redan inletts.

Skälet för att medborgarna skulle prioritera den offentliga konsumtionen lägre än den privata är egentligen endast svårigheterna att finansiera den förra kollektivt. De etablerade systemen förutsätter ständig tillförsel av ökade skatteinkomster för att motsvara medborgarnas ökande efterfrågan. När den förutsättningen inte längre gäller har politiken, genom att inte ändra systemen, implicit utgått ifrån att medborgarna ändrat sina prioriteringar och föredrar ökad konsumtion av bilar, båtar, kläder, möbler och liknande före bättre skolutbildning, sjukvård och social omsorg. Den prioriteringen förefaller inte trovärdig.

Perioden 1950-1980 är sannolikt mer i samklang med medborgarnas förväntningar än den efterföljande perioden. Från 1950-talet ökade den offentliga konsumtionen under tre decennier markant mer än den privata. Till viss del kan det förklaras av ett uppbyggnadsskede. Samhällsomvandlingen och urbaniseringen

krävde särskilt omfattande insatser och det fanns möjligheter att finansiera sådana insatser offentligt efter andra världskriget. Men även om man antar att den offentliga konsumtionen inte ska öka mera än den privata utan blott i samma takt som ekonomin växer, blir perioden 1980-2005 inte en trendsättare utan en parentes.

Konsumtionen av välfärdstjänster bör öka i samma takt som ekonomin växer

Långtidsutredningens basscenario skapar en grundnivå för framtida politiska ambitioner beträffande välfärdstjänster. Förenklat kan sägas att tillväxt härutöver handlar om kvalitetshöjning.²⁹ Det finns goda skäl att anta att medborgarna önskar minst samma standardutveckling inom det offentliga området som inom det privata. Vi ska granska det antagandet beträffande välfärdstjänster. Ambitionen att ta del av den medicintekniska utvecklingen framhålls ofta vid diskussionen om vad som ska tillgodoses utöver den demografiska utvecklingen. Det så kallade vårdscenariot som tecknades i diagram 3 konstruerades bland annat just för att ta hänsyn till den utvecklingen. I en rapport från dåvarande Landstingsförbundet refereras internationella undersökningar som pekar på att de medicinska framstegen de senaste 20 åren medfört 2 procents årlig ökning av hälso- och sjukvårdskostnaderna.³⁰ Stockholms läns landstings långtidsutredning har försökt bedöma framtida investeringsbehov inom landstinget. Den bedömningen utmynnar i slutsatsen att sjukvårdskostnaderna kommer att öka med 0,8-1,0 procent per år till 2025 på grund av den medicintekniska utvecklingen.³¹ Häri ingår dock inte kostnader för läkemedel. Eftersom sjukvården utgör en dryg tredjedel av välfärdstjänsterna betyder en ökning av sjukvårdskostnaderna med två procent att konsumtionen av välfärdstjänster ska öka med mer än 1/2 procent årligen utöver den ökning som krävs för oförändrad standard.

Men medborgarna tycks efterfråga en högre ambitionsnivå än vad som följer av den demografiska utvecklingen och en sjukvård baserad på bästa tillgängliga teknologi. Det handlar om kvalitativa krav som tillgänglighet, bemötande, tidpunkt för insatser, förmåga

²⁹ Det kan naturligtvis också vara fråga om helt nya insatser eller inriktning mot nya grupper.

³⁰ Bergman (2002).

³¹ *Långtidsutredningen om hälso- och sjukvården i Stockholms Läns Landsting 2008-2025*. (2008). Bilaga Medicintekniska utvecklingen – nuläge och prognos.

att hantera sammansatta och komplexa sjuk och vårdproblem, individuellt utformade välfärdstjänster så att exempelvis alla barn klarar den grundläggande skolutbildningen, fullgod rehabilitering och liknande. Exempel på sådana förbättringar kan hämtas ur det dagliga nyhetsflödet, där olika brister och förbättringsmöjligheter inom vård, skola och omsorg löpande presenteras.

Behovet av individuell anpassning och valfrihet och därmed av differentiering av tjänstutbudet framhålls av LU08.³² Ofta förefaller det onaturligt att jämföra offentlig och privat konsumtion i det avseendet. Kan man verkligen dra paralleller mellan välfärdstjänster och exempelvis mejeriprodukter? Jämför 1950-talets mjölkbutik med mejeriavdelningen hos en modern dagligvaruhandel, som kan innehålla över 200 yoghurtssorter.³³ Säger den jämförelsen något om den framtida skolan och vården? Parallellerna ska nog betraktas med viss skepsis, men faktum är att trenden inom olika privata konsumtionsområden mot differentiering av utbudet präglar också den offentliga konsumtionen och säkert kommer att göra det i än högre grad i framtiden om medborgarnas skiftande efterfrågan ska mötas. Och nog hade handelns kostnader varit lägre i dag om den endast hade tillhandahållit mjölk, vispgräddade och surmjölk.

Den offentliga konsumtionen ökade under perioden 1950-1980 i stort sett dubbelt så snabbt som den privata för att sedan utvecklas långsammare än den privata efter 1980-talet. Det kan ifrågasättas om ett skattefinansierat utbud, som ju är den svenska situationen, kan användas som ett mått på medborgarnas efterfrågan. Välfärdstatens expansion var särskilt markant under åren 1950-1980, men grunden för dagens välfärdssystem lades redan under seklets första årtionden och en expansionsperiod inleddes redan på 1930-talet. Expansionen med åtföljande allt högre skatter har således pågått under lång tid och medborgarna har vid allmänna val sanktionerat den utvecklingen. Det vore fel att inte erkänna det utfallet av den demokratiska processen som ett uttryck för medborgarnas behov och betalningsvilja. Ett rimligt antagande är därför att den förändring som inträffade kring år 1980, då den offentliga konsumtionen blev mera återhållen, inte beror på att medborgarnas prioriteringar ändrades just då. Under ett par decennier – med en omfattande kris under 1990-talet – har de begränsade konsumtionsmöjligheterna i långa stycken tolererats,

³² SOU 2008:105, s. 194.

³³ Förhållandet hos min egen dagligvaruhandel, se <http://www.daglivs.se/Default.aspx?ID=9>.

men i grunden har värderingen av den offentliga konsumtionen inte ändrats.

En hög värdering av välfärdstjänsterna vård och utbildning kan också observeras i länder med mer marknadsbestämd välfärds politik. Man talar om hög inkomstelasticitet. En analys visar en inkomstelasticitet på 1,6 för hälsovård och utbildning under en längre period i USA.³⁴ Det betyder att konsumtionen av dessa tjänster ökar med 1,6 procent när inkomsten ökar med 1 procent.

Opinionsundersökningar bekräftar vidare att medborgarna även i fortsättningen önskar hög kvalitet hos dessa tjänster och är beredda att betala för den höga kvaliteten – kollektivt eller enskilt. SKL har låtit genomföra en opinionsundersökning, som visar stor beredskap att betala skatt för bättre service till alla för sjukvård, äldreomsorg och skola. De tillfrågade hade också beredskap att betala avgift för egen service. Mer än 90 procent av de intervjuade föredrar ökad kvalitet inom äldreomsorg, skola och sjukvård framför sänkt skatt. Omkring 80 procent av de tillfrågade kan tänka sig att betala högre skatt för att stärka kvaliteten i sjukvården, äldreomsorgen och skolan för alla. 78 procent av de tillfrågade kan tänka sig att betala extra för att få bättre äldreomsorg för sig själv och 61 procent av de tillfrågade kan tänka sig att betala extra för att få bättre skola till sina barn. 52 procent kan tänka sig att betala egen försäkring för att få snabbare vård.

I SKL-undersökningen ställdes också frågor om prioritering inom offentlig sektor. Det visade sig att 68 procent föredrar ökad personaltäthet i äldreomsorgen framför högre pension och att 76 procent föredrar ökad personaltäthet i barnomsorgen framför högre barnbidrag.³⁵

Den bild av opinionen som kommer fram i SKL-undersökningen bekräftas delvis av en undersökning som tankesmedjan Timbro låtit göra. Varannan tillfrågad är positiv till privat finansiering. Timbroundersökningen innehåller inga frågor om villigheten att betala högre skatt.³⁶

Man kan alltid ifrågasätta opinionsundersökningar av detta slag där ett tusental medborgare tillfrågas om sina uppfattningar genom ett telefonsamtal. Men resultatet är så entydigt att en slutsats framstår som i det närmaste invändningsfri: Medborgarna

³⁴ Fogel (2000), s. 190 f. Därefter har Fogel (2008) gjort en prognos utifrån den historiskt beräknade elasticiteten och kommer fram till att hälso- och sjukvårdens kostnader, som andel av BNP kommer att nästan fördubblas till 2040 – från cirka 15 till 29 procent.

³⁵ Sveriges Kommuner och Landsting (2008 b).

³⁶ Modig (2009).

prioriterar välfärdstjänster mycket högt. Några vidare slutsatser ska nog inte dras. Det är långtifrån säkert att medborgarna i praktiken skulle vara beredda att betala mer i skatt. Sålunda visar samma typ av undersökningar att många medborgare önskar gå i pension tidigt och det leder ju inte till ökade skatteinkomster.

Den höga värderingen av välfärdstjänster förefaller ändamålsenlig. Utbildning är avgörande för att klara sig i det moderna samhället. En god hälsa är förutsättningen för att kunna ta del av det goda liv som den ekonomiska utvecklingen erbjuder. Påtaglig ohälsa och för tidig död är i det avseendet förödande. Liknande resonemang kan föras om den sociala omsorgen. Det är därför ganska naturligt att sådan konsumtion prioriteras högt.

Om man försöker avläsa stämningarna i den allmänna debatten så finner man att den också handlar om högre krav på välfärdstjänsterna. Utredningar och rapporter som förutsätter kvalitetshöjningar publiceras löpande. Här nämns bara några exempel, som varit aktuella under senare tid. Den så kallade Världighetsutredningen har lämnat förslag syftande till att höja kvaliteten för de äldre.³⁷ En utredning har nyligen föreslagit förbättringar av cancervården.³⁸ Socialstyrelsen konstaterar i en rapport att det finns brister beträffande omhändertagandet av de äldre inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.³⁹ Socialstyrelsens nationella folkhälsorapport år 2009 rapporterar allmänt god hälsa och en positiv utveckling inom många områden, men framhåller också att barns och ungdomars psykiska ohälsa oroar. Kommunalarbetarförbundet har tydliga krav på kvalitetshöjning inom äldreomsorgen.⁴⁰

Fel och brister uppmärksammas nästan dagligen av media. Ett exempel på ett debattinlägg på temat bättre äldreomsorg är den uppmärksammade boken *Vi vill inte bli gamla som äldreomsorgen ser ut i dag*⁴¹. Ett återkommande debattperspektiv är att jämföra den offentliga vårdens utbud och de begränsningar som finns där med det utbud som finns inom närbeliggande marknader. Det framhålls exempelvis att barnvagnar får man snabbt och kan välja modell och design, medan man får vänta länge på att få en

³⁷ SOU 2008:51.

³⁸ SOU 2009:11.

³⁹ Socialstyrelsen (2009). Socialstyrelsens allmänna bedömning är dock vare sig en vård och omsorg i kris, eller en vård och omsorg där alla är nöjda.

⁴⁰ Thörn (2009).

⁴¹ Rollén – Olin Wikman (2008).

offentligt bestämd och finansierad rullator. Husdjur får snabbt veterinärhjälp, medan kön är lång till en läkare.⁴²

Det allmänna debattläget får självfallet tolkas med viss försiktighet. Det går dock att avläsa ett stämningsläge som är i det närmaste entydigt. Kraven på välfärdstjänsterna är höga. Den nuvarande standarden och den höjning av den som skett är inte tillräcklig. Alla förslag till förbättringar kräver inte ökade resurser. Men strömmen av kritik mot nuvarande ordning och förslagen om förbättringar är så omfattande att de rimligtvis implicerar betydande ökning av konsumtionsvolymen och därmed av utgifterna.

Det är svårt att hitta något argument för att medborgarna skulle prioritera konsumtion av välfärdstjänster lägre än privat konsumtion. De här anförda argumenten och omständigheterna talar närmast för att konsumtion av välfärdstjänster ska öka mer än den privata konsumtionen. Om en sådan inriktning ska förverkligas står vi inför ett mycket stort problem på sikt.

3.2 Ett på mycket lång sikt olösligt problem som måste lösas snarast

Med de förutsättningar som ligger till grund för långtidsutredningarnas beräkningar så är finansieringsproblemet olösligt på mycket lång sikt. Genom höjda skatter kan visserligen en ökning åstadkommas under en tid, men på sikt avtar den möjligheten. Den tidigare nämnda utredningen från dåvarande Kommunförbundet illustrerade just det förhållandet. Bortåt nästa sekelskifte skulle kommunalskatten hamna på 70 procent. Långt dessförinnan skulle rimligtvis dagens tillväxtekonomi ha upphört att fungera. Överföring av resurser från andra offentliga utgiftsområden till välfärdstjänsteområdet omges också av klara restriktioner. Om inte förr upphör den möjligheten när alla offentliga utgifter avser välfärdstjänster. Även möjligheten att öka sysselsättning för att generera högre skatteinkomster har en bortre gräns.

Förklaringen till problemet på mycket lång sikt är att ingen produktivitetstillväxt förutsätts för den produktion som tillgodoser offentlig konsumtion. Kostnaderna för insatsvaror/-faktorer inom

⁴² Ström (2009) är ett exempel på sådan jämförelse.

offentlig sektor förutsätts däremot öka, på samma sätt som för annan produktion. Lönerna inom offentlig och privat sektor förutsätts exempelvis öka i samma takt. Reallönerna kan förväntas öka ungefär som den allmänna produktiviteten och den i sin tur följer BNP-utvecklingen på lång sikt, om antalet arbetade timmar är oförändrade. Om den offentliga konsumtionen volymmässigt ska växa i samma takt som BNP, måste den sektorn tillföras markant mer resurser än BNP-tillväxten. På mycket lång sikt – på 50 eller 100 års sikt – är den hållbara lösningen att produktiviteten vid produktion av välfärdstjänster ökar i samma takt som i den övriga ekonomin.

Om det inte är möjligt och medborgarnas önskar öka konsumtionen i samma takt som BNP-ökningen och inget hinder reses för den ökningen, kommer den offentliga konsumtionen i ökad grad att privatiseras. Då kommer så småningom konsumtionen av välfärdstjänster att styras av priset och konsumenternas budgetrestriktioner. Avtagande gränsnytta får förutsättas gälla även för välfärdstjänster.

Utifrån ett mycket långsiktigt perspektiv har således vissa insatser en temporär karaktär. Slutsatsen får emellertid inte bli att problemet betraktas som olösligt. Det rimliga är att ta sikte ett par årtionden framåt och försöka lösa problemen inom den tidshorizonten. Jag har satt den gränsen till år 2030. Under tiden fram till dess kan dagens förutsättningar mycket väl ha ändrats. Den medicintekniska utvecklingen kan ha ändrat förutsättningarna radikalt för dagens framskrivningsmodeller. Robotar inom äldreomsorgen framstår i dag närmast som avskräckande exempel på personalbristen inom äldreomsorgen. Är det en helt omöjlig tanke att sådana robotar inom ett par årtionden skulle betraktas som önskvärda hjälpmedel, vilka radikalt höjer produktiviteten inom vården? Om ett par årtionden kan förutsättningarna för välfärdens finansiering vara helt andra än de är i dag. Politiken får formas efter de förutsättningar som då gäller.

3.3 Problemets storleksordning – ett räkneexempel

I det här sammanhanget har det inte varit möjligt att ta fram genomarbetade alternativ till scenarierna i LU08. För att nå konkretion i framställningen ska jag dock försöka kvantifiera både en framtida ambitionsnivå beträffande välfärdstjänsternas

utveckling och i vilken omfattning som olika åtgärder kan bidra till att nå den nivån.

Det är räkneexempel som illustrerar storleksordningen på det framtida finansieringsproblemet och de åtgärder som kan vara aktuella. Syftet är inte att lämna precisa svar på det framtida problemets omfattning och i vilken utsträckning det kan lösas med olika åtgärder. Sådana noggranna kalkyler återstår att göra och min förhoppning är att de kommer att utföras inom ramen för en offentlig utredning, som har tillgång till all erforderlig expertis och möjlighet att generera alternativscenarier. Syftet är snarast att stimulera till sådana kalkyler och nya scenarier.

Jag har stannat för att försöka illustrera vilket finansieringsbehov som uppstår om konsumtionen av välfärdstjänster ska öka samma takt som BNP fram till år 2030. Som framgår av bilagan medför den ambitionen att 150 miljarder kronor ska tillföras välfärdstjänsterna, utöver de skattemedel som tillförs området enligt basscenariot i LU08.⁴³

Om den förutsatta konsumtionsökningen speglar en rimlig ambition kan naturligtvis diskuteras. Jag anser att det finns goda skäl för att medborgarna skulle vara beredda att finansiera en än högre konsumtionsnivå. Den nämnda konsumtionsökning på 150 miljarder kronor möjliggör emellertid en god illustration av vilka problem och möjligheter som politiken kommer att ställas inför. Om den beräknade ambitionsnivån inte nås genom offentliga insatser så handlar det om privat finansiering.

För att illustrera omfattningen av det resurstillskott som krävs kan nämnas att inte ens om alla offentliga utgifter för totalförsvaret, internationellt bistånd och högre utbildning successivt överfördes till de nämnda områdena skulle det innebära att 150 miljarder kronor kunde tillföras. Om finansieringsgapet skulle slutas genom skattehöjningar skulle skattekvoten behöva höjas med cirka 5,6 procentenheter till år 2030. Vård, omsorg och grundläggande skolutbildning är kommunala uppgifter. Kommunalskatten skulle behöva höjas med cirka 11 procentenheter för att klara konsumtionsökningen. Den skattesatsen skulle därmed uppgå till mer än 42 procent år 2030. Skulle man finansiera konsumtionsökningen genom att höja taxorna så att primärvården blev helt utan skattefinansiering, så skulle den avgiftshöjningen endast finansiera en sjättedel av de 150 miljarderna.

⁴³ Beräkningen bygger på underlag från LU08 och visar ökningen som andel av BNP. BNP-andelen är framräknad för 2030, för att översätta denna till kronor används 2005 års BNP.

Ett par slutsatser kan därmed redan skönjas. Den ena är att det inte finns någon enskild åtgärd som kan säkerställa att medborgarnas framtida efterfrågan på välfärdstjänster kan tillgodoses. Det handlar om många åtgärder över ett brett fält och de måste implementeras med stor kraft. En annan slutsats, som kan anas, är att det kommer att krävas ökat medborgaransvar, det vill säga privat finansiering, för att nå den nämnda konsumtionsökningen.

3.4 Politiken påverkar den privata finansieringen

Det kan tyckas egendomligt med en politisk ambition av innebörden att konsumtionen av välfärdstjänster ska öka i samma omfattning som BNP för att sedan förutsätta att en del av den konsumtionsökningen får medborgarna själva ta ansvar för. Det är väl snarast en självklarhet att den efterfrågan som inte kan tillgodoses offentligt får marknaden hantera. Och marknads utveckling och omfattning kan inte rimligen målsättas politiskt.

Invändningen bortser från att konsumtion av välfärdstjänster är ett politiskt styrt område. Även de delar av konsumtionen som är marknadsbestämda påverkas av politiken. Den förda politiken under tidigare period bedöms sålunda ha medverkat till att konsumtionen – även den privat finansierade – hållits tillbaka. Den framtida politiken måste därför svara på tre frågor.

Den första är vilken konsumtionsökning som är politisk önskvärd? Den önskan kan kallas en ”politisk ambition” eller en ”utgångspunkt för politiken”. Däremot skulle begreppet ”politiskt mål” leda fel.

Denna politiska ambition eller utgångspunkt kvantifieras sedan till ett belopp som visar hur mycket medborgarnas utgifter – kollektiva eller privata – måste öka för att nå upp till den förutsatta konsumtionsökningen. Ökningen beräknas utifrån dagens offentliga konsumtion. Den andra frågan rör i vilken omfattning den utgiftsökningen verkligen kan och ska finansieras offentligt.

Den del som inte tillgodoses på det sättet förutsätts finansieras privat. I den delen kan politiken naturligtvis inte bestämma konsumtionsnivån. Den bestäms på marknaden. Men politiken påverkar i hög grad förutsättningarna för den marknaden. Det sker genom beslut om det offentliga åtagandet. Långtgående åtaganden onödiggör privat finansiering. Begränsade offentliga åtaganden öppnar för privat finansiering. Vidare bestämmer politiken

villkoren för den privata finansieringen. Ska den uppmuntras, försvåras eller rentav förbjudas? Den tredje frågan är därför hur denna påverkan ska utformas.

3.5 Att förena privat och offentlig finansiering samt slå vakt om likabehandling – den stora utmaningen

Utgångspunkten för denna rapport är att medborgarnas efterfrågan ska vara ledstjärna för politiken. Uppgiften är att säkerställa att alla får tillgång till de välfärdstjänster de vill betala för – enskilt eller kollektivt. Välfärdssystemen måste anpassas till medborgarnas krav. Den motsatta ordningen är i längden varken lämplig eller möjlig. I ett öppet, demokratiskt samhälle med marknadsekonomi kommer medborgarna förr eller senare att se till att deras efterfrågan tillgodoses.

Framställningen i det följande handlar om vilka åtgärder som krävs för att nå den nämnda konsumtionsökningen. Det är då naturligt att börja med att undersöka i vad mån de kan nås genom offentlig finansiering. Om det inte är möjligt återstår alternativ finansiering. Och det betyder att medborgarna själva får ta ansvar för den kompletterande finansieringen.

När medborgarna själva tillgodoser sin efterfrågan skapas emellertid nya problem. Olika individer har olika förmåga och möjligheter att ta ansvar för sin välfärd. Ett alltför långtgående egenansvar skapar stora olikheter. Samtidigt som vi reagerar mot att våra krav på kvalitet inom den offentliga konsumtionen inte tillgodoses, reagerar vi också mot att angelägna behov som vård, omsorg och grundläggande skolutbildning inte tillgodoses för alla. Välfärdspolitikens kärna är just att angelägna behov ska tillgodoses på ett likvärdigt sätt för alla medborgare. Att överge den ambitionen vore detsamma som att överge välfärdsstaten.

Den framtida politiken står därför inför uppgiften att skapa förutsättningar för att medborgarnas efterfrågan på välfärdstjänster ska kunna tillgodoses utan att oacceptabla skillnader uppstår mellan olika medborgare. Det kan synas vara en omöjlig uppgift. Betydande nytänkande kommer att krävas. De problem och de åtgärder som diskuteras i det följande ska dock ses i ett långsiktigt – minst tjugoårigt – perspektiv. Det kan tyckas vara en lång tid, men faktum är att vi är sent ute. Det har förflutit många år sedan

expertbedömningar först satte fingret på det långsiktiga problemet. Och förändringar av det här slaget föregås av decennielånga beslutsprocesser just därför att nytänkande krävs.

Den politiska oviljan att på ett systematiskt sätt angripa frågan om välfärdens framtida finansiering bör betraktas mot bakgrunden av att Sverige under den senaste tjugoårsperioden framgångsrikt genomfört andra stora förändringar. Omläggning av den ekonomiska politiken och tillväxtpolitiken under en tioårsperiod från år 1985 medförde att Sverige förvandlades till en ledande tillväxtnation. Den omläggningen innefattade åtgärder som i början av 1980-talet hade framstått som politiskt omöjliga att genomföra.⁴⁴ Flera länder betraktar med stort intresse vårt nya pensionssystem och många hämtar inspiration från vår familjepolitik. Dessa förändringar inom välfärdspolitiken föregicks också av stor tvekan och perioder av politisk passivitet. Stora förändringar, med syftet att anpassa politiken till nya förutsättningar, kräver omprövning av etablerade föreställningar. Men när väl förändringarna genomförts brukar de betraktas som ganska självklara. Välfärdspolitiken står nu inför uppgiften att anpassa finansieringen av vården, omsorgen och skolan till 2000-talets förutsättningar. Varför skulle vi inte framgångsrikt kunna genomföra också den förändringen?

⁴⁴ Här och i det följande för jag fram påståenden om tröghet vid politiskt beslutsfattande och hänvisar till politikområden utanför välfärdspolitiken. Jag anger inte referenser vid varje tillfälle. Men utsagorna bygger på min avhandling – Borg (2004) – samt en mera debattinriktad bok – Borg (2006). Båda framställningarna behandlar välfärdspolitik. Jag och medförfattare har vidare arbetat med ett projekt för dåvarande Institutet för tillväxtpolitiska studier (ITPS) rörande svensk tillväxtpolitik. Dokumentationen finns i Borg – Pettersson (2008). Det underlaget bildar grund för jämförelse med andra politikområden.

4 Hur kan växande välfärd förverkligas?

Kort sammanfattning

Det långsiktiga finansieringsproblemet kan varken lösas genom att medborgarnas ökade efterfrågan begränsas långsiktigt eller genom att skattekvoten höjs kontinuerligt. Politiken bör i stället inriktas mot att på andra sätt stärka den offentliga finansieringen så långt möjligt. Om det inte räcker, gäller det att styra den kompletterande privata finansieringen mot områden där den inte hotar grundläggande värderingar.

Skatteinkomsterna kan öka genom att vi arbetar fler timmar. En växande förmån har utan medvetna beslut beviljats pensionärsgruppen genom att pensionsåldern inte höjts när livslängden ökat. Den gruppen borde kunna bidra till fler arbetade timmar genom senare utträde från arbetslivet. Det förutsätter att ett långsiktigt mönster bryts. Vi har sedan länge tagit ut ökad standard i form av fritid och många blivande pensionärer ser fram mot en angenäm och lång pensionärstillvaro. Ett räkneexempel visar att tre års senare utträde från arbetsmarknaden kan bidra med cirka 45 miljarder kronor till konsumtionsökningen om 150 miljarder.

Trots upplevt behov av ökad effektivitet inom offentlig sektor och befintlig kunskap om hur en sådan kan åstadkommas är det svårt att påvisa någon uppnådd höjning. Ett brett men samlat program för effektivitetshöjande åtgärder borde kunna höja effektiviteten påtagligt. Avgörande för framgång är att ett sådant program leds och sammanhålls på rätt sätt. Om så skulle bli fallet kan den framtida

finansieringen underlättas med 30 miljarder enligt ett räkneexempel.

Andra utgifter inom offentlig sektor skulle kunna minska för att möjliggöra omfördelning till tjänsteområdet. Minskningen bör avse utgiftsområden där medborgarna har rimlig möjlighet att själva ta ansvar för de behov som inte längre tillgodoses offentligt. Delar av de offentliga försäkringarna uppfyller möjligen de kriterierna. Parterna på arbetsmarknaden har visat sig kunna ta visst ansvar för inkomsttrygghet till stora löntagarkollektiv. Om de privatiserade försäkringarna ska betalas med obligatoriska avgifter så ligger emellertid en sådan finansiering nära en renodlad skattefinansiering. Därför har någon finansieringsfrån sådana åtgärder inte beräknats.

Genom räkneexempel visas att ungefär hälften av den eftersträvade konsumtionsökningen skulle kunna finansieras offentligt. Även om hänsyn tas till att det är just enstaka räkneexempel blir slutsatsen att en betydande del av finansieringen måste överlätas till medborgarna. Kriterierna för en sådan överlåtelse bör vara att medborgarna ska kunna ta sådant ansvar utan att oacceptabla skillnader uppstår. Olika principer för ökat medborgarsvar diskuteras. En förtroendegivande offentlig finansiering som verkligen garanterar alla medborgare god vård och omsorg är en förutsättning för kompletterande privat finansiering.

Om långtidsutredningens utgångspunkt accepteras – oförändrad politik medger ungefär oförändrad standard – uppstår frågan om vilken politik som krävs för att nå en högre ambitionsnivå. Det långsiktiga finansieringsproblemet skapas av en hög efterfrågan och begränsade möjligheter att höja skatter och effektivisera berörd produktion. När olika åtgärder övervägs kan det därför vara lämpligt att börja med att ifrågasätta de förhållanden som skapar problemet. Kan de påverkas så att problemet reduceras eller rentav elimineras?

Med den utgångspunkten blir den första frågan om det är möjligt att begränsa efterfrågan. Den andra frågan blir om inte skatteinkomsterna kan öka. Den tredje frågan rör möjligheterna att effektivisera produktionen av tjänsterna. I det följande behandlas dessa frågor i nämnd ordning.

Det finns också andra medel att nå de båda ambitionsnivåerna. Utgifterna inom offentlig sektor kan omfördelas till förmån för välfärdstjänsterna. Som tidigare framhölls förefaller det ha varit en åtgärd som tillämpades under den föregående perioden.

De nu nämnda åtgärderna syftar till att öka möjligheten att lösa framtidsproblemet genom offentliga insatser. Om det inte räcker återstår möjligheten att låta medborgarna själva ta kompletterande ansvar. Det är en inriktning som präglar hela välfärdspolitiken sedan 1990-talet. Detta avsnitt avslutas med en diskussion om hur ett ökat medborgaransvar bör inriktas.

Det finns en slagsida åt sjukvård och äldreomsorg när olika åtgärder konkretiseras i det följande. Det beror på att det finns mest material och litteratur som avser de områdena.

4.1 Medborgarnas ökande efterfrågan kan inte ransoneras bort

Det finns åtminstone två möjligheter att begränsa efterfrågan på offentliga välfärdstjänster. Den ena är att förebygga behovet av dem. Den andra är att pressa tillbaka efterfrågan genom att ransonera utbudet. Förebyggande insatser är ett verkningsfullt medel inom främst vården, men brukar ses som ett sätt att effektivisera den och behandlas därför i det sammanhanget.

Det ligger i sakens natur att tjänster som finansieras offentligt begränsas på något sätt. Även med generösa möjligheter för enskilda medborgare att välja olika insatser så måste vissa gränser för sådan valfrihet sättas. Om inte annat så kommer ekonomin att sätta gränser. Bedömningen av vilka behov som ska tillgodoses är en av välfärdspolitikens allra viktigaste frågor. Den bedömningen, tillsammans med beslut om hur finansieringen ska utformas, är grunden för att forma ett välfärdssystem.⁴⁵

Inom skolområdet beslutas om kursplaner, som anger vilka behov av undervisning som ska tillgodoses. Inom socialförsäkrings-systemen anges vilka behov av inkomsttrygghet som ska tillgodoses – i vilken mån och under vilka omständigheter som ersättning ska utgå. Inom vården och omsorgen anger politiska beslut de ramar som gäller för behovsbedömningen. Inom dessa ramar görs sedan den konkreta behovsbedömningen av tjänstemän

⁴⁵ Det tredje momentet – vem som ska producera eller tillhandahålla förmånerna – är normalt inte ett lika avgörande beslut och behandlas inte i denna rapport.

– läkare, sjuksköterskor och biståndshandläggare. Allmänt gäller att vård ska ges efter behov. Det betyder inom sjukvården att de medicinska behoven ska avgöra vilka insatser som ska prioriteras.

Den behovsstyrda vården ställs ofta mot efterfrågebestämd vård. Därmed avses vård som medborgarna själva betalar för.

Både den offentligt och den privat finansierade vården bygger rimligen på upplevda behov. Den avgörande skillnaden mellan det som kallas behovsstyrd och det som kallas efterfrågestyrd vård är vem som avgör vilka behov som ska tillgodoses. I det ena fallet sker det genom offentliga beslut och i det andra fallet genom enskilda medborgares beslut. Den som betalar bestämmer med andra ord vilka behov som ska tillgodoses. I båda fallen är det naturligtvis ytterst medborgarna som betalar – i egenskap av skattebetalare eller kund.

Om betydande diskrepans uppstår mellan den vård och omsorg som finansieras offentligt och den som medborgarna önskar och är beredda att betala för så uppstår en växande privatfinansierad vård vid sidan av den offentliga. Det skulle i hög grad bli fallet om det offentliga utbudet enbart erbjuder oförändrad standard. Medborgarna skulle uppleva att deras behov tillgodoses i alltför begränsad utsträckning och söka alternativa lösningar som kommer till uttryck i allt från privata vårdförsäkringar till att anhöriga hjälper sina äldre släktingar.

Det är knappast möjligt att i någon högre grad "ransonera bort" medborgarnas efterfrågan. Sådan ransonering accepteras på kort sikt när det offentliga utbudet i allt väsentligt kan tillgodose medborgarnas krav. Även marknadsstyrd verksamhet måste i vissa lägen ransoneras i meningen att köer och väntetider ibland kan uppstå. En ransonering som går ut på att långsiktigt pressa ned efterfrågan riskerar dock att i bli verkningslös på lång sikt och leda till stora olikheter på kort sikt. Straka grupper skaffar de efterfrågade tjänsterna, medan de svaga håller sig inom ransoneringens gränser. En sådan ordning skulle på sikt förlora legitimitet. Rena förbud för egen finansiering skulle naturligtvis stärka en offentlig ransonering. Ingen politisk kraft av betydelse torde dock överväga något sådant inom vården och omsorgen.

En fråga av växande betydelse är hur den offentliga vården ska förhålla sig till medborgarnas egna lösningar. I vissa fall försvåras sådana och i andra fall underlättas de. Jag återkommer till den frågan då ökat medborgaransvar behandlas. Om det offentligt finansierade utbudet långsiktigt inte tillgodoser medborgarnas

upplevda behov är det nämligen ur flera synpunkter rimligare att medvetet och systematiskt överföra ansvar till medborgarna än att försöka hindra dem att tillgodose sina behov.

4.2 Ökade skatteinkomster utan skattehöjningar

Börja inte med att förutsätta höjd skattekvot!

Sedan 1980-talet har skattekvoten i Sverige varierat kring nivån 50 procent. Om skattekvoten kunde höjas i samma omfattning som skedde före 1980-talet skulle något stort långsiktigt finansieringsproblem inte uppstå. Ytterligare höjning av skattekvoten med flera tiotals procentenheter är uppenbarligen inte möjligt. Som tidigare nämdes beräknas en höjning av skattekvoten med uppemot 6 procent av BNP klara finansieringen fram till år 2030. Kommunalskattesatsen skulle behöva höjas med cirka 11 procentenheter. Då förutsätts att de ökade skatteinkomsterna odelat tillförs välfärdstjänsterna. Vidare måste skattehöjningar i ungefär den takten fortsätta de kommande decennierna om dagens förutsättningar består. Höjda skatter kan därför inte långsiktigt lösa framtidsproblemet.

Att skattekvoten har varit oförändrad under de senaste årtiondena förklaras ofta med det internationella beroendet. Skattebaserna är mer rörliga över nationsgränser än som var fallet tidigare. Vidare prioriterar vi fritid mycket högt. Höga skattesatser minskar incitamenten till arbete. Det kan inte uteslutas att ytterligare någon höjning av skatten skulle vara möjlig. Det finns emellertid andra goda skäl att inte börja en process, som syftar till långsiktig lösning av finansieringsfrågan, med att överväga skattehöjning.

Ingen politisk majoritetsgruppering kan i dag skönjas som skulle vara beredd att förespråka allmänt och långsiktigt höjda skatter. Ett förslag om att lösa välfärdspolitikens framtida finansieringsproblem på det sättet skulle därför inte betraktas som särskilt användbart.

Min bedömning är vidare att höjd skatt skulle bli den ”lätta” vägen ur problemet. Lätt i den meningen att något nytänkande inte behövs. Man skjuter problemet framför sig. Det gäller därför att först utforska andra vägar innan man eventuellt återvänder till frågan om höjd skattenivå. Om det senare skulle visa sig att

skattehöjningar både är möjliga, nödvändiga och önskvärda så kommer den situationen knappast att upplevas som ett problem. Det kan emellertid också visa sig att det internationella beroendet och den internationella konkurrensen om arbetskraft och kapital kommer att framtvinga skattesänkningar. Då skulle en mycket besvärlig situation uppstå om vi har förutsatt att skattehöjningar vore en väg ur framtidsproblemet.

Min slutsats är därför att lösningar på de framtida finansieringsproblemen bör diskuteras utan att förutsätta höjd skattekvot. I någon mening är min utgångspunkt att den skattenivå som gällt sedan 1980-talet, det vill säga ca 50 procent av BNP, ska bestå. Om skatterna generellt och långsiktigt skulle sänkas förvärras framtidsproblemet. Ibland hävdas att Sverige har världens högsta skatter men inte världens bästa välfärd. Det är riktigt att en hög skattenivå inte är någon garanti för hög offentlig välfärd. Därav följer inte att välfärden är oberoende av skattenivån. Den nordiska välfärdsmodellen förutsätter en hög skattenivå. En sådan är en nödvändig om än inte tillräcklig förutsättning för en hög nivå på den offentliga välfärden.

Skatteinkomsterna kan öka trots konstant skattekvot

Skattekvoten består av en täljare, som utgörs av skatteinkomsterna, och en nämnare, som utgörs av BNP. En oförändrad kvot kan upprätthållas och skatteinkomsterna kan öka om nämnaren, det vill säga BNP växer. BNP ökar om produktiviteten ökar och om antalet arbetade timmar stiger. Dessa båda vägar till BNP-tillväxt leder dock till helt olika effekter för de offentliga finanserna. Höjd produktivitet betyder ökade löner i första hand inom de sektorer som skapar den höjda produktiviteten. Men andra sektorer måste sedan följa med i löneutvecklingen för att klara sin personalförsörjning. Det gäller även den offentliga sektorn. Detta driver upp de offentliga utgifterna. Vidare ska socialförsäkrings-systemen ersätta för förlorad arbetsinkomst. Vid stigande arbetsinkomster stiger därför utgifterna inom de systemen. BNP-ökning genom stigande produktivitet är en eftersträvd utveckling. Det är främst på det sättet som Sveriges välstånd vuxit fram. Men en sådan BNP-ökning löser i ringa grad det långsiktiga finansieringsproblemet.⁴⁶

⁴⁶ Dessa frågor diskuterades i LU 03/04. Se SOU 2004:19, s. 79 ff.

Det förhåller sig annorlunda om BNP ökar genom fler arbetade timmar. Då krävs inga automatiska utgiftsökningar inom den skattefinansierade sektorn. Tvärtom kan utgifterna minska om den ökade sysselsättningen sker genom att individer går från exempelvis arbetslöshetsersättning till egen inkomst. Dessvärre, ur de aspekter som gäller här, så har den långsiktiga trenden under i stort sett hela 1900-talet varit minskad arbetstid. Den trenden bröts dock kring år 1980.⁴⁷ Inför framtiden är frågan om trenden mot ökad arbetstid kommer att präglade framtiden eller om den mer långsiktiga trenden dessförinnan ska präglade den framtida utvecklingen.

Fler arbetade timmar

Antalet arbetade timmar bestäms av hur många som är i arbete och medelarbetstiden för dessa. För att främja en utveckling mot ökat antal arbetade timmar gäller det att identifiera vilka grupper som skulle kunna arbeta mer och hur den genomsnittliga arbetstiden kan öka.

Fler i arbete och längre arbetstid

Arbetskraftsdeltagandet ökade under ett par årtionden före 1990-talet. Det berodde på att fler kvinnor kom i arbete. Skillnaderna mellan könen har nu i stort sett utjämnats och sedan 1990-talet har antalet i arbete minskat, dock med en uppgång under de allra senaste åren.⁴⁸ Frågan inför framtiden är vilken eller vilka grupper som skulle kunna ”ta kvinnornas plats” och bidra till ökad sysselsättning.

Regeringens politik syftar till att minska det man kallar utanförskapet. Begreppet har en vidare betydelse än arbetslöshet och omfattar en bredare krets av arbetsrelaterade problem.⁴⁹ LU08 räknar med att effekten av den politiken sträcker sig fram till år 2014. Det kan förefalla vara ett optimistiskt antagande. Den optimismen gör att någon ytterligare sysselsättningsökning inom åldersgruppen 20-64 år utöver vad LU08 räknat med knappast är realistisk. Det gäller särskilt som ökningen av den gruppen i

⁴⁷ Börjesson (2008), s. 54.

⁴⁸ SOU 2008:105, s. 51. och Olsson Nordén (2000), s. 28 f.

⁴⁹ Prop. 2008/09:1 s. 11.

betydande utsträckning består av utlandsfödda, vilka erfarenhetsmässigt har lägre sysselsättningsgrad än genomsnittet. Det förefaller också vara utredningens egen slutsats. Den pekar i stället på möjligheten att förlänga arbetslivet, dvs. tidigare inträde på arbetsmarknaden och senare utträde.

Antalet arbetade timmar per invånare har fallit under större delen av 1900-talet. Vid seklets början var medelarbetstiden 25 timmar per vecka. Därefter minskade den successivt fram till 1980-talet och har sedan pendlat kring nivån 15 timmar.⁵⁰ Bilden är i princip densamma om medelarbetstiden per sysselsatt används som mått på arbetstidens utveckling. En minskning skedde fram till 1980, då utvecklingen vände något uppåt.⁵¹ Långtidsutredningen tar fasta på utvecklingen sedan 1980 och förutsätter att medelarbetstiden ska öka fram till 2015. Även den bedömningen förefaller optimistisk. En utredning från SKL har räknat fram ett fast och långsiktigt samband mellan stigande reallöner och fallande medelarbetstid.⁵² Och den framtida utvecklingen kommer att innefatta stigande reallöner.

Som jag framhöll tidigare finns sällan anledning att ifrågasätta detaljer i långtidsutredningars kalkyler. Men det finns anledning att noggrant bevaka hur ekonomin utvecklar sig i detta avseende när välfärdens långsiktiga finansiering övervägs. Någon ytterligare ökning av medelarbetstiden, utöver den som utredningen räknat med, förefaller inte realistiskt.

Tidigare inträde på arbetsmarknaden och senare utträde

Långtidsutredningen förespråkar åtgärder för att stimulera till ett tidigare inträde på arbetsmarknaden. Det handlar både om att skapa snabbare genomströmning inom den högre utbildningen och att motverka utbildningsmisslyckanden inom grundskola och gymnasium. Utredningen har vidare räknat med ett alternativ med ett års senarelagt utträde från arbetsmarknaden, dock med förutsättningen att pensionsåldern inte ökar, det vill säga de som arbetar ett år längre förutsätts ta ut sin pension.

Det finns säkert möjlighet att öka genomströmningen inom den högre utbildningen. Det allt senare inträdet på arbetsmarknaden är

⁵⁰ Börjesson (2008), s. 54.

⁵¹ LU 2008, bil. 1 s. 43 och Olsson Nordén (2000), s. 30.

⁵² Olsson (2004), s. 22.

dock delvis en följd av medvetna politiska beslut. Förlängningen av ungdomsutbildningen och utbyggnaden av den högre utbildningen har fått den naturliga konsekvensen.

Det förhåller sig helt annorlunda med utträdet från arbetsmarknaden. När ett nationellt pensionssystem beslutades år 1913 var den formella pensionsåldern 67 år. Den återstående förväntade medellivslängden för en 67-åring var då drygt 12 år. I dag räknas 65 år som normen för pensionsuttag. Den återstående förväntade livslängden för 65-åringar närmar sig nu 20 år.⁵³ Härtill kommer att sannolikheten för att nå 65 eller 67 års ålder i dag är högre än vid 1900-talets början. Det betyder att förhållandevis fler människor ska försörjas via pension.

Slutligen bör erinras om att den faktiska pensionsåldern har sjunkit. Halva Sveriges befolkning lämnar arbetsmarknaden före 65 års ålder. Vägen ut går huvudsakligen via sjukersättning och tjänste- och avtalspension. Utträdesåldern för män var i mitten av 1960-talet nästan 68 år. Den sjönk ner mot 62 år i mitten av 1990-talet. Den genomsnittliga utträdesåldern, dvs. mäns och kvinnors sammanvägda utträdesålder, har ökat cirka ett år från mitten av 1990-talet till år 2004, för att sedan stabiliseras på den nivån. En svag ökning kan observeras under de alla senaste åren.⁵⁴ Numera är den genomsnittliga utträdesåldern, dvs. för både män och kvinnor cirka 63 år.

Inom välfärdspolitiken har således mycket långtgående förmåner beviljats pensionärgruppen utan att några medvetna politiska beslut fattats härom – bortsett från beslutet om sänkt pensionsålder i mitten av 1970-talet. Om förmånen av en lång pensionärstillvaro ställs mot risken för att vården och omsorgen inte kan finansieras på ett betryggande sätt så torde flertalet prioritera vård före ett par års pensionärstillvaro.

En relativt blygsam ambition är att inte låta denna långa pensionärstillvaro öka ytterligare. ”Medelvensson” född år 1965, som således fyller 65 år 2030, kommer vid den åldern ha en förväntad återstående livslängd som är drygt två år längre än fyrtioåringarna, om SCB:s prognos blir verklighet.⁵⁵ För att inte förlänga pensionärstiden ytterligare bör de arbeta två år längre. Vidare borde äldre generationer arbeta åtminstone något år längre.

⁵³ Röstberg Anna – Settergren Ole (2004).

⁵⁴ Olsson (2009), s. 43. Den exakta definitionen av utträdesålder kan skilja sig något mellan olika källor men den allmänna bilden är likartad.

⁵⁵ Röstberg Anna – Settergren Ole (2004), s. 6.

Det är visserligen sent att nu påverka fyrtilialisterna och de påverkas i begränsad utsträckning av det nya pensionssystemets incitament att arbeta längre. Dock har riksdagen ändrat skattesystemet för att öka incitamentet till arbete för pensionärsgruppen.⁵⁶ Ett räkneexempel konstrueras därför utifrån ambitionen att höja utträdet från arbetsmarknaden med tre år.

Tre års senarelagt utträde från arbetsmarknaden betyder att drygt 45 miljarder kronor kan tillföras konsumtion av välfärdstjänster via ökade skatteinkomster (se bilagan).

Det är dock inte meningsfullt att utgå ifrån flera arbetstimmar och därmed förbättring av den långsiktiga finansieringen förrän verkliga förutsättningar att förlänga arbetslivet har skapats. Det handlar inte bara om ekonomiska incitament. Utträdet från arbetsmarknaden styrs av normer som utvecklats under lång tid. Det handlar om den enskildes förväntan om en tredje innehållsrik och lång fas i livet, om arbetsgivares och arbetstagares tendens att lösa arbetsbristens problem i en organisation genom att bevilja förmånlig avtalspension.⁵⁷ Många sådana föreställningar måste brytas. Och som tidigare framhållits finns en trend, som går mycket långt tillbaka i tiden, att ta ut ökad standard som fritid. Det fordras sannolikt kraftfulla åtgärder om den trenden ska brytas markant. Det räcker knappast med förhoppningen att tendensen till senarelagt utträde från arbetsmarknaden från mitten av 1990-talet ska bestå.

I det nya pensionssystemet finns ingen bestämd pensionsålder, istället finns incitament att arbeta längre, då blir pensionen högre än vid tidigt uttag. Garantipension kan dock inte erhållas före 65 års ålder. Det förhållandet befäster sannolikt en ”mental” 65-årsgräns. Det får inte betraktas som naturligt att lämna arbetsmarknaden senast vid fyllda 65 om utträdesåldern ska höjas markant. Vidare bör sannolikt systemet med avtalspensioner ses över.

Obligatorisk försäkring som alternativ till skattefinansiering

En skatt är ett tvångsbidrag från medborgarna till det allmänna utan direkt motprestation.⁵⁸ En skatt upplevs sålunda av

⁵⁶ Prop. 2008/2009:38.

⁵⁷ Se exempelvis Hallberg (2008) för en diskussion om avtalspensionernas betydelse.

⁵⁸ Nationalencyklopedins definition.

medborgaren som en oundviklig uppoffring som inte direkt är kopplad till någon nytta. Därför föreslås ibland att välfärdstjänster ska finansieras med obligatoriska avgifter i stället för med skatt. Tvånget behålls i avsikt att alla ska omfattas, men uppoffringen att betala avgift knyts direkt till en offentlig motprestation. I en nyligen presenterad rapport till Globaliseringsrådet föreslår den tidigare finansministern Kjell-Olof Feldt att förmåner och uppoffringar ska knytas närmare varandra.⁵⁹ Obligatoriska avgifter finansierar redan pensionssystemet. Skulle något stå att vinna ur finansieringssynpunkt om något eller några av välfärdstjänsterna finansierades via obligatoriska avgifter?

Det är möjligt, men långtifrån säkert, att medborgarna skulle vara beredda att betala något högre obligatoriska avgifter än de är beredda att betala motsvarande skatt. Det främsta skälet för obligatorisk avgift enligt min bedömning ett annat. Med ett avgiftssystem skulle den offentliga motprestationen bli tydligare och mera enhetligt för hela landet. När det offentliga utbudet inte kan tillgodose all efterfrågan är det viktigt att göra klart vad som ingår i utbudet. Den kunskapen är en förutsättning för att medborgarna ska kunna veta vilket ansvar de själva ska stå för. Pensionssystemet utgår ifrån den förutsättningen. Medborgarna ska veta vilka pensionsförmåner de kan räkna med och kan därmed lättare kunna ta eget ansvar för eventuella kompletteringar.

Sjukvården förs ibland fram som ett lämpligt område för en obligatorisk försäkring. Dock finns skäl att först pröva en sådan ordning inom äldreomsorgen innan en sådan ordning övervägs för den mera omfattande och mångfasetterade sjukvården. Min bedömning är att en utveckling mot ökat medborgaransvar främst kommer att ske inom äldreomsorgen. Det förhållandet gör det särskilt angeläget att precisera det offentliga åtagandet inom det området.

Paralleller kan dras mellan avgifterna till pensionssystemet och ett system med obligatoriska avgifter inom äldreomsorgen. Det finns emellertid också stora skillnader mellan de båda områdena. De obligatoriska avgifterna i pensionssystemet medför tydliga och definierade individuella rättigheter, det vill säga nytta och motprestation. Det betyder att ju mer en medborgare arbetar desto högre pensionsförmåner. Det finns med andra ord "raka rör" mellan avgifter och förmåner. Skattens negativa effekt har därmed

⁵⁹ Feldt (2009).

neutraliserats i viss utsträckning. I PPM-systemet är detta särskilt tydligt. De medel som förvaltas där är privaträttslig egendom. Med klok förvaltning ska den egna förmögenheten växa ju mer man arbetar och betalar. Rent fördelningspolitiska inslag i det nya systemet finansieras dock huvudsakligen via skatter. Det gäller exempelvis utgifterna för garantipension.

En obligatorisk försäkringsavgift inom äldreomsorgen skulle ha fler likheter med en skatt. Om alla får samma tillgång till äldreomsorg oberoende av inbetald avgift så upplevs en äldreomsorgsavgift som en skatt. Med pensionssystemets terminologi kan huvuddelen av omsorgen betraktas som en garantipension. Skillnaden innebär således att äldreomsorg av god kvalitet erhåller alla även de som inte betalat avgift. Medan pensionen blir blygsam för dem som inte betalat ansevärd avgift. Kopplingen mellan inbetald äldreomsorgsavgift och individuell nytta kommer således att vara svagare än motsvarande koppling inom pensionssystemet.

Dock skulle flertalet medborgare rimligtvis även utan obligatorium vara beredda att betala för försäkring. En obligatorisk äldreomsorgsförsäkring skulle därför upplevas som en angelägen utgift och inte som ett belastande tvång, förutsatt att medborgarna kan lita på att de får säker tillgång till effektiv omsorg genom ett sådant system. Kalkylen för dem som överväger att flytta till ett land med marknadsstyrd vård skulle sannolikt visa att kostnaden för en vårdförsäkring i det nya landet blir ungefär lika dyr som den svenska obligatoriska avgiften.

Men som jag tidigare framhöll är det avgörande motivet för en obligatorisk försäkring inte att förstärka finansieringen, utan att nå en tydligare koppling mellan de inbetalningar som medborgarna gör till sin framtida äldreomsorg och de offentliga insatser som de kan räkna med i det avseendet. Den offentliga äldreomsorgen och sjukvården är ju ett slags försäkringssystem, som ska garantera hjälp när den behövs. Det vi betalat skatt (och försäkringsavgifter) för är tryggheten att veta att hjälp och stöd säkert kommer att ges om vi skulle behöva sådan. I dag lever inte de offentliga vårdsystemen upp till den garantin på samma sätt som försäkringsbolagen tvingas göra. En obligatorisk försäkring skulle, om den utformas rätt, tydligare ange vilken trygghet som medborgarna kan räkna med och därmed kan de också överblicka vilka eventuella kompletteringar de själva behöver göra. En sådan ordning borde också leda till att standarden på äldreomsorgen blev

likartad över hela landet, eftersom ett obligatoriskt försäkringssystem rimligtvis bör byggas upp på nationell basis.

4.3 Höjd effektivitet är både möjlig och nödvändig men...

Ökad sysselsättning och höjd effektivitet är önskade färdriktningar, oavsett om det finns ett långsiktigt finansieringsproblem eller ej. Det är sedan länge etablerade politiska ambitioner. De möter emellertid en motsträvig verklighet, inte minst i form av vedertagna traditioner och tankesätt. Svårigheten att bryta etablerade tankemönster för att nå högre sysselsättning har nyss berörts. Samma tröghet finns när det gäller att åstadkomma ökad effektivitet. Analyser av effektiviteten inom offentlig sektor visar genomgående en svag om ens någon höjning av den. De analyserna kontrasterar bjärt mot alla analyser som pekar på stora potentialer till ökad effektivitet. Medan man talar om effektiviseringsmöjligheter om tiotals procent visar de faktiska resultaten att effektiviteten blott ändrats med någon procent – upp eller ned.

Litteraturen om effektivitet avser oftast sjukvården och detta avsnitt har därför en slagsida åt det hållet.⁶⁰

Svag eller ingen produktivitetutveckling

I omfattande studier av produktivitetutvecklingen⁶¹ inom offentlig sektor under perioden 1960-1990 visas starkt fallande produktivitet under 1960-talet. Det fortsatta fallet under perioden 1970-1990 var något svagare. Fallet var kraftigast inom den kommunala verksamheten, och den minskande produktiviteten var särskilt omfattande när resurstilldelningen var stor.⁶²

Det finns indikationer på att tendensen till minskad produktivitet inom sjukvården bröts i slutet av 1980-talet. En ökad produktivitet registrerades, bland annat som en följd av nya

⁶⁰ Effektivitet definieras som måluppfyllelse – efterfrågat resultat – i förhållandet till resursinsats/kostnad medan produktivitet är mängden prestationer i förhållande till kostnad. Se exempelvis Ackerby (2008), s. 13 för en definition av de båda begreppen. För produktion som bjuds ut på en marknad betyder de båda begreppen samma sak. Distinktionen är emellertid viktigt inom offentlig sektor, där prestationerna inte värderas på en marknad.

⁶¹ Ibland används uttrycket kostnadseffektivitet i stället för produktivitet eftersom det är svårt att mäta värdet på det som produceras.

⁶² Murray (2006), s. 146 f.

styrmodeller. Den utvecklingen vände dock åter ned under 1990-talets mitt. Under de senaste åren har viss ökning av produktiviteten observerats.⁶³ Svag eller ingen produktivitet-utveckling dominerar således bilden under de senaste decennierna.

Om effektiviteten betraktas i termer av vilket värde som levererats till medborgarna/patienterna och inte enbart ur kostnadssynpunkt så har vården sannolikt blivit effektivare. Internationella jämförelser, som visar att Sverige upprätthåller en god vård till begränsad kostnad, kan vara ett belegg för den uppfattningen.⁶⁴ När effektiviteten mäts på det sättet, dvs. vilken effekt som åstadkoms, så indikeras höjd effektivitet. Däremot visar ett mer snävt kostnadsperspektiv inte någon sådan höjning.⁶⁵

Stora möjligheter till ökad effektivitet

Det finns en omfattande litteratur, inte minst internationellt, som pekar på vilka effektiviseringsmöjligheter som finns inom sjukvården. Bland de senaste svenska studierna där potentialerna kvantifieras, kan nämnas en departementspromemoria från 2005. Där bedöms effektiviseringspotentialen till minst 30 miljarder kronor över en tioårsperiod.⁶⁶

I en rapport från NUTEK anges att vården skulle kunna effektiviseras med 20 procent.⁶⁷ Två forskare vid Handelshögskolan i Stockholm, knutna till tankesmedjan Leading Health Care ställer sig bakom bedömning att det är möjligt att nå betydande effektivisering genom organisatoriskt nytänkande. Flertalet indikationer landar i att effekten av lyckade projekt ligger i nivån 15–20 procent, vilket också är vanliga siffror från industrin.⁶⁸

I skriften *Den sjuka vården* framhålls att Sverige har mycket goda personella resurser, men lägst antal patientbesök per läkare bland OECD-länderna. Mellan 50 och 80 procent av personalens tid används till administration, kommunikation och möten.⁶⁹

⁶³ Jönsson m fl SNS 2004, s. 37 ff. och *Kommer vi att ha råd med sjukvården* (2005), s. 42 f. samt Ackerby (2008), s. 46.

⁶⁴ Sveriges Kommuner och Landsting (2008 a).

⁶⁵ Se Ackerby (2008), s. 31 för en diskussion om de förhållandena. Ett försök att väga samman kostnads- och kvalitetsutvecklingen finns i Ds 1994:22.

⁶⁶ Ds 2005:7.

⁶⁷ NUTEK (2008).

⁶⁸ Helgesson – Winberg (2008), s. 27.

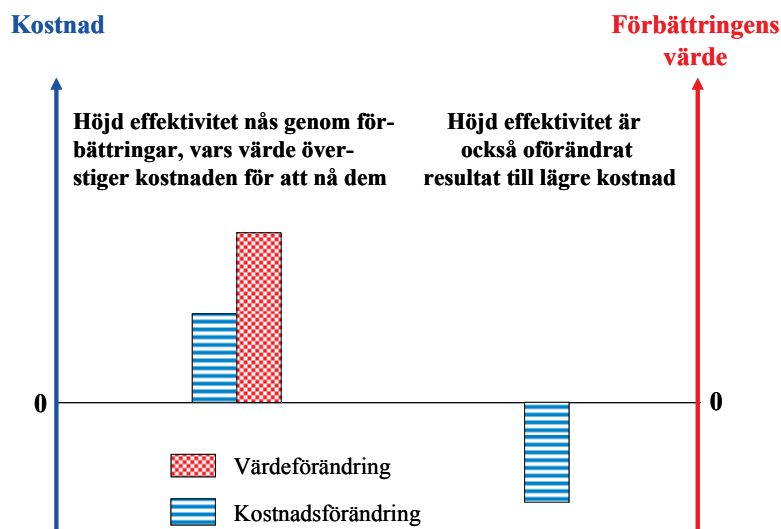
⁶⁹ Fölster m.fl. (2003).

Ökad effektivitet – problem eller möjlighet?

Allmänt gäller att effektivitet handlar om efterfrågat eller målsatt resultat i förhållande till kostnaden för att nå detsamma. Inom marknadsstyrd verksamhet kan efterfrågat resultat mätas. Det handlar om hur resultatet värderas på marknaden. Vad är konsumenterna beredda att betala för den nya bilmodellen, eller vad är sjukvården beredd att betala för den nyutvecklade medicinen? Produktivitet blir lika med effektivitet. Det blir svårare med skattefinansierad verksamhet. Hur ska förbättringar där värderas och av vem? Det finns inga enkla svar på de frågorna, uppmärksamheten knyts i stället till kostnaderna. Det ligger då nära till hands att tolka minskade kostnader som ett uttryck för ökad effektivitet.

Den allmänna produktivitetsutveckling som sker i ekonomin handlar emellertid i huvudsak om förbättringar. Företagen på marknaden utvecklar bättre produkter som konsumenterna är beredda att betala mera för. De båda synsätten på effektivitet illustreras med följande bild.

Figur 1: Effektivitet på marknaden och inom skattefinansierad verksamhet



De tvärrandiga staplarna visar kostnader – ökade över nollinjen och minskade under samma linje. Den rutiga stapeln visar värdeökning. När man talar om högre effektivitet inom offentlig sektor förefaller det ibland vara den högra stapeln som är i åtanke, dvs. att oförändrat resultat åstadkoms till lägre kostnad. En ökad produktivitet inom näringslivet nås oftast enligt figurens vänstra staplar. Det betyder att ett företag bekostar produktutveckling och skapar högre värde. Kostnaderna ökar, men värdet av produkten ökar än mer. Priset på produkten kan öka mer än kostnadsökningen, eftersom kunderna värderar resultatförbättringen högre än de ökade kostnaderna.

En av de mest framgångsrika näringarna ur produktivitetssynpunkt under 1990-talet var transportmedelsindustrin. Den produktiviteten nåddes inte genom att reducera kostnader. Dagens Volvobil är sålunda reellt dyrare än 1970-talets hur man än räknar. År 1974 krävdes 11 månadslöner för att köpa en Volvo och år 2005 krävdes 16 månadslöner.⁷⁰ Men 2000-talets bil är mycket bättre

⁷⁰ Uppgifter från SKL:s välfärdsberedning.

enligt marknadens värdering. Affärsidén att göra allt billigare varianter av 240-modellen, hade knappast blivit en framgång.

I princip tillförs värde till vårdtagare på samma sätt. Ny teknik åstadkommer markanta förbättringar. Även sådant som fritt vårdval syftar till förbättringar för vårdtagarna. Det är långtifrån säkert att systemet med vårdval kommer att minska kostnaderna för vården. De kan mycket väl öka, men den vårdsökande upplever möjligheten att välja som något positivt och servicen kan förbättras. Om de förbättringarna värderas högre än eventuellt ökade kostnader så har ökad effektivitet åstadkommit.

Om förbättringar inte värderas, utan all fokus är på mätbara kostnader, riskerar förbättringar att upplevas som en börda om de medför ökade kostnader. Paradoxala förhållanden uppstår. En ny medicin eller operationsmetod, som utvecklats av företag och som upphandlas inom vården, tillför stor nytta till patienter men bokförs endast som en kostnad inom berörda landsting. Men i nationalräkenskaperna bokförs den utvecklingen inom berörda företag som höjd produktivitet. Och i företagets redovisning uppstår vinst. Det som på marknaden är en framgångsrik utveckling blir en ekonomisk börda för den offentliga sektorn.

Det förhållandet kan accentueras ytterligare om exempelvis en ny operationsmetod möjliggör att fler än tidigare kan opereras. Nya möjligheter till starroperationer är ett exempel på en sådan utveckling. Operationerna kan utföras utan inläggning på slutenvård och fler kan opereras, vilket naturligtvis sänkte kostnaderna för varje operation. Antalet utförda starroperationer fördubblades mellan åren 1990 och 2002, vilket är en markant värdeökning för berörda patienter. Men kostnaderna för att utföra fler operationer ökade i en omfattning som inte kunde mötas med resurstillskott. Köerna växte.⁷¹ Förbättringen blev ett ekonomiskt problem.

Nya möjligheter inom vården, som hejdar svåra sjukdomar hos äldre människor, kan leda till längre liv för patienter men kravet på äldreomsorg ökar. Det vill säga höjt värde för patienter men höjda kostnader för både kommun och landsting. Det finns naturligtvis exempel på insatser som både leder till högre värde och minskade kostnader. Ny magsårsmedicin är ett exempel på en effektivisering som både medfört högre värde och reducerade kostnader. Patienterna slapp operation och sannolikheten för tillfrisknande ökade samtidigt som kostnaden för slutenvård minskade.⁷²

⁷¹ Landstingsförbundet (2003), s. 9.

⁷² *Genomgången av läkemedel mot sjukdomar orsakade av magsyra*. Slutrapport.(2006).

Om det övergripande kravet är att en mycket begränsad anslagsnivå ska hållas så kan effektivisering utgöra ett problem. Utveckling och förbättringar måste nämligen begränsas till sådant som medför kostnadsreduceringar eller på sin höjd oförändrade kostnader. En sådan restriktion kommer att hämma utvecklingen mot förbättringar. Om utgångspunkten i stället är att allt bättre resultat ska tillhandahållas, blir effektivare verksamhet en möjlighet att nå den ambitionen till begränsade kostnader.

Höjd effektivitet kräver både utveckling och avveckling

Framgångsrik effektivisering ska utgå ifrån patientens/medborgarens behov och åstadkomma förbättringar, samtidigt som kostnader, som inte tillräckligt bidrar till sådana förbättringar eller på annat sätt skapar värde för patienten/medborgaren ska avvecklas.

Visst kan rena besparingsprogram ibland vara nödvändiga. Sådana sätts ofta igång av företag, som verkar på marknaden, för att stärka konkurrenskraften. Dock måste företagen hela tiden beakta resultatet. Det får inte försämrats, då riskerar de att tappa i stället för att vinna konkurrenskraft. Och företagens resultat värderas och mäts kontinuerligt på marknaden.

I besvärliga tider ställs ofta särskilda krav på besparingar inom offentlig sektor. Dock finns risken att sådana kan leda till sämre resultat på grund av alltför stor fokusering på att minska kostnaderna och alltför lite uppmärksamhet på de resultatförsämringar som olika besparingsåtgärder kan leda till. Om så är fallet kan effektiviteten rentav minska.⁷³

SKL har fångat upp ett modernt sätt att se på effektivitet i skriften *Effektiviseringsstrategier i landstingen*. Sju strategier baserade på vunna erfarenheter inom vården beskrivs. Strategierna tar inte sikte på att enbart sänka kostnaderna utan utgår ifrån ett patientperspektiv. En första strategi är att främja hälsa och förebygga sjukdom eftersom förebyggande insatser ofta är mer effektiva än sjukdomsbehandling. Andra strategier är ständiga förbättringar av rutiner och processer, förbättrat IT-stöd, tydligare uppdrag och utvecklade ersättningssystem samt uppföljning och jämförelser. Avslutningsvis pekas på det man kallar den nya generationen effektiviseringsstrategier. De fokuserar på att

⁷³ Cederqvist (2008), s. 152 framhåller den aspekten.

åstadkomma allt bättre patientresultat, vilket förutsätter ett processorienterat och gränsöverskridande förhållningssätt.⁷⁴

Vi vill, vi kan, vi måste, men.....

Det finns således stora effektiviseringspotentialer. De ansvariga anser också att effektivisering är viktigt och de vet i princip hur de ska göra för att förverkliga potentialerna. Trots detta uteblir mätbar effektivisering eller går långsamt. Den avgörande frågan är således vad som krävs för att effektiviseringen ska skjuta fart.

Ska effektivisering vara ett verksamt medel för att möta medborgarnas ökande efterfrågan så måste den drivas med ännu större kraft än tidigare. Det räcker inte med antagandet att effektivitetsökningen historiskt uppgår till några tiondels promille per år och sedan reducera det framtida finansieringsbehovet med det promilletalet. Om det verkligen funnits en effektivitetsutveckling tidigare så ligger den inbakad i förutsättningarna inför framtiden. Långtidsutredningarnas förutsättningar är ju oförändrad politik och oförändrat beteende. Något nytt måste tillföras om effektivitetsförbättring i större utsträckning än tidigare ska bidra till att tillgodose medborgarnas ökande efterfrågan.

Det krävs ett brett effektiviseringsprogram som drivs med stor kraft

Tidigare varnade jag för att ensidigt se effektivisering som en fråga om kostnadsänkning. När det gäller att åstadkomma höjd effektivitet kan också en viss ensidighet observeras – organisatoriskt nytänkande och processutveckling betonas ofta.⁷⁵ Det beror antagligen på att stora och omedelbara kostnadsänkningar förväntas nås genom sådana åtgärder. Ökad effektivitet kräver emellertid en bredare ansats. Jämförelser kan göras med ekonomin i stort. Under 1990-talet mer än fördubblades produktivitetstillväxten i svensk ekonomi. Under 1980-talet uppgick den till 1,3 procent per år för att sedan öka till 2,7 procent

⁷⁴ *Effektiviseringsstrategier i landstingen* (2006). En fråga som infinner sig är varför den medicintekniska utvecklingen inte finns med som strategi. Är det måhända ett tecken på att sådana förbättringar huvudsakligen betraktas som kostnader?

⁷⁵ I den tidigare nämnda NUTEK-rapporten, som identifierar potentialer om 20 procent, talas om organisatoriska innovationer. Analysen avser hur ändrad hantering och högre grad av samverkan skulle kunna åstadkomma snabbare och mindre kostnadskrävande behandling.

per år under perioden 1994-2005⁷⁶. Vad berodde denna utveckling på och har vi något att lära av den när det gäller att effektivisera produktionen av välfärdstjänster?

När den svenska produktivitetens utvecklingen kring sekelskiftet ska förklaras framhålls inte bara organisatoriska innovationer och processutveckling utan också det ökat omvandlingstryck, strukturutvecklingen, investeringar och teknisk utveckling samt kompetenshöjning.⁷⁷ Härutöver bör tillväxtpolitikens stabilitet och långsiktighet betonas. Genomförda tillväxtpolitiska åtgärder har inte ändrats vid maktskiftet i någon avgörande grad. Det är den åtgärder av den typen som krävs om produktion av välfärdstjänster ska effektiviseras. Följande tabell indikerar med några nyckelord en sådan jämförelse.

Tabell 4.1 Svensk produktivitet och effektiv produktion av välfärdstjänster

Drivkrafter till effektivitet	Sverige sent 1900-tal	Vård, omsorg och skola
Omvandlingstryck	Ökad konkurrens inom Sverige och internationellt genom att devalveringspolitiken övergavs, avreglering, EU-anslutning	Målsatt krav på effektivitet och uppföljning av målen, tydligt resultatansvar, incitament som uppmuntrar effektivitet, ersättningsystem, jämförelser, valmöjligheter.
Strukturumvandling	Outsourcing, överflyttningvinster, koncentration.	Effektiv struktur, alla gör inte allt och mycket är gemensamt för alla.
Processutveckling	Processorientering, Lean Production.	Patientflödesorienterat arbetssätt
Investeringar, teknisk utveckling	Växande kapitalstock, IT m.m.	Medicinskteknisk utveckling, IT, m.m.
Kompetens	Mer välutbildad arbetskraft.	Kompetenshöjning, "rätt" kompetens för uppgifterna
Långsiktighet, stabilitet	Reformerna 1985-1995 består, avpolitisering.	Långsiktighet, accepterande roller, fast ledning av utvecklingsverksamheten.

De nämnda förhållandena inom den högra kolumnen pågår eller diskuteras. Produktionen av välfärdstjänster utsätts sålunda idag för ett omvandlingstryck genom jämförelser och öppenhet, ökade

⁷⁶ SOU 2004:11, s. 73 och SOU 2008:108, s. 50.

⁷⁷ LU08 och olika bilagor diskuterar olika förklaringar. Se exempelvis SOU 2008:108, kapitel 3. Se också McKinsey-rapporten *Sveriges ekonomiska välstånd. Utveckling, nuläge och prioriteringar inför framtiden* (2006).

valmöjligheter skapar konkurrensliknande förhållanden. Effekterna av olika ersättningsssystem har utretts vid flera tillfällen.⁷⁸ Vårdens struktur är en mycket aktuell diskussionsfråga.⁷⁹ Och inom projektet nationell IT-strategi strävas efter just en gemensam IT-strategi.⁸⁰ Den medicintekniska utvecklingen är en ständigt aktuell fråga inom vården. Likaså diskuteras fortlöpande vilken kompetens som krävs.⁸¹ Det finns goda exempel på långsiktig och gemensam ledning av utvecklingsprojekt mellan stat och kommun. De gemensamma ansträngningarna att nedbringa vårdköerna är ett sådant exempel. Men alla goda ansatser har uppenbarligen inte räckt för att skapa en långsiktigt mätbar höjning av effektiviteten.

De olika åtgärderna som indikerats i sammanställningen ovan skulle kunna utgöra grundstommen till ett samlat utvecklings- och effektiviseringsprogram. Ett sådant behöver utarbetas på ett systematiskt sätt och det ska utgå ifrån den utvecklingsverksamhet som redan bedrivs – centralt och lokalt. Det bästa får inte bli det godas fiende. Om ett sådant program verkligen kommer att genomföras på ett framgångsrikt sätt beror på hur det leds. På varje punkt måste den centrala och lokala nivån samspela på ett konstruktivt sätt. Varje förslag om utveckling och förbättring av vård omsorg och skola förutsätter regelmässigt nära samverkan mellan regering, centrala myndigheter och kommuner, ofta företrädna av SKL. Det kommer att gälla i än högre grad om ett ambitiöst utvecklings- och effektiviseringsprogram ska genomföras. Finns de förutsättningarna?

De konflikter som finns mellan regering och riksdag och kommunsektorn och som återkommande dyker upp bådär inte gott.⁸² I en fråga, som är viktig för den framtida effektivitetsutvecklingen, råder olika uppfattning mellan regeringen och kommunalvärlden. Det gäller den övergripande strukturen för sjukvården – antalet regioner och deras storlek. Å andra sidan finns

⁷⁸ En aktuell översikt och diskussion om möjligheterna att förbättra det svenska systemet finns i skriften från Sveriges Kommuner och Landsting (2008 e).

⁷⁹ För en aktuell diskussion av dessa frågor se Socialstyrelsen (2008).

⁸⁰ Se exempelvis Sveriges Kommuner och Landsting (2008 d).

⁸¹ Ett exempel på behovet av kompetensutveckling finns i SOU 2008:126.

⁸² Den motsatsställningen framgår på flera sätt genom olika uttalanden. Ett exempel är uttalandet att socialdemokratin är två partier – ett riksdagsparti och ett kommunalparti och dessa talar inte med varandra. Ett annat exempel är kommunalrådet, tillhörandet ett av regeringspartierna, som gärna ville se samlade åtgärder på nationell nivå för att hantera framtida finansieringsproblem. Hon ansåg dock att regeringen lägger sig i alldeles för mycket och ville därför att SKL skulle genomföra sådana aktiviteter. Borg (2009), s. 72 o 60.

också exempel på gemensamma utvecklingsinsatser. Några av dem nämndes ovan.

Ett genomgripande program för framgångsrik effektivisering inom en stor organisation eller koncern kräver alltid den högsta ledningens stöd och engagemang. Ibland talas därför om behovet av en koncernledning eller en utvecklingschef för vården, vilket förutsätter sammanslagning till en enda organisation.⁸³ Nackdelen med "koncernledningstanken" är att diskussionen den närmaste tiden kommer att röra en organisationsfråga och inte hur verksamheten ska göras effektivare. Tendensen att lösa lednings- och verksamhetsfrågor genom organisationsförändringar är tyvärr alltför vanlig.

Det gäller därför att hitta en väg som driver fram ökad effektivitet utan att man fastnar i en diskussion om organisation. Det gäller att ta fasta på de positiva erfarenheterna av samarbete som finns, men samarbetet måste bli än bättre och inriktas mot att driva utvecklingen med större kraft.

Två förhållanden brukar återkomma när möjligheterna att nå högre effektivitet inom vården diskuteras. Det ena är att det ytterst handlar om politikerstyrd verksamhet. Det andra följer av att vården är en traditionsstyrd verksamhet med starka professionella grupper.

Politikens målbild är komplex, många hänsyn ska tas. En företagsledare har den dominerande uppgiften att se till att företaget är effektivare än konkurrenterna. Därför genomförs åtgärder som är nästan omöjliga inom offentlig sektor. Ett företag kan exempelvis lägga ned lönsam verksamhet för att på annan plats nå än högre lönsamhet. Lokaliseringsbeslut inom offentlig sektor är betydligt mer komplicerade.

Kommunals före vice ordförande Lars Åke Almqvist har karakteriserat problemet enligt följande.

Politikerna är ovana vid att tänka i termer av att det gäller att använda befintliga resurser på mest effektiva sätt. De glömmer bort att de är arbetsgivare. De ser sig som företrädare för sitt parti, men de ska faktiskt se till att den verksamhet de ansvarar för till låg kostnad levererar det som medborgarna vill ha. Varenda skattekrona ska användas på bästa sätt, men det är inte deras ingång.⁸⁴

⁸³ Cederqvist – Ihse (2008) för fram den tanken. En aktuell diskussion om nya förutsättningar för vårdens styrning och organisering finns i Öhrming (2008).

⁸⁴ Borg (2009), s. 88.

Vilka effektiviseringsvinster kan nås?

Det är i betydande utsträckning personliga tjänster det här handlar om. Kvaliteten avgörs ofta av den tid som personalen kan ägna åt sina vårdande och undervisande uppgifter. Olika tjänsteområden inom ekonomin har dock utvecklats med betydande produktivitetsökning. Kreditinstitut och försäkringsbolag har haft en produktivitetsutveckling på 1,7 procent årligen under perioden 1980-2005. I USA, där utbildning, hälsa och sjukvård i betydande omfattning är marknadsstyrda verksamheter, uppvisar de områdena en produktivitetsutveckling på 0,6 procent under perioden 1980-2005.⁸⁵

Hur mycket bättre kan det här tjänsteområdet bli genom ett konsekvent genomfört utvecklingsprogram? När man talar om en 15-20-procentig effektivitetsökning, så anges inga tidsperspektiv. Om en sådan ökning uppstår under en tioårsperiod så motsvarar det en årlig ökning med ca 1,5 procent. Det är dock knappast särskilt realistiskt för alla delar av välfärdstjänsterna. Låt oss säga att hälften av dem kan utvecklas mot så hög effektivitetsförbättring. Produktionen av välfärdstjänster är också en mycket omfattande verksamhet med normer och vanor rotade i en lång tradition. Kanske krävs två decennier för att nå fram till ett nytt arbetssätt. Med de båda förutsättningarna faller den årliga effektivitetsökningen ned till 0,3-0,4 procent.

En effektivitetsökning på 0,3 procent reducerar ett framtida finansieringsbehov med cirka 30 miljarder kronor (se bilaga). Som tidigare nämdes är en annan bedömning att effektiviseringspotentialen inom vården skulle uppgå till 30 miljarder kronor under en tioårsperiod.⁸⁶

Den teoretiska potentialen för ökad effektivitet inom den här aktuella sektorn är säkert stor, kanske uppemot 1 procent per år. Den praktiskt nåbara är åtskilligt mindre och den beror på den kraft och den skicklighet med vilken utvecklingen av effektiviteten drivs. I det följande utgår jag ifrån en effektivitetsökning som är större än under tidigare period och att den reducerar det framtida finansieringsbehovet om 150 miljarder kronor med 30 miljarder.

⁸⁵ SOU 2008:108, s. 48.

⁸⁶ Ds 2005:7.

4.4 Omfördelning inom offentlig sektor

Omfördelning inom offentlig sektor för att lösa finansieringsproblemet kan åstadkommas på åtminstone två sätt. Det ena är en tidsmässig omfördelning. Över- och underskott i de offentliga finanserna används för att hantera skiftande utgiftsbehov. Den andra möjligheten är en mer långsiktig – strategisk – omfördelning. Vissa utgiftsområden prioriteras högre än andra och dessa tillförs konsekvent mer resurser på bekostnad av lägre prioriterade områdena. En långsiktig ny inriktning av den offentliga utgiftsstrukturen eftersträvas i det fallet.

Välfärdens finansieringsproblem kan inte lösas genom tidsmässig omfördelning

Nuvarande överskottsmål innebär att de offentliga finanserna ska uppvisa ett överskott på 1 procent under en konjunkturcykel. Det motiveras bland annat med de ökande krav på resurser som följer av en åldrande befolkning. För närvarande diskuteras rimligheten i detta överskottsmål och hur det ska utformas.⁸⁷ Det nuvarande överskottsmålet kan dock inte lösa frågan om välfärdens långsiktiga finansiering. Det finns två skäl till den bedömningen.

Det ena rör det förhållandet att det inte handlar om en framtida ålderspuckel. Den kontinuerligt ökande livslängden gör att befolkningen ständigt blir äldre. Under de närmaste årtiondena är denna utveckling särskilt ogynnsam för de offentliga finanserna. Men den perioden följs inte av en återgång till tidigare nivåer utan av perioder med långsammare utveckling – såvida inte familje- och invandringspolitiken ändras radikalt – som också är ogynnsam ur finansieringssynpunkt.

Det andra skälet är att den ökade efterfrågan på välfärdstjänster inte enbart baseras på demografin. Och det finns ingen anledning att tro att den efterfrågan som inte beror på demografin ska vara tillfällig.

Överskott i de offentliga finanserna kan skapa råd- och andrum när det gäller att hantera det långsiktiga finansieringsproblemet, men erbjuder ingen långsiktig lösning av det.

⁸⁷ Se Finanspolitiska rådet (2008) för en utförlig diskussion om överskottsmålet och finansieringen av den framtida välfärden.

Långsiktig strategisk omfördelning

Det är mycket svårt att diskutera en överföring av resurser från andra delar av den offentliga sektorn till området välfärdstjänster. Det förefaller godtyckligt att ta resurser från andra områden, som i de flesta fall också har goda skäl för att önska mera resurser. Men om politiken ställs inför en utveckling mot alltför låg standard hos den offentligt finansierade vården, omsorgen och skolan så blir det rimligt att fråga sig om det finns andra områden som inte är lika angelägna och som långsiktigt skulle kunna minska till förmån för tjänsteområdet.

Om vi utgår ifrån att det inte finns obehövlig offentlig verksamhet så blir en långsiktig neddragning inom ett område en fråga om att medborgarna själva måste ta ansvar i samma grad som det offentliga engagemanget minskar. Ökat medborgaransvar kan då accepteras inom områden där medborgarna har realistiska möjligheter att själva tillgodose sina behov och viss olikhet mellan medborgarna kan accepteras

Dessa både kriterier har sin grund i de bedömningar som legat bakom det offentliga engagemanget. Vissa uppgifter – till exempel inre och yttre säkerhet – kan inte den enskilde säkerställa för sina egna behov. Verkligheten sätter således i den meningen vissa gränser för möjligheterna att reducera de offentliga insatserna.

Värderingarna sätter andra gränser. Skolpolitiken har exempelvis syftat till att allmänt höja kompetensnivån i landet, och en grundläggande princip har varit att alla barn ska få likvärdig utbildning. Tanken att sådana värderingar skulle överges framstår som främmande.

Om det offentliga utgiftsområdet betraktas mot bakgrund av dessa båda kriterier, blir slutsatsen att stora delar av den offentliga konsumtionen och investeringarna kan inte enskilda medborgare svara för själva. Det gäller sådant som försvar, rättstatens uppgifter, infrastruktur och allmän förvaltning som skatteuppbörd och samhällsplanering. Det finns naturligtvis offentliga konsumtionsområden där medborgarna skulle kunna ta ökat finansieringsansvar. Det skulle kunna gälla avgifter vid vägtrafik och högre utbildning. Kulturkonsumtionen skulle möjligen kunna finansieras privat i ökad utsträckning. Möjligen skulle sådana inkomster kunna tillföras de här aktuella områdena. Å andra sidan har offentlig konsumtion allmänt hållits tillbaka sedan 1980-talet och då är det

kanske inte realistiskt att förutsätta att andra offentliga konsumtionsområden ska finansiera vården, skolan och omsorgen.

De delar av socialförsäkringssektorn som kompenserar för förlorad arbetsinkomst skulle medborgarna, i någon mån kunna svara för själva. Parterna på arbetsmarknaden har delvis tagit ett sådant ansvar. De system de byggt upp kompletterar de offentliga systemen. Dessutom tolkas begreppet likvärdighet inom det här aktuella försäkringsområdet så att det är just förlorad arbetsinkomst som ska ersättas vid ålderdom, sjukdom och arbetslöshet. Det underlättar för parterna att sluta avtal om ersättning vid inkomstbortfall. Det skulle säkert ha varit svårare om det hade gällt att sluta avtal om ersättningar som markant avvek från inkomsten.

De här nämnda förhållandena har säkert varit bakgrunden till en pågående diskussion om överföring helt eller delvis av vissa offentliga försäkringssystem till parterna på arbetsmarknaden. Saco är öppen för att stora delar av dessa försäkringssystem skulle kunna överföras till parterna. Företrädare för Svensk Näringsliv betecknar emellertid en sådan överföring som en död tanke. Socialdemokraternas talesperson i dessa frågor – Ylva Johansson – är emot en överföring av befintliga åtaganden, men kan tänka sig att parterna tar ansvar för nya insatser och samhället skapar incitament för sådant ökat ansvar.⁸⁸ Förra socialministern och folkpartiledaren Bengt Westerberg föreslår att sjukförsäkringen successivt privatiseras.⁸⁹ Frågan diskuterades i förra långtidsutredningen (LU04) och den kom till slutsatsen att en privatisering av de nuvarande socialförsäkringarna enbart ger bidrag av engångskaraktär när det gäller att lösa till det långsiktiga finansieringsproblemet som här diskuteras.⁹⁰

En överföring av det här slaget är uppenbarligen en tanke som kommer att leva vidare. Den fråga som uppstår i detta sammanhang är i vilken omfattning som en sådan åtgärd skulle bidra till den långsiktiga finansieringen. Ingen förefaller ha tänkt sig att de skattefinansierade försäkringarna ska bli helt frivilliga. Om det istället för skattefinansiering blir fråga om obligatoriska försäkringsavgifter så är skillnaden inte särskilt stor mot dagens ordning. Åtminstone går det inte att förutsätta att varje minskning

⁸⁸ Se intervju med Anna Ekström och Stefan Fölster och Ylva Johansson i Borg (2009), ss. 52, 63 och 97.

⁸⁹ Westerberg (2008).

⁹⁰ SOU 2004:19, s. 153.

av skattefinansieringen skapar utrymme för att överföra frigjorda skattemedel till välfärdstjänsterna.⁹¹ I det här sammanhanget finns inget underlag för att beräkna något möjligt bidrag till den framtida finansieringen av välfärdstjänster.

4.5 Ökat medborgaransvar kräver öppenhet och nytänkande

Ökat medborgaransvar blir nödvändigt

Utgångspunkten är att 150 miljarder kronor ska tillföras konsumtionsområdet välfärdstjänster fram till 2030. De hittills redovisade räkneexemplen – avseende flera arbetade timmar och höjd effektivitet – möjliggör en förstärkning av den offentliga konsumtionen med halva den summan. Kalkylerna kan diskuteras och jag har antytt flera möjligheter än de beräknade för att förstärka den offentliga finansieringen. Oaktat detta vågar jag dra slutsatsen att framtidsproblemet kommer att kräva ett betydande inslag av ökat medborgaransvar.

Med uttrycket ökat medborgaransvar avses det förhållandet att enskilda medborgare eller grupper av sådana tar ett eget ansvar för välfärdstjänster vid sidan av det offentliga ansvaret. Ökat medborgaransvar kan därmed avlasta den offentliga ekonomin. Därför aktualiseras denna fråga när den långsiktiga finansieringen övervägs. Medborgarna är dock olika och har skiftande förmågor att ta eget ansvar. Invändningen mot ökat medborgaransvar är därför att ett sådant kan urholka principen om att alla medborgare ska behandlas på ett likvärdigt sätt. Det gäller att balansera dessa båda motstridiga förhållanden. Ökat medborgaransvar och olikhet kan innebära ett hot mot välfärdsstaten, men det kan också vara en möjlighet att stärka den.

Ökat medborgaransvar – hot mot eller förstärkning av välfärdsstaten

Tankemässigt lever politiken kvar i den välfärdspolitiska expansionsperiod som upphörde under 1980-talet. Detta trots att

⁹¹ Westerberg (2008), s. 131 räknar med att hans förslag kan leda till att ett utrymme för offentlig konsumtion på 25-30 miljarder kr kan frigöras. Beloppet motsvarar i stort de offentliga utgifterna för sjukpenning enligt Försäkringskassan (2007), s. 18. Om den summan ograverat ska tillföras välfärdstjänster utan att förändringen helt eller delvis betraktas som en skatthöjning så måste sjukpenningförsäkringen göras helt frivillig. Och det är nog få som tänkt sig.

en politik mot ökat medborgaransvar faktiskt har genomförts sedan 1990-talet. De olika åtgärderna har emellertid inte motiverats på det sättet. Det är över huvud taget svårt att tala om ökat medborgaransvar just av det skälet att tanken är låst till ökat offentlig ansvar.⁹² Vid pensionsreformen fick medborgarna ett tydligt ökat ansvar, men reformen presenterades inte på det sättet.

Ett annat exempel är den allmänna sänkningen av förmånsnivåerna inom socialförsäkringarna. De skedde under 1990-talskrisens täckmantel. De sänkningar som gjordes för att hantera krisen återställdes i liten utsträckning när krisen var över. De omprioriteringar som gjorts under senare år inom äldreomsorgen har lett till ökat medborgaransvar utan att de föregåtts av någon allmän debatt.

Varje förslag om att begränsa det offentliga åtagandet möts av invändningen att vissa grupper har svårt att ta ökat ansvar. Likabehandlingen har blivit det avgörande värdet mot varje tanke på ökat medborgaransvar. Den frågan måste därför upp till debatt. Det går inte att smyga fram ökat medborgaransvar för välfärdstjänsternas finansiering.

Samtidigt som samhällsutvecklingen inom flera områden kräver ökat medborgaransvar så diskuteras detta knappast inom välfärdspolitikerna. Utbildningspolitiken inriktas på att utbilda ungdomar för att kunna ta ökat ansvar i arbetslivet. Demokrati och medborgaransvar för landets styre betonas. Men ledande företrädare för olika partier vågar knappast ens antyda att medborgarna kommer att behöva ta ökat ansvar för sin välfärd. Denna låsning måste brytas om vi på ett rimligt sätt ska kunna hantera framtiden.

Innebörden av likabehandling är en produkt av historien

Varje välfärdssystem skapar sina regler om innebörden av begreppet likabehandling och de ändras och växer fram under en historisk process.

Inom socialförsäkringssystemet betyder likabehandling att medborgarna ska kompenseras för inkomstbortfall. Därmed kan kompensationen i absoluta tal bli mycket olika för olika individer.

⁹² I slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet var den förhärskande uppfattning den motsatta. Staten skulle inte engagera sig i sociala frågor. Det tog flera decennier innan det tankemässiga motståndet mot sociala reformer hade brutits ned. Dessa frågor diskuteras i Borg (2006), vilken också är underlag för diskussionen i detta avsnitt.

Den som tjänar mest får – inom vissa gränser – mest kompensation. De olikheter som skapas på löne marknaden accepteras och projiceras till viss del in i socialförsäkringssystemet. Den tolkningen av likabehandlingsprincipen förefaller i dag närmast självklar. Så var det inte för några decennier sedan. Efter en politisk strid, främst inom socialdemokratin, valdes inkomstbortfallsprincipen under 1950-talet. Alternativet var att ge samma ersättning vid exempelvis sjukdom till alla. Vissa gränser finns i dag för kompensationen. Höga löner kompenseras inte. Debatten i dag handlar om huruvida dessa spärrar ska modifieras så att än större löneskillnader accepteras i socialförsäkringssystemen. Med en värdering från 1950-talet kan man säga att det nu argumenteras för ökade olikheter. Och en drivkraft för sådan ökad olikhet är ambitionen att stärka socialförsäkringssystemen.

Gör tankeexperimentet att den andra tolkningen av likabehandlingsprincipen – ministandardsprincipen – hade vunnit. Då hade pensionerna bestått av lika pension till alla och samma ersättning till alla vid sjukdom och arbetslöshet. Med den förutsättningen hade medborgarna fått ta stort eget ansvar för sin inkomsttrygghet. En sektor med omfattande privat finansiering hade vuxit fram. Den tolkning av likabehandlingsprincipen som gjordes under 1950-talet – och som accepterade inkomsts skillnader – stärkte utan tvekan välfärdsstaten.

En omtolkning av inkomstbortfallsprincipen gjordes i samband med principbeslutet om nytt pensionssystem år 1994. ATP-systemets garanterade förmånsnivåer övergavs. I stället knöts förmånerna till ekonomins utveckling, antalet pensionärer och individens livsinkomst. Bättre ekonomisk utveckling, färre pensionärer och hög inkomst under hela arbetslivet leder till högre pensioner. Den motsatta utvecklingen leder till lägre pensioner. Det är lätt att hitta grupper som förlorar på den förändringen och den lägger ett större ansvar på medborgarna. Men det var en anpassning till en ny verklighet och den anpassningen förbättrade pensionssystemet i den meningen att det blev mer robust och uthålligt. Välfärdsstaten stärktes.

Inom sjukvården ska insatserna i absolut mening vara lika. Samma sjukdomar hos olika medborgare ska behandlas på likvärdigt sätt. I hälso- och sjukvårdslagen stipuleras att målet är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Hos tandläkaren är vi dock kunder och behandlingen blir i betydande omfattning beroende på om vi kan betala för oss. Behöver vi

glasögon hamnar vi helt utanför välfärdspolitiken. Inom det området styr marknaden.

Inom skolområdet ska alla barn upp till en viss nivå få samma utbildning. När den har passerats kan utbildningsinsatserna variera mellan olika medborgare. Alla ungdomar förutsätts exempelvis inte gå igenom universitets- eller högskoleutbildning. Endast en del av dem får den förmånen. När vi når så långt som till forskarutbildning råder ett rent elitistiskt system. Resurserna satsas inte på dem som har störst behov utan på dem som har störst förmåga att tillgodogöra sig stödet – de allra bästa. Dessa skillnader inom utbildningsområdet anses inte strida mot likabehandlingsprincipen.

Staten kan likaså visa upp helt olika attityd till de medborgare som själva vill ta ansvar. Helt skilda inställningar tolereras inom ramen för likabehandlingsprincipen. Inom pensionsområdet uppmuntras sådana insatser genom förmånlig beskattning. Det gäller så kallade avtalsförsäkringar och privata pensionsförsäkringar. Liknande ansträngningar inom sjukvårdsområdet motarbetas. Ambitionen där är att förhindra ”gräddfiler”. Om en äldre medborgare får hjälp av en släkting med omsorgstjänster så talar vi inte om gräddfil. Detta trots att en olikhet skapas i förhållande till de hjälpbehövande medborgare som inte är lyckliga nog att ha en tjänstvillig släkting. Olikheten uppmuntras till och med genom att anhörigas insatser ges offentligt stöd.

Likabehandling är således en allmänt hållen strävan med skilda betydelser. Innebörden av principen sammanhänger med hur olika system vuxit fram. Sjukvården har sin tradition av likabehandling. Om människor hade vant sig vid att deras behov av glasögon bestämdes offentligt och finansierades via skattsedeln så skulle ett förslag om att överlämna den försörjningen till marknaden ha mött mycket starka invändningar.

Hade minimistandardprincipen i stället för inkomstbortfallsprincipen blivit riktgivande för socialförsäkringarna hade den säkert accepterats som en riktig tillämpning av likabehandlingsprincipen och debatten i dag hade sett helt annorlunda ut.

Det förhållandet att den rådande ordningen upplevs som den rätta är en naturlig och önskvärd attityd. Om motsatsen gällde – flertalet medborgare ansåg att välfärdssystemen behandlade dem på ett felaktigt sätt – så skulle systemen inte fungera. Respekten för och acceptansen av politiken skulle vara för låg. Problemet uppstår när systemen behöver ändras i betydande omfattning. Då hamnar

de föreställningar som vuxit fram inom de etablerade systemen i konflikt med kraven på förändring.

I praktiken finns betydande olikheter

Likabehandling kan således formellt betyda olika saker inom olika områden. Härtill kommer att betydande skillnader kan uppstå när principerna ska översättas till praktisk verksamhet. Ett par exempel får illustrera de olikheter som uppstår trots ambitiösa principer om likvärdig behandling.

Mer än en fjärdedel av dem som går ut grundskolan har inte de kunskaper som anses vara minimum för att fungera i samhället.⁹³ Varför accepterar vi denna olikhet, som innebär att tiotusentals barn varje år lämnar den obligatoriska skolan utan att vara tillräckligt föreberedda för ett liv i det moderna samhället? Det är politikens smala lycka att de grupper som på detta sätt inte får fullvärdig utbildning inte vill eller kan ta saken i egna händer. För om någon av föräldrarna till de barn som inte får fullvärdig utbildning skulle vilja betala själv för bättre utbildning skulle denne förälder mötas av beskedet att detta inte är tillåtet. Det offentliga klarar således inte av sitt åtagande, men hindrar samtidigt den enskilde att själv lösa uppgiften. En av svagheter i dagens välfärdspolitik framstår i särskilt stark relief.

Det andra exemplet hämtas från vården. En patient med remiss för behandling av elakartad tumör i öron, näsa eller hals kan få vänta på behandling i en och en halv månad i en del av landet och mer än tre månader i en annan del av landet.⁹⁴ Även den kortare väntetiden måste uppfattas som lång för den som upplever sig bära på en livshotande sjukdom. Men att många människor ska vänta dubbelt så lång tid på behandling framstår som en oacceptabel skillnad. Härtill kommer att vårdens insatser inte bara skiljer sig för medborgare i olika delar av landet utan också att socialt utsatta får annorlunda eller sämre vård än mer välbeställda samhällsgrupper.⁹⁵ I vissa fall kan det vara möjligt för den som står i en lång kö eller vill få en bättre behandling att lösa problemet genom egen finansiering. Men den åtgärden försvåras genom att personen ifråga får betala hela behandlingen själv. De ”försäkringspremier” i form

⁹³ Omdömet finns i Norberg (2003), s. 11. Därefter har någon förbättring rapporterats. Se Sveriges Kommuner och Landsting (2009 b).

⁹⁴ Sveriges Kommuner och Landsting (2008 f), s. 73.

⁹⁵ Sveriges Kommuner och Landsting (2009 c), s. 6.

av skatt som denne betalat in har inget värde; tvärtom, han heller hon får betala en gång till.

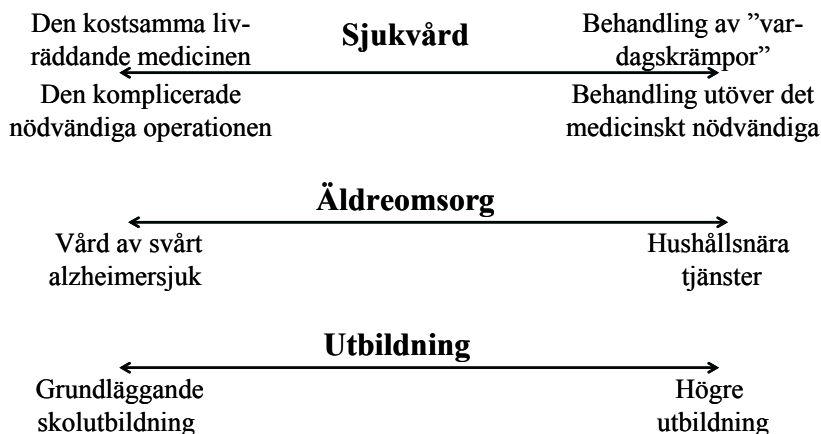
Nu är inte slutsatsen av ovanstående att man ska överlåta till skolbarn, cancersjuka och socialt utsatta att själva lösa sina problem. Tvärtom, det är just sådana uppgifter som välfärdsstaten ska svara för. Exempelen pekar på misslyckanden och de understryker att vi måste tänka nytt om hur resurser fördelas och inom vilka områden som medborgaren kan och bör ta större ansvar för.

Historiska värderingar kan inte vara den enda ledstjärnan för framtiden

Diskussionen om ökat medborgaransvar kan inte utgå ifrån att vi i dag lever med tydliga principer för likabehandling och en strikt tillämpning av dessa. Så är ju uppenbarligen inte fallet. Frågan måste i stället diskuteras utifrån de två kriterier som nämndes tidigare. För det första måste det finnas en rimlig möjlighet för medborgarna att ta ökat ansvar. För det andra får ett ökat ansvar inte leda till oacceptabla skillnader. Det är exempelvis inte rimligt att barn ska ta ansvar för sin egen grundläggande skolutbildning eller att svårt cancersjuka eller socialt utsatta själva ska bekosta sin sjukvård. Ett sådant medborgaransvar strider mot båda principerna.

En principiell diskussion om dessa frågor kan utgå ifrån följande bild. Den består av tre skalor, som i ena ändan innehåller sådant som det offentliga självklart ska svara för. I den andra ändan finns sådant som medborgarna redan har ansvar för eller skulle kunna ta ökat ansvar för.

Figur 2: Vilka behov ska tillgodoses offentligt?



Vi önskar att alla medborgare på lika villkor ska få tillgång till den mest avancerade medicintekniska utvecklingen. Tanken att den livräddande operationen ska påverkas av egen betalningsförmåga framstår som helt oacceptabel. Lika oacceptabelt är det med stora skillnader i det avseendet beroende på var i landet man bor. Däremot accepterar vi betydande egenansvar för löpande besök hos tandläkare och högre avgifter i primärvården förefaller mer acceptabelt än brister i cancervården.

Alzheimersjuka ska få likvärdig äldreomsorg. Olikheter i det avseendet upprör oss. Men vi har accepterat att de äldre i viss omfattning själva får ta ansvar för hushållsnära tjänster. Att alla barn ska få likvärdig skolutbildning har varit en ambition under 100 år. Att den principen är dåligt genomförd känns upprörande. Det är lättare att acceptera att studenter, som är vuxna människor, får betala en del av den eftergymnasiala utbildningen själva, åtminstone om de får hjälp med generösa lån. Inom skolområdet skulle vi kanske acceptera att skolmatens finansiering överläts till elever och deras föräldrar. Det förefaller åtminstone vara viktigare att skolan levererar fullgod undervisning än att den levererar mat.

Det framstår med andra ord som självklart att om de offentligt finansierade insatserna måste begränsas så ska det ske från höger på dessa skalor. Om ekonomin kräver än hårdare prioriteringar bli det fråga om att röra sig mot vänster på skalorna. Sjukvårdstaxan blir kanske ungefär som taxan för tandvård. Patienterna får själva betala

en betydande del av kostnaderna för besök hos primärvården och också för enklare operativa ingrepp. Studenterna får betala än högre studieavgifter och kanske införs avgifter för vissa tjänster inom gymnasieskolan. Inom äldreomsorgen kanske taxorna höjs betydligt för hjälp med personliga aktiviteter som dusch samt av- och påklädning. Ett alternativ kan vara att behovet av sådant stöd prövas mer restriktivt.

När man kommer en bit in på skalorna ökar tveksamheterna och successivt överges välfärdstatens grundläggande värdering. Men det är inte särskilt poängfullt att uttala en allmän ovilja mot ökat medborgaransvar. Medborgaransvaret har ökat de senaste 15 åren och det kommer att fortsätta öka. Och ju mindre den framtida finansieringen kan lösas med hjälp av ökade skatteinkomster, effektivitetshöjning och omprioritering desto längre ut till vänster på skalorna hamnar vi.

I framtiden handlar det om huruvida utvecklingen mot ökat medborgaransvar ska ske genom medvetna långsiktiga beslut eller om varje års budget ska avgöra gränsen för det offentliga åtagandet. De nämnda exemplen på brister på skalans vänstra del antyder att den senare vägen, dvs. årliga prioriteringar, har haft företräde hittills. En fortsatt ad hoc-politik kan skapa stora problem i framtiden.

Politiken måste utgå ifrån en helhetsbild. Det kan finnas goda skäl mot enskilda åtgärder på den högra delen av skalan. Men politik är inte en fråga om att lösa alla medborgarnas problem utan om att prioritera de mest angelägna. I det avseendet skiljer sig inte välfärdspolitikerna från andra politikområden. Och de svåraste problemen finns på den vänstra delen av skalan. Det gäller att inte mäta framtida olikheter med millimetermått på högra sidan av skalan och samtidigt använda metermått för att mäta förekommande olikheter på den vänstra sidan.

Flera vägar mot ökat medborgaransvar

Medborgarna kan på två olika vägar ta ökat ansvar för den vård och omsorg som finansieras offentligt i dag.⁹⁶ Och båda vägarna måste beträdas. De kan betala mer för tjänster som i huvudsak finansieras offentligt. Det betyder ökade avgifter. Den andra vägen är att det offentliga åtagandet begränsas. Det kan i sin tur ske på två sätt. Det

⁹⁶ Olsson (2008) diskuterar olika möjligheter.

ena är att insatser helt tas bort från det offentliga utbudet. Det andra sättet betyder att vissa insatser endast finansieras offentligt upp till en viss nivå. Inom äldreomsorgen är det exempelvis möjligt att köpa tilläggstjänster på vissa särskilda boenden. En patient kan också betala tillägg och få en dyrare medicin än den som finansieras offentlig. I dessa fall kan extrainsatserna svårigen skiljas från huvudinsatsen. I Stockholms läns landstings långtidsutredning framförs tanken på en differentiering av avgiften med avseende på service och tillgänglighet. Utredningen ser framför sig en "Vårdförmånsnämnd" enligt förebild från Läke-medelsförmånsnämnden.⁹⁷ Då har avgiften gjorts till en fråga om tilläggstjänster.

Om inte egen finansiering av extratjänst tillåts, måste vårdtagaren betala allt själv om en högre kvalitet önskas. Den patient som önskar få en operation snabbare än vad som är möjligt i den offentliga vården, tillåts inte betala extra enbart för snabbheten utan får stå för hela operationskostnaden själv. Den åldring som inte nöjer sig med den hemtjänst som kommunen finansierar, utan vill känna tryggheten av att bo på särskilt boende, tillåts inte att själv finansiera detta som en tilläggstjänst. Han eller hon måste vända sig till ett privat äldreboende och stå för hela kostnaden själv.

Dessa begränsningar av möjligheterna att köpa tilläggstjänster inom vård och omsorg finns på grund av ambitionen att de tjänsterna ska ges efter behov, inte efter betalningsförmåga. Det logiska vore då att förbjuda egen finansiering, men man har i stället valt att försvåra och fördyra den. Det är knappast en på sikt rimlig politik, när ökad finansiering behövs och medborgarnas efterfrågan inte kan mötas med offentliga insatser.

En förtroendeingivande effektiv offentlig verksamhet räds inte privat finansiering

Privat finansiering – exempelvis privata vårdförsäkringar – kan vara ett hot mot välfärdsstaten. Om andelen ökar kraftigt under tjugo års tid kan de på ett okontrollerat sätt ta över och sätta agendan för de offentligt finansierade välfärdstjänsterna.⁹⁸ Det hotet kan dock i

⁹⁷ Långtidsutredningen om hälso- och sjukvården i Stockholms Läns Landsting 2008-2025. (2008). Bilaga Finansiering och styrning.

⁹⁸ Det saknas inte varningar i den internationella litteraturen för marknadsinslag inom vården. Förhållandena i USA framhålls särskilt som avskräckande. Se exempelvis Woolhandler – Himmelstein (2007). För en beskrivning av USA som en förebild se Eliasson (2009). Det bör påpekas att i denna rapport förespråkas ingen allmän marknadsinriktning av välfärdstjänsterna. Tvärtom, en sådan utveckling ses som ett hot. Det handlar här om ett

längden inte mötas genom att bygga en mur mellan privat och offentligt finansierad vård och omsorg. Så småningom kommer det att leda till att ett växande antal medborgare som befinner sig på den privata sidan om muren börjar fråga sig varför de ska betala för verksamheten på andra sidan. De betalar ju själva för sin vård. I stället måste det hotet mötas genom att den offentliga vården blir så bra och så tydlig att den upplevs som huvudalternativet. Den privat finansierade vården blir endast ett komplement. Alla måste uppleva att de offentligt finansierade tjänsterna är basen. Alla ska ha intresse av att den finansieringen fungerar väl. Då kan ökad privat finansiering förvandlas från ett hot till en möjlighet. Den kan medföra att utrymmet för konsumtion av vård, omsorg och utbildning ökar.

Om den möjligheten ska tas tillvara förutsätts att den offentligt finansierade vården är stark, i den meningen att medborgarna har förtroende för den och vet att den står för sina åtaganden. Vi skulle exempelvis inte godta att ett försäkringsbolag tog sin egen dåliga ekonomi till intäkt för att endast ersätta en del av den skada som drabbat en försäkringstagare, eller att det ordnades en kö för ersättningsberättigade, där utbetalning skedde allteftersom bolagets ekonomi förbättras. Men när det gäller offentliga välfärdstjänster så accepterar vi ofta sådana förhållanden. Tydliga offentliga åtaganden ska vara ett värn mot okontrollerad privat finansiering och en garanti för att de som köper en tilläggstjänst inte tar resurser från andra.

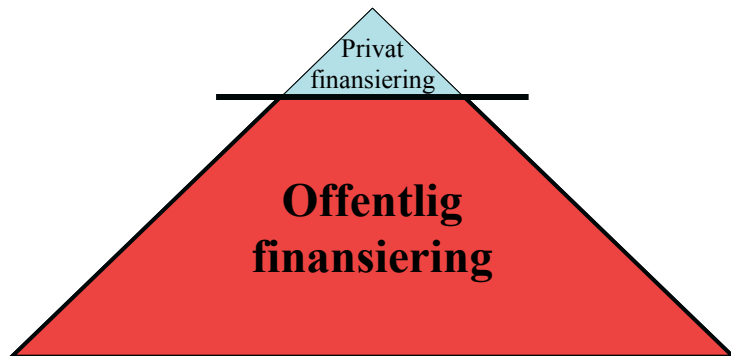
Men om tillgången på vård och omsorgstjänster är begränsad, kommer då inte de betalningsvilliga att ta ifrån dem som förlitar sig på de offentligt finansierade tjänsterna? Tanken är att ökad egenfinansiering ska tillföra mer resurser till de aktuella tjänsteområdena. Därmed kan kapaciteten byggas ut. Det är en i allra högsta grad önskvärd utveckling. Vi vill ju möjliggöra höjd konsumtion. Det är viktigt att se den reformprocess som här diskuteras i ett tjugooårsperspektiv. Då finns tid att bygga ut kapaciteten.

Relationen mellan privat och offentligt ska därför inte tecknas som en mur utan som en pyramid. Pensionssystemet beskrivs ofta på det sättet. I botten finns den offentliga pensionen. Medborgarna vet i rimlig grad vad de kan räkna med i det avseendet. Ovanpå

marginellt inslag av ökat medborgaransvar inom vissa områden där ett sådant inte bedöms underminera välfärdsstatens värderingar.

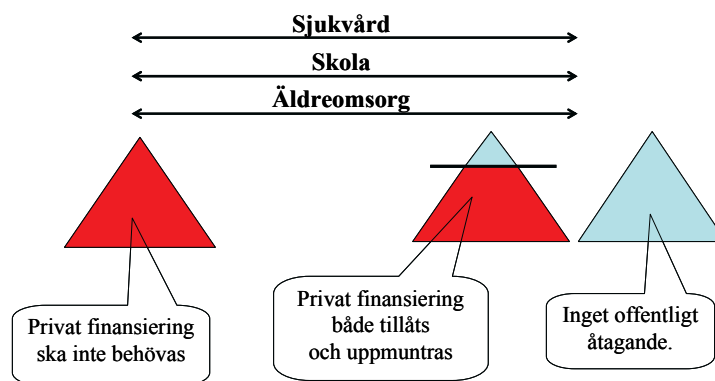
finns kompletteringar av olika slag. Gränsen för det offentliga åtagandet är tydlig men utgör ingen svårforcerad mur. Den är möjlig att överskrida genom egna kompletteringar. Följande figur illustrerar det förhållandet.

Figur 3: Offentlig finansiering den tunga basen
privat finansiering komplement



Frågan om att utveckla och effektivisera vården ur ett patient- och vårdtagarperspektiv blir då inte bara en fråga om att leverera bättre resultat till begränsad kostnad utan också en förutsättning för att kunna möta en ökad privat finansiering. För framgång i det avseendet krävs mer än dagens vårdgarantier och allmänna bestämmelser i socialtjänstlagen om äldreomsorg. Det krävs verkliga vård- och resursgarantier. Medborgarna ska få besked om vad de kan räkna med för vård och det ska finnas säker tillgång till de resurser som krävs för att vården ska klara garanterade åtaganden. Det gäller att eliminera varje misstanke om att den privat finansierade vården parasiterar på den offentliga. De offentliga prioriteringarna ska vidare göras så att det aldrig blir fråga om att medborgarna själva ska svara för insatserna på den vänstra delen av prioriteringsskalan. Den privata finansieringen ska hamna på den högra delen. Där kan den mycket väl uppmuntras. Detta kan illustreras med följande bild.

Figur 4: Privat finansiering skall finnas på den högra delen av skalan



Ett räkneexempel

För närvarande täcker avgifterna en liten andel av den offentliga vårdens och omsorgens kostnader. Analyser av möjligheterna att radikalt höja dessa taxor brukar leda till slutsatsen att detta inte rekommenderas. De ökade offentliga inkomster som en sådan åtgärd leder till står inte i rimlig proportion till de negativa effekter som uppstår. Det är risken för växande olikheter mellan olika patienter som ofta framhålls.⁹⁹

Den bedömningen kan bli en annan om och när en konkret problembild erkänns politiskt. En rimlig åtgärd vore åtminstone att låta avgifterna stiga reallt i samma takt som den privata konsumtionen. Den beräknas enligt Långtidsutredningen öka med drygt 3 procent per år. Det betyder nästan en fördubbling på 20 år. I Stockholms läns landstings långtidsutredning diskuteras vårdavgifterna och olika möjligheter analyseras. Slutsatsen blir att höjda taxor kan lämna ett begränsat, men inte oväsentligt bidrag till det finansieringsgap som identifierats.¹⁰⁰ Det har inte varit möjligt att i detta sammanhang beräkna vilket bidrag till den långsiktiga finansieringen som en sådan åtgärd skulle leda till. Alla taxor kan inte höjas och en viss reducering av efterfrågan kan förutsättas om

⁹⁹ Se Sveriges Kommuner och Landsting (2005 b), s. 81 ff för en översikt. För en principiell diskussion om fördelarna med ökad avgiftsfinansiering se. SOU 2003:57.

¹⁰⁰ Långtidsutredning om hälso- och sjukvården i SLL (2008-2025), delrapport finansiering.

taxorna höjs påtagligt. En viss höjning av taxorna får också anses ligga i Långtidsutredningens beräkningsförutsättningar.

Vid sidan av den centrala politiska arenan sker en diskussion om hur det offentliga åtagandet kan begränsas. Experter diskuterar frågan.¹⁰¹ Åtminstone två landsting har utarbetat konkreta utbudsbegränsningar och beräknat hur mycket dessa sänker kostnaderna.¹⁰² För exempelvis Jämtlands läns landsting betyder de planerade utbudsbegränsningarna en knapp procent kostnadsbesparing per år under en tvåårsperiod. Ambitionen är fortsatta utbudsbegränsningar. Det bör dock framhållas att landstinget inte öppnar några möjligheter för medborgarna att själva bekosta uteblivna insatser.

Vidare är det uppenbart att det är möjligt att begränsa utbudet inom äldreomsorgen. En sådan utveckling har ju pågått en tid. Det är emellertid svårt att beräkna vilket bidrag till den framtida finansiering som åtgärder på den högra delen av skalan skulle ge. Det ligger i sakens natur att beräkningen av effekterna av ökat medborgaransvar innebär att de offentliga utgifterna reduceras och att de privata ökar i den mån som medborgarna önskar kompensera för det reducerade offentliga åtagandet.

Vi kan i ett räkneexempel utgå ifrån att det offentliga åtagandet avseende äldreomsorg skulle begränsas. Den förutsatta offentliga konsumtionsökningen om 1,5 procent¹⁰³ skulle kunna begränsas till de första tio åren men inte tillföras någon sådant offentligt finansierat tillskott de följande tio. Det förutsätter att 40-talisterna har råd att betala själva för en del tjänster. Och om de får tio års förvarning kan de hantera sin ekonomi så att utrymme finns för att betala viss service.

En sådan begränsning av det offentliga åtagandet bedöms reducera de offentliga utgifterna med cirka 20 miljarder kronor, enligt bilagan. Den offentliga standarden inom äldreomsorgen skulle med andra ord inte följa ekonomins utveckling, vilket förutsätter att de äldre själva finansierar den högre standarden. Kalkylen är således ett exempel på att en i och för sig önskvärd

¹⁰¹ Se exv *Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården* (2007). För en översikt avseende förhållandena i Östergötlands läns landsting, där medvetna och öppna politiska prioriteringar tidigare gjorts se Ohlin (2008).

¹⁰² *Förslag till utbudsbegränsningar, Version 3.0*, Jämtlands läns landsting, samt *Utbudsbegränsningar fr.o.m. 2009 och 2010, Landstingsstyrelsens beslut 2008-01-29, version 2009-01-29*, Västerbottens läns landsting.

¹⁰³ Dvs. volymökningen utöver det som är betingat av den demografiska prognosen, givet att välfärden ska växa i samma takt som BNP i LU 08:s prognos.

ökning av den offentligt finansierade omsorgen utblir inom ett område där en ökad privat finansiering bedöms acceptabel. Det finns naturligtvis fler sådana områden.

4.6 Sammanfattande synpunkter utifrån räkneexemplen

Utgångspunkten för räkneexemplen var att konsumtionen av välfärdstjänster behövde tillföras totalt 150 miljarder kronor år 2030. Redovisade beräkningar innebär att hälften av den eftersträvade konsumtionsökningen skulle kunna nås genom offentliga insatser. En betydande ökning av medborgaransvaret krävs således.

Trots de reservationer som omger beräkningarna och trots att jag enbart för fram några exempel på åtgärder så borde ett par slutsatser kunna dras av räkneexemplen. En sådan är att omfattande resurstillskott krävs till tjänsteområdet – oberoende av om tjänsterna finansieras offentligt eller privat – för att skapa rimlig balans mellan den konsumtionen och den privata. En annan slutsats är att ingen enskild åtgärd genererar tillräckliga medel för det tillskottet. Det krävs politiska beslut inom flera områden. Det är därför viktigt att inte utesluta några möjligheter redan från början.

Räkneexemplen indikerar att den offentliga finansieringen skulle kunna stärkas med 75 miljarder kronor. Det kan ju tyckas vara en framgång. Det gäller emellertid att ta siffrorna för vad de är. Det är räkneexempel avseende omfattande och svårgenomförbara åtgärder.

Ett långsiktigt mönster ska brytas på arbetsmarknaden. Tendensen att ta ut ökad standard som fritid ska ändras för personer som närmar sig pensionsåldern och förbytas till en vilja att arbeta några år extra. En diskussion om höjd pensionsålder förefaller oundviklig. Vidare ska produktionen av välfärdstjänster långsiktigt och kontinuerligt blir allt effektivare, vilket vore en helt ny utveckling inom offentlig sektor.

Beräkningarna förutsätter en uthållig utveckling under lång tid. Det handlar inte om kortsiktiga åtgärder, som under ett par år höjer utträdesåldern eller effektiviteten. Utan det gäller att år efter år under tjugo års tid nå en gradvis utveckling. År med sämre utveckling måste kompenseras av bättre. Det är genomsnittssiffror det handlar om. Alla blivande pensionärer kommer inte att arbeta

längre, då gäller det att få andra att arbeta längre än de tre åren. Det räcker heller inte med att några landsting börja nå mätbara effektivitetshöjningar, praktiskt tagit alla ska göra det. I den mån inte alla kommuner höjer effektiviteten inom skola och omsorg så måste andra höja desto mera. Och det är fråga om en kontinuerligt stigande effektivitet.

Om Sverige lyckades nå en sådan utveckling skulle det väcka berättigad internationell uppmärksamhet. Var och en av åtgärderna skulle nog väcka lika stort intresse som vårt pensionssystem och vår familjepolitik. Många länder brottas med frågan om pensionsålder och utträdesålder från arbetsmarknaden. Sverige har redan en förhållandevis hög utträdesålder. I länder med låg utträdesålder – exempelvis Italien och Frankrike – går förändringen mot höjd utträdesålder mycket långsamt.¹⁰⁴ Den låga effektivitetsutvecklingen är heller inget specifikt svenskt problem. Skulle Sverige lyckas åstadkomma årlig och mätbar produktivitetsutveckling under en tjuugoårsperiod får vi bereda oss på en ström av studiegrupper från andra länder.

Det handlar med andra ord om svår genomförbara – dock inte omöjliga – uppgifter som är nödvändiga för att finansiera hälften av konsumtionsökningen. Resterande hälft måste nås genom privat finansiering. Det förutsätter självfallet att medborgarna finner tjänsterna vara värda det pris som sätts på dem.

Vi kommer inte längre med kalkyler och räkneexempel. Den intressanta frågan nu är hur framtidsproblemet, bedömningarna av det och de olika åtgärderna för att lösa det ska kunna föras upp på den politiska agendan. Det är ämnet för nästa avsnitt.

¹⁰⁴ För en jämförelse med andra länder se Olsson (2006).

5 En politisk process för växande välfärd

Kort sammanfattning

Politiska beslut av det slag som här diskuterats, dvs. omfattande systemförändringar, fattas först när etablerade system upplevs som hotade – om de riskerar att bryta samman. En politisk process måste därför inledas med att en problembild tecknas. Den bör i sina huvuddrag vara gemensam för en bred politisk krets. Beslut av det slag som här är aktuella brukar kräva breda majoriteter.

En brett sammansatt offentlig utredning bör därför tillsättas med huvuduppgiften att teckna en problembild och lämna förslag till fortsatt utredningsarbete. För att vinna tid bör ett mera detaljerat utredningsarbete, i form av två expertutredningar, starta parallellt med den politiskt sammansatta utredningen. Expertutredningarna ska analysera hur sysselsättningen kan öka för att bidra till den långsiktiga finansieringen av välfärden samt hur ett brett inriktat effektiviserings- och utvecklingsprogram för produktion av välfärdstjänster skulle kunna läggas upp.

Framgångsrik politik är produkten av politikens inriktning och dess genomförande. Anglosachsiska statsvetare talar om "policy" och "politics". Vi har hittills diskuterat policy – möjliga inriktning av politiken. Vad krävs för att den ska bli något mer än seminariediskussioner? Hur kan den önskvärda politiken förverkligas?

5.1 En nationell politisk process krävs

Vissa åtgärder som har bäring på det långsiktiga finansieringsproblemet står högt upp på dagens politiska agenda. Hög sysselsättning och överskott i de offentliga finanserna är tydliga politiska ambitioner. Ökad sysselsättning betraktas som en förutsättning för den framtida välfärden och överskottsmålet har en tydlig koppling till den demografiska utvecklingen. Det finns emellertid ingen nationell politisk process som syftar till att formulera mål för den framtida politiken utifrån en klar problembild och som sätter in olika åtgärder i ett långsiktigt perspektiv.

En politiskt sammansatt programberedning inom SKL överväger skattebaserna och välfärdens långsiktiga finansiering. Det räcker emellertid inte med beslut inom kommunsektorn. Det krävs också beslut av regering och riksdag för att lösa framtidsproblemet.

5.2 De historiska erfarenheterna är ganska entydiga...

De förändringar som kommer att aktualiseras för att klara välfärdens långsiktiga finansiering kan i sin omfattning jämföras med andra stora förändringar inom välfärdspolitik. ¹⁰⁵ Exempel på sådana är beslutet om nytt pensionssystem år 1994, beslutet om ny bostadspolitik år 1992 och beslut om grundskolan år 1969. Går vi ännu längre tillbaka i tiden så framstår beslutet år 1913 om ett folkpensionssystem och beslutet om social bostadspolitik år 1935 som omfattande förändringsbeslut. Ännu längre tillbaka i tiden framstår besluten om folkskolestadga år 1842 och om ny fattigvård år 1847 som betydande nyorienteringar.

Det gemensamma för dessa beslut och de processer som föregått dem är följande.

⇒ *De föregås av beslutsprocesser på flera årtionden.*

- Det tog nästan tjugo år från det att en första utredning tillsattes till dess att ett nytt pensionssystem kunde börja införas i början på 2000-talet.
- Behovet av en sammanhållen längre grundutbildning för alla barn diskuterades under första halvan av 1900-

¹⁰⁵ Framställningen i det följande bygger på Borg (2004) och Borg (2006).

talet. Först år 1950 fattade riksdagen ett principbeslut om förlängning av skolplikten till nio år och inriktning mot enhetsskola. En försöksverksamhet inleddes. Utvecklingen till en enhetlig grundskola fullbordades när en läroplan för grundskolan fastställdes nästan 20 år senare.

⇒ *De utdragna beslutsprocesserna beror i stor utsträckning på att beslutsfattarna behöver bli övertygade om att förändringar verkligen är nödvändiga.*

- Beslutsprocessen inför beslutet om det nya pensionssystemet inleddes med en utredning som arbetade under sex år. Den lämnade inget förslag till lösning, men slog fast att det fanns ett betydande problem som behövde åtgärdas.
- Det var uppenbart redan under 1800-talet att urbaniseringen skapade oacceptabla bostadsförhållanden i tätorterna. Men det tog årtionden innan riksdagen blev övertygad att det var missförhållanden som den skulle åtgärda.¹⁰⁶ Först under 1930-talet erkändes fullt ut att tätorternas bostadssociala problem krävde åtgärder av riksdagen.

⇒ *En radikalt ny inriktning av politiken drivs i första hand fram för att förhindra kris eller sammanbrott*

- Den första utredningen om nytt pensionssystem gjorde klart att ATP-systemet på sikt inte var hållbart. Det riskerade att bryta samman en bit in på 2000-talet. Det var den insikten som drev fram beslutet om systemskifte.
- Omläggningen av bostadspolitiken år 1992 genomfördes snabbt eftersom risken för kris då var överhängande.
- Under 1800-talet och i början av 1900-talet fanns en drivkraft till reformer som benämns socialpacifism. Innebörden är att sociala reformer accepteras för att undvika kris och revolution. Det argumentet användes exempelvis inför beslutet om allmän folkskola år 1842.

¹⁰⁶ Riksdagens ledamöter representerade landsbygden och de tog de eländiga förhållanden i städerna till intäkt för att satsa på landsbygdens bostäder. Den så kallade egnahemspolitiken begränsades uteslutande till områden som inte var stadsplanerade.

En sådan skola förväntades skapa laglydiga medborgare. Tyskland ansågs i det avseendet vara ett föregångsland till skillnad från Frankrike med dess revolutionära inställning.

⇒ *Avgörande beslut fattas med breda majoriteter*

- Det markanta undantaget är striden inför ATP-beslutet år 1959, men ordningen kan sägas vara återställd genom principbeslutet om nytt pensionssystem år 1994. Fem partier stod bakom det beslutet.
- Principbeslutet år 1950 om en förlängning av skolplikten till nio år och inriktning mot enhetsskola fattades i riksdagen under stor enighet.

5.3 ... och vi bör dra våra slutsatser av dem

Det finns en speciell förändringslogik när beslut om stora systemförändringar ska fattas. När mindre justeringar ska göras i en rådande ordning gäller det att gradvis förbättra. Ett identifierat smärre problem leder omedelbart till en diskussion om hur det ska lösas för att skapa en bättre ordning. Det blir annorlunda när det handlar om stora systemförändringar. Sådana drivs fram av hotet om kris eller sammanbrott.

Flera debattörer har förespråkat ändrad finansiering av välfärdstjänster. Många SNS-rapporter har rekommenderat obligatoriska försäkringar för att finansiera både sjukvård och äldreomsorg. Anna Hedborg föreslog, när hon var chef för Riksförsäkringsverket, en äldreomsorgsförsäkring för att tillföra mera resurser till området. En annan av inspiratorerna till det nuvarande pensionssystemet – Jan Bröms – föreslog år 2004 omfattande förändringar av sjukvårdens finansieringssystem.¹⁰⁷ Alla dessa förslag har fallit som stenar till marken. Det beror på att det politiska systemet inte har erkänt att det finns ett problem som kräver systemförändringar.

LU08 föreslår att en brett sammansatt parlamentarisk utredning ska tillsättas för att ta fram förslag på formerna för en ökad privat finansiering av välfärdstjänsterna. Det förslaget utgår inte heller ifrån den nämnda förändringslogiken. Det långsiktiga problemet måste erkännas, innan det blir meningsfullt att diskutera en så

¹⁰⁷ Bröms (2004).

känslig fråga som alternativ finansiering. Partierna närmast tävlar om att framhålla att vården ska vara skattefinansierad. Så här säger exempelvis moderaterna

*Vi moderater anser att alla människor har rätt till god vård i tid. Finansieringen av vården ska vara solidarisk och ske genom skatter.*¹⁰⁸

Om en utredning skulle tillsättas med den enda uppgiften att överväga privat finansiering, är risken betydande att den skulle resultera i en omfattande kartläggning av olika möjligheter. Slutsatsen skulle sannolikt bli att det är svårt med annan finansiering. En sådan utredning har för övrigt redan genomförts och den gav just det resultatet.¹⁰⁹

Om det fanns ett invändningsfritt sätt att förbättra finansieringen av välfärden skulle den möjligheten redan ha varit tillvaratagen. Det krävs en stark drivkraft som bryter ned motståndet mot omprövningar. Risken för kris och sammanbrott är en sådan. Jag ska därför inledningsvis försöka spekulera i vad som kan tänkas ske om politiken inte ändras. Den andra lärdomen är att det krävs breda majoriteter. Därför ska jag diskutera hur en gemensam problembild kan skapas. En tredje diskussionspunkt är hur beslutsprocessen kan förkortas. Vi har inte tid att vänta flera årtionden innan åtgärder genomförs som löser finansieringsproblemet.

5.4 Politisk passivitet urholkar välfärdsstatens värderingar

LU08 nämner att välfärdssystemens legitimitet kan komma att urholkas. Hur skulle en sådan utveckling kunna gestaltas? Processen inför det bostadspolitiska beslutet år 1992 kan utgöra förebilden för att teckna ett sådant scenario. Alltför starkt växande subventioner till bostadsbyggande möttes med traditionella åtgärder. Ansvariga statsråd uttalade att politiken behövde ändras. Och det var uppenbart att politiken inte medförde önskvärd fördelning. Men systemförändringar uteblev. I stället tillfördes alltmer skattemedel till ett subventionssystem som utvecklingen gått förbi. Först mycket sent, under trycket av en kris, genomfördes en systemförändring av bostadsstödet. Den blev

¹⁰⁸ <http://www.moderat.se/web/Sjukvard.aspx>

¹⁰⁹ Sveriges Kommuner och Landsting (2005 b), s. 81ff.

mycket långtgående och innebar att tillförsel och fördelning av nya bostäder i princip överläts till marknaden. Välfärdsstatens insatser inom bostadsområdet – den sociala bostadspolitiken – upphörde praktiskt taget. Hundratals miljarder hade spenderats på en politik som skilda regeringar och utredningar bedömde som felaktig.

Vi tänker oss ett scenario avseende framtida utveckling inom vård- och omsorgsområdet (begreppet vård får i fortsättningen innefatta båda områdena). Ökande anspråk på vården möts med skattehöjningar och försök till kostnadsreduceringar. Sådana skattehöjningar genererar emellertid inte tillräckligt ekonomiskt utrymme för att tillgodose vårdbehoven. Det visar sig lika svårt att höja skattekvoten efter 2009 som det varit före. Anslagen blir allt mer begränsade i förhållande till anspråken och ansträngningar görs att försöka pressa ut allt mer vård ur befintlig organisation. Återkommande besparingsprogram rullar över området. Lönekostnaderna begränsas. Problem uppstår med personalrekrytering. Under hela processen upprätthålls dock ambitionen att relationen till medborgarna inte ska ändras – den skattefinansierade vården och omsorgen ska tillgodose alla medborgarnas behov av vård. Försök till nytänkande i det avseendet möts med anklagelser om ökad orättvisa. Problemen inom området blir ett ofta använt tillhygge i den dagsaktuella politiska debatten. Partierna tävlar om vem som är mest rättvis.

Trots ökade ansträngningar växer problemen. Det visar sig att återhämtningen efter den nuvarande lågkonjunkturs neddragningar blir trög och att det tar lång tid att återgå till nivån från 2008. Påtagliga ransoneringsåtgärder sätts in för att tilldela vård till de mest behövande. Den välfärdspolitik som syftat till att underlätta för alla medborgare att få den vård de behöver ställs inför uppgiften att i stor skala förhindra att vården utnyttjas. Dock försöker människor hitta vägar kring dessa ransoneringar. Ett sätt är att gå ut i media och klaga över utebliven vård. Det leder till underliga prioriteringar. De mest högljudda får mest. Ett annat sätt är att köpa sig behövlig vård. Antalet privata försäkringar växer och allt fler privata sjukhus och äldrevårdsinstitutioner etableras. Den offentliga vården tappar alltmer allmänhetens förtroende. Banker och försäkringsbolag blir kreativa när det gäller att erbjuda olika lösningar så att de äldre kan sälja eller belåna sin egendom och få tillgång till inte bara kontanter utan också säker vård fram till sin död. För dem som inte har möjlighet till sådana transaktioner väntar en sämre vård.

En allmän kris i ekonomin likt den som inträffade i början av 1990-talet och den som nu pågår tvingar fram hårda neddragningar av de offentliga utgifterna och förvärrar situationen ytterligare. Det kanske händer igen när vi närmar oss 2030-talet. Det är då för sent att genomföra långsiktiga systemförändringar. Ad hocbetonade förändringar för att stimulera kompletterande privat finansiering blir en tänkbar lösning i en sådan situation. För det gäller nu att till varje pris avlasta den offentliga vården. Den går mot en akut kris. Allt svårare vårdbehov måste avvisas. Det offentliga åtagandet urholkas påtagligt. De krisartade förhållandena leder till att den privata vården närmast exploderar. Investeringar och kompetens dras till denna växande och lönsamma verksamhet.

När den allmänna krisen är över, har en helt ny ordning etablerats. Marknaden har i hög grad tagit över. Den offentliga vården inriktas på akutvård och vård för dem som inte har möjlighet att själv eller via försäkringar köpa vård. Den offentliga äldreomsorgen är helt inriktad på de resurssvaga. De flesta anställningsförhållanden innehåller vid det här laget en vårdförsäkring. Det går nu inte att motstå kraven på skattesänkningar, eftersom medborgarna i betydande utsträckning privat betalar för sin vård. Ett fullständigt systemskifte har skett utan att något medvetet politiskt beslut med den innebörden fattats.

Är detta verkligen ett tänkbart scenario? Spontant är man beredd att säga nej. Dock uppvisar beslutsprocessen inför det bostadspolitiska beslutet år 1992 ett närmast absurt förlopp och resultat. Trots bättre vetande drevs den politiken mot något som låg katastrofen nära. Det rör sig emellertid här om ett helt annat område. Dock är den bestående politiska oviljan att ens formulera framtidsproblemet inom tjänsteområdet i politiska termer oroande. Svaret på frågan blir ändå att scenariot inte är särskilt realistiskt. Men det är likväl en uppfordran till handling nu. Det gäller att inte hamna ens i närheten av den beskrivna situationen. För den beskriver ju välfärdstatens undergång.

Märk väl att om ett välfärdssystem bryter samman, betyder det inte att medborgarna i en generell mening blir utan de berörda tjänsterna. Det är likabehandlingen som går förlorad. Det som händer är att utbudet så småningom möter medborgarnas efterfrågan på en marknad. Och marknaden fördelar de tjänsterna efter betalningsförmåga.

Det paradoxala är att ambitionen att slå vakt om likabehandling är det som så småningom leder till att likabehandlingen urholkas.

Jämförelser med bostadspolitiken ska göras med stor försiktighet, det är helt olika politikområden, men faktum är att den felaktiga bostadspolitiken under 1970- och 1980-talen drevs fram just av ambitionen att hålla fast vid den sociala bostadspolitiken. Bostaden skulle vara en social rättighet och inte en handelsvara. Oviljan att anpassa politiken till nya förutsättningar ledde så småningom fram till att systemet bröt samman och bostaden blev just en handelsvara.

5.5 Skapa en gemensam problembild

Fullständigt avgörande för en framgångsrik beslutsprocess beträffande välfärdstjänsterna finansiering är den problembild som beslutsfattarna upplever. Det är kanske inte i första hand det stora sammanbrottet som leder till handling utan snarare en upplevd oundviklig väg dit.

Inför beslutet om nytt pensionssystem fanns sålunda alternativet att gradvis anpassa det befintliga ATP-systemet. Ett par sådana anpassningar hade tvingats fram innan reformbeslutet och det var smärtsamma beslut som kritiserades av den politisk gruppering som råkade vara i opposition. De olika grupperingarna insåg att den successiva vägen var törnbeströdd. Det var bättre att lösa frågan tillsammans genom ett principiellt långsiktigt beslut.

Successiv anpassning av välfärdstjänsterna till nya förutsättningar är måhända en möjlighet även i detta fall. Det betyder att politiken återkommande behöver tala om för medborgarna att deras krav i allt mindre grad kommer att kunna tillgodoses. Vård, omsorg och skola är i första hand ett ansvar för den kommunala sektorn. Men betydande förändringar inom dessa områden blir snabbt nationella politiska frågor. Med den blockuppdelning som finns i dag kommer det block som är i opposition knappast att avstå ifrån att kritisera impopulära åtgärder, eller rättare brist på åtgärder.

I det här fallet handlar det inte bara om att ändra ett system. Det krävs långsiktiga åtgärder inom flera områden. Sådana lär inte komma till stånd om de inte grundas på en accepterad problembild. De måste upplevas som mycket angelägna. Den successiva vägen är i detta fall reträttens väg så som den tecknades i det föregående avsnittets scenario.

Av dessa skäl är det helt avgörande att en bred krets av politiska beslutsfattare bildar sig en så långt möjligt gemensam uppfattning om framtidsproblemets omfattning och bakgrund. Självfallet går det inte att bestämma hur framtiden kommer att gestalta sig. Det handlar om tro och övertygelse baserade på vissa antaganden. Men det har i andra fall visat sig att det går att komma fram till någorlunda gemensam tro och övertygelse om man får tillfälle att ordenligt pröva de förhållandena som pekar mot viss utveckling, det vill säga antagandena.

Alla betydande välfärdspolitiska förändringar alltsedan 1800-talets mitt har föregåtts av offentliga utredningar. När jag fördjupat mig i några av dem har min respekt för det svenska utredningsväsendet ökat. Det är ett mycket bra forum för saklig analys av det slag som behövs här. Och normalt finns en strävan att komma överens.

Det naturliga första steget i en politisk process är därför att tillsätta en brett sammansatt parlamentarisk utredning med uppgift att studera och bedöma de långsiktiga finansieringsproblemen. Den utredningen måste få tillfälle att fördjupa sig i olika framskrivningar och ställa kompletterande frågor. Socialdepartementets så kallade LEV-utredning, som analyserar den långsiktiga efterfrågan på välfärdstjänster, förfaller kunna ge ytterligare underlag för sådana analyser. Utredningen måste sedan få analysera olika möjligheter att lösa det framtidsproblem som avtecknar sig. Problem och lösningar hänger ihop. Finns lätta lösningar är det inget stort problem. Om så inte är fallet blir problemet större. Jag föreställer mig att en sådan utredning skulle göra genomarbetade analyser av det slag jag enbart antytt, dvs. hur kan framtidsproblemet kvantifieras och i vad mån kan olika åtgärder bidra till lösning.

Men här börjar vi dock närma oss ett problem. Om utredningen ska behandla hela fältet och alla möjliga åtgärder och utveckla dessa i detalj så riskerar det att bli en utredning som ska ge riktlinjer beträffande så skilda områden som sysselsättningspolitiken, skattepolitiken och utbildningspolitiken. Det gäller därför att begränsa mandatet och ta fasta på det mest väsentliga – problembeskrivningen. En möjlighet är att formulera utredningsuppdraget så att det avser en problembeskrivning och med utgångspunkt i en sådan ska förslag lämnas om fortsatt utredningsarbete. Därmed markeras att det inte gäller att lämna konkreta förslag inom vida fält. Olika åtgärder för att lösa

problemet ska analyseras så långt som krävs för att bedöma om ytterligare utredning behövs och hur det fortsatta utredningsarbetet i så fall ska inriktas.

Men blir inte detta tandlöst och bäddar det inte för en utdragen process om en utredning tillsätts enbart för att analysera ett problem? Svaret är att sådana här processer normalt innefattar minst två utredningar. Inget tyder på att det här problemet skulle kunna lösas utan flera utredningar. Det finns andra sätt att påskynda processen mot beslut.

5.6 Påskynda processen genom parallella aktiviteter

Ett sätt att effektivisera verksamheter är att driva processer parallellt i stället för sekventiellt. Det synsättet skulle i det här fallet innebära att vissa åtgärder förbereds parallellt med att en utredning bedömer den framtida problembilden. En sådan ordning förutsätter att man någorlunda säkert vet vilka åtgärder som kan bli aktuella och att de kan analyseras utan kännedom om hela problembilden.

Två sådana områden konstitueras av ambitionerna att öka sysselsättningen och höja effektiviteten. Det är ambitioner som är relativt oberoende av den framtida problembilden. Däremot skulle det vara mycket svårt att på allvar diskutera omfördelning inom offentlig sektor eller ökat medborgaransvar innan en markant problembild gör en sådan diskussion nödvändig.

Ta fram underlag för en långsiktig sysselsättningspolitik ...

Sysselsättningen är en viktig fråga i dagens politiska debatt. Men den tenderar att inriktas på åtgärder som ger resultat under en mandatperiod. Just nu handlar det om insatser för att möta en stigande konjunkturell arbetslöshet. Dessförinnan var debatten inriktad på hur och i vilken mån som ökade ekonomiska incitament kan höja sysselsättningen. Den frågan är intressant även i långsiktigt perspektiv. I det perspektivet blir andra frågor också intressanta och dagens kortsiktiga frågor kan betraktas ur ett annat perspektiv.

Långsiktigheten betyder både möjligheter och problem. Mer omfattande förändringar, som främjar ökad sysselsättning, kan

övervägas om man har lång tid på sig. Samtidigt krävs uthållighet och konsekvens för att nå sådana långsiktiga förändringar. Bidraget till den långsiktiga finansieringen blir begränsat om stora förändringar planeras på lång sikt och förutsättningarna sedan ändras nästa mandatperiod.

Den senaste långtidsutredningen har fokuserat på frågan om de äldres utträde från arbetsmarknaden. LU03/04 hade ett bredare perspektiv och diskuterade vilka möjligheter som finns att få olika grupper att arbeta flera timmar. Analysen inriktades främst på yngre och äldre medborgare samt personer med utländsk bakgrund. Utredningens bedömningar byggdes under med fördjupade analyser som presenterade i särskilda bilagor. Utredningen var mer översiktlig när den kom till frågan om vad som ska göras för att verkligen nå ökad sysselsättning. Generella incitament förespråkades i första hand.

En utgångspunkt för en utredning, som tillsätts nu, om ökad sysselsättning skulle kunna inledas med en uppdatering av analysen i LU03/04. Åtskilligt har hänt sedan den gjordes.¹¹⁰ Men framför allt skulle en sådan utredning ta vid där LU03/04 slutade, dvs. fördjupa analysen av vilka åtgärder som bör genomföras. Framför allt vore det intressant med en analys av potentialer och åtgärder, dvs. en sammanvägning av vilka grupper som skulle kunna arbeta mera och de praktiska möjligheterna att förmå individerna i de grupperna att verkligen göra det. Den föreslagna utredningens inriktning kan således sammanfattas i följande punkter.

- Vilka grupper skulle kunna förmås att arbeta mera?
- Vilka åtgärder krävs för att verkligen nå högre sysselsättning i respektive grupp? Redovisa alla åtgärder – inte enbart ekonomiska incitament – och beakta att det handlar om åtgärder på lång sikt.
- Väg samman potentialer och möjliga åtgärder och föreslå mot bakgrund av den sammanvägningen hur målet om fler arbetade timmar år 2030 kan nås på mest effektiva sätt.
- En utredning med den inriktningen skulle med fördel kunna genomföras som en expertutredning. Om en sådan utredning vore färdig samtidigt med den politisk sammansatta utredningen skulle utredningarna snabbt kunna gå över i

¹¹⁰ Ett fortsatt analysarbete har redovisats i Ds 2008:36.

handling. Samma effekt skulle kunna nås beträffande effektivisering.

... och ett utvecklings- och effektiviseringsprogram

Tidigare ställdes frågan varför så lite effektivitet kan registreras när ambitionerna och potentialerna förefaller höga och kunskap finns om hur höjd effektivitet kan nås. En utredning skulle omedelbart kunna tillsättas för att svara på den frågan. Och även i detta fall är den intressanta frågan vad som aktivt kan göras för att stärka drivkraften till ökad effektivitet. Hur bör ett långsiktigt effektivitets- och utvecklingsprogram inriktas, ledas och hålla samman? Utredningen bör avse den breda ansats till effektivisering och utveckling som skissades i tidigare avsnitt.

De svåra frågorna ska analyseras med realism. Är det så att politiskt ledd verksamhet, till skillnad från företag på en marknad, har en så komplex målbild att effektivitetsutvecklingen allvarligt hämmas? Finns starka yrkesgrupper och indelning i olika specialiteter inom vården som hindrar en utveckling av effektiva patientorienterade processer? Om sådana förhållanden begränsar arbetet mot högre effektivitet, vad kan då göras för att eliminera begränsningarna?

Utredningen bör ta tillvara erfarenheter från olika landsting och kommuner. Många har bedrivit framgångsrikt arbete med effektivisering. Vad är deras erfarenhet? Vilket centralt stöd skulle ha möjliggjort än framgångsrikare effektivisering? Erfarenhet från näringslivet bör också tas tillvara. Utredningen bör utmyнна i konkreta förslag till ledning, samordning och stöd av effektiviseringsarbetet i kommuner och landsting. De förslagen ska sedan prövas i den fortsatta politiska processen.

6 Bilaga - kalkyler och räkneexempel

Nedan följer en redogörelse för hur finansieringsbehov och effekten av olika åtgärder räknats fram. Det bör framhållas att beräkningarna är översiktliga och innefattar approximationer. Syftet är inte att lämna precisa svar på det framtida problemets omfattning och i vilken utsträckning som det kan lösas med olika åtgärder. Sådana noggranna kalkyler återstår att göra och min förhoppning är att de kommer att utföras inom ramen för en offentlig utredning, som har tillgång till all erforderlig expertis. Syftet här är snarast att stimulera till sådana noggranna kalkyler, genom att illustrera storleksordningen på det framtida finansieringsproblemet och de åtgärder som kan vara aktuella.

6.1 Konsumtionen av välfärdstjänster beräknas öka i samma takt som BNP

Den senaste långtidsutredningens basscenario utgår ifrån oförändrad standard. I det scenariot ökar den offentliga konsumtionsvolymen med i genomsnitt 0,7 procent per år fram till år 2030, och hela denna ökning är demografiskt betingad. Utredningen menar dock att den nivån inte är tillräcklig för att möta medborgarnas framtida efterfrågan.

En i detta sammanhang beräkningsbar ambitionsnivå är att låta konsumtionen av välfärdstjänster öka i samma omfattning som BNP. Långtidsutredningen anger dess ökning till 2,2 procent per år under perioden 2005-2030. Det gäller då att räkna fram konsekvenserna av en ambitionsnivåhöjning om 1,5 procent utöver den demografiskt betingade ökningen (2,2 - 0,7).

6.2 Finansieringsbehov om beräknad konsumtionsökning ska nås

Genom att använda begreppet konsumtion av välfärdstjänster antyds att det inte nödvändigtvis är fråga om offentlig konsumtion i framtiden. Om en ökad konsumtion exempelvis åstadkoms genom höjda taxor förvandlas den delen av den offentliga konsumtionen till privat konsumtion. Det viktiga i detta sammanhang är att ökad konsumtion av välfärdstjänster på den angivna högre nivån kräver att resurser på något sätt tillförs konsumtionsområdet.

Vid beräkning av kostnaderna måste hänsyn tas till det förhållandet att utgifterna för välfärdstjänster ökar även om konsumtionsnivån – volymen – är oförändrad. Den oförmånliga utgiftsutvecklingen beror på att produktiviteten vid produktionen av dessa tjänster i princip förutsätts vara noll medan kostnaderna förväntas följa den allmänna kostnadsutvecklingen inom ekonomin. Den personal som producerar välfärdstjänster förväntas exempelvis få samma löneutveckling som gäller för samhället i övrigt.

Ett exempel på denna skillnad mellan kostnader och volymeffekt redovisas av Långtidsutredningen 2008.¹¹¹ I fasta priser utgör den offentliga sjukvårds- och äldreomsorgskonsumtionen en lägre andel av BNP år 2030 än vad den gör 2005 enligt utredningens basscenario. Det handlar ju om en blygsam volymhöjning på 0,7 procent för att upprätthålla oförändrad standard medan BNP ökar med hela 2,2 procent per år. Det är då naturligt att de aktuella välfärdstjänsterna tar i anspråk en lägre andel av BNP. Då har emellertid ingen hänsyn tagits till kostnadsutvecklingen. Kostnaderna för personal kommer dock att öka och den kostnaden ”finansieras” – till skillnad mot förhållandena inom exempelvis industrin – inte med någon produktivitetsutveckling. För att få korrekta uppgifter om vad det verkligen kostar att producera tjänsterna måste utgifterna i fasta priser ”kompenseras” för utebliven produktivitet. När hänsyn tas till kostnadsutvecklingen visar det sig att produktionen av dessa tjänster kräver en ökad andel av BNP trots att volymökningen understiger BNP-ökningen.¹¹²

Det gäller således att bedöma den kostnadsökning som krävs för att nå en volymökning med 1,5 procent per år utöver

¹¹¹ SOU 2008:108.

¹¹² SOU 2008:108, s. 96 f.

Långtidsutredningens basscenario fram till 2030. Och den beräkningen måste göras så att möjliga lösningar – finansieringen av utgiftsökningen¹¹³ – beräknas på samma sätt. Mina antaganden förutsätter i princip en ny beräkning enligt Långtidsutredningens modell. Sådana alternativscenarier är inte möjliga att ta fram inom ramen för detta projekt. En ”genväg” är att ta fasta på en beräkning av ett så kallat vårdscenario, som gjorts inom Finansdepartementet och som redovisats för riksdagen.¹¹⁴ Beräkningen av det scenariot förutsätter en ökning med 1/3 av den historiska så kallade övertillväxten, det vill säga ökningen historiskt utöver den demografiskt betingade. Den senare var 0,7 procent per år i genomsnitt under perioden 1980-2005. För att komma upp mot 1,5 procent bör alltså de värden som redovisas i propositionen multipliceras faktorn 6,4 ($1,5/(0,7/3)$).

De redovisade uppgifterna i propositionen avser tiden fram till 2050. Enligt uppgifter från Finansdepartementet ökar BNP-andelen för den offentliga konsumtionen från 26,4 till 27,7 fram till år 2030 i vårdscenariot. BNP-andelens höjning med 1,3 procentenheter (27,7-26,4) ska då multipliceras med 6,4 för att få fram vilken BNP-andel som krävs för en ökning med 1,5 procent utöver demografins krav. Förfarandet innebär en approximation, som dock är godtagbar i detta sammanhang. BNP-andelen kommer då att uppgå till 34,8 procent – en ökning med 8,4 procentenheter.

BNP-andelen är framräknad för 2030, för att översätta denna till kronor används 2005 års BNP, som då uppgick till 2 735 miljarder kronor. Utgiftsökning till år 2030 skulle uppgå till cirka 230 miljarder kronor ($0,084 \times 2735$). Den summan avser dock hela den offentliga konsumtionen. Valfärdstjänsterna utgör cirka 2/3 av denna vilket betyder en utgiftsökning om drygt 150 miljarder kronor. Dessa 150 miljarder bildar ett finansieringsgap som ska slutas till 2030.

Uppgiften att valfärdstjänsterna utgör 2/3 av den offentliga konsumtionen har beräknats på följande sätt. Valfärdstjänsterna definieras som barnomsorg, ungdomsutbildning, sjukvård och äldreomsorg enligt nedanstående tabell. De utgör 15,2 procent av BNP år 2005 ($1,5+3,7+6,0+4,0$) och drygt 57 procent av den totala offentliga konsumtionen.

¹¹³ Begreppen utgift och kostnad blandas här. Vid beräkningar av detta slag talas oftast om kostnad och volym. När jag talar om finansieringsbehov och resurstillskott känns begreppet utgifter mer naturligt.

¹¹⁴ Prop 2008/09:1, s. 257. I en senare proposition 2008/09:100 bil 4 s. 13 förefaller vårdscenariot ha räknats ned något.

Tabell 6.1 Offentlig konsumtion enligt basscenariot

Procent av BNP

	2005
<i>Summa konsumtion</i>	26,4
Barnomsorg	1,5
Ungdomsutbildning	3,7
Vuxenutbildning	1,9
Sjukvård	6,0
Äldreomsorg	4,0
Övrig verksamhet	9,3

Källa: SOU 2008:18, s. 95.

I tabellen ovan redovisas dock handikappomsorgen under rubriken ”Övrig verksamhet”. Den utgiftsposten utgör ungefär en tiondel av de totala utgifterna för välfärdstjänster.¹¹⁵ Om hänsyn tas till det förhållandet skulle välfärdstjänsterna omfatta ungefär två tredjedelar av den offentliga konsumtionen.

6.3 Hur kan den höjda utgiftsnivån finansieras

Om finansieringsgapet om 150 miljarder kronor skulle slutas genom skatteköjningar skulle skattekvoten behöva höjas med 5,6 procentenheter (150/2735) till år 2030. Skatteintäkterna till kommunerna var (före skattereduktioner) 435 577 miljoner kronor. Skattesatsen samma år var 31,60 procent i genomsnitt.¹¹⁶ 150 miljarder kronor blir då ca 11 procentenheters höjning. Den skulle komma att överstiga 42 procent i genomsnitt. Skulle man försöka nå den utgiftsökningen genom att exempelvis höja taxorna inom primärvården så att den fullt ut finansierades privat – en primärvård helt utan offentligt stöd – så skulle de inkomsterna endast finansiera ungefär en sjättedel av de 150 miljarderna.¹¹⁷

Skatteuppgifterna leder in på frågan om vilka samhälls-ekonomiska konsekvenser som uppstår om konsumtionen av välfärdstjänster ökar i den omfattningen utöver långtidsutredningens basscenario. Det scenariot utgår ifrån en ekonomi i balans. Om den beräknade utgiftsökningen om 150 miljarder skulle

¹¹⁵ Börjesson (2008), s. 29.

¹¹⁶ Skatteverket (2008).

¹¹⁷ Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2006 a), s. 11 så uppgick primärvårdens nettokostnader år 2005 till 27,0 miljarder kronor.

finansieras med skatthöjningar så påverkas naturligtvis andra förhållanden inom ekonomin, särskilt den privata konsumtionen.

Motpolen till finansiering med skatter är finansiering genom effektivisering. Om produktiviteten skulle öka med 1,5 procent per år vid produktion av välfärdstjänster skulle finansieringsproblemet försvinna. Den övriga ekonomin skulle i princip inte påverkas. En på lång sikt blir kännbar effekt uppstår om konsumtion av välfärdstjänster ökar och produktiviteten vid produktion av dem förblir låg. Då kommer BNP att växa långsammare på grund av sjunkande totalproduktivitet.

I denna rapport förutsätts inte att utgiftsökningen ska finansieras med höjda skattesatser. Utan genom en kombination av effektivisering, omfördelning inom offentlig sektor och ökade skatteinkomster utan höjning av skattekvoten samt genom ökat medborgaransvar. Någon ytterligare analys av de samhällsekonomiska konsekvenserna av nämnda finansieringsalternativen görs inte. I stället koncentreras intresset på att beräkna vilket bidrag de nämnda åtgärderna kan lämna till att sluta finansieringsgapet.

Ökade skatteinkomster

Långtidsutredningen har beräknat konsekvenserna av ett års senare utträde från arbetsmarknaden. Utredningen förutsätter då att pensionsåldern inte höjs, dvs. ingen besparing fås på den offentliga utgiftssidan. Beräkningsmässigt höjs successivt det genomsnittliga arbetskraftsdeltagandet för personer i åldrarna 48-74 år med ett år under en tioårsperiod med början år 2012.

I LU:s basscenario visar de offentliga finanserna ett underskott på motsvarande 0,819 procent av BNP 2030, i alternativscenariot är underskottet 0,245 procent av BNP.¹¹⁸ Det senarelagda utträdet ger alltså en förbättring på motsvarande 0,57 procentenheter, som ska relateras till finansieringsgapet på 8,4 procent. Det betyder att ett års senarelagt utträde från arbetsmarknaden sluter gapet med 0,57 procentenheter, dvs. 7,83 procent av BNP. Tre års senare utträde sluter gapet med $3 \times 0,57$ procentenheter. I absoluta tal, med BNP år 2005 som bas, innebär det att tre års senarelagd utträde möjliggör att drygt 45 miljarder kronor kan tillföras den offentliga konsumtionen av välfärdstjänster.

¹¹⁸ SOU 2008.108, s. 102 samt Finansdepartementet.

I vårpropositionen 2009¹¹⁹ presenteras nya beräkningar i dessa avseenden. Där förutsätts ökad utträdesålder sker i takt med förväntad ökad livslängd. Totalt ökas utträdesåldern med ungefär tre år fram till 2090, vilket ger ett utrymme i dag på motsvarande 1,3 procent av BNP. Den beräkningen avser ett längre tidsperspektiv men torde i allt väsentligt ge samma effekt som den nyss angivna.

Ökad effektivitet

Om effektiviteten skulle öka med 0,3 procent kan den förmodade utgiftsökningen reduceras till 1,2 procent (1,5-0,3), dvs. en femtedel. En minskning av finansieringsgapet med en femtedel innebär 30 miljarder kronor. Med en effektivitetsökning på 0,3 procent per år sjunker det framtida finansieringsbehovet till 120 miljarder kronor.

Ökat medborgaransvar

Ett ökat medborgaransvar kan i praktiken åstadkommas genom att utgifterna för äldreomsorg inte tillåts öka efter år 2020. Fyrtiootalisterna får därmed själva ta ansvar för ytterligare standardhöjning. Beräkningsmässigt kan detta förenklas till att äldreomsorgen endast ska öka med hälften så mycket som andra områden utöver de demografiska kraven, dvs. med 0,75 procent.

Välfärdstjänsterna fördelar sig på följande sätt år 2005.

¹¹⁹ Prop. 2008/09:100.

Tabell 6.2 Välfärdstjänsternas fördelning på olika områden

Procentandelar enligt kalkyl i anslutning till tabell 6.1

Utgiftsområde	BNP-andel	Andel välfärdstjänster i relation till den totala offentliga konsumtionen
Barnomsorg	1,4	8,4*
Ungdomsutbildning	3,7	22,3
Sjukvård	6,0	36,2
Äldreomsorg	4,0	24,1
Handikappomsorg	1,5	9,0
Σ	16,6	100

* 1,4/16,6

Av den totala ökningen på 150 miljarder svarar äldreomsorgen för 36 miljarder (24 procent av 150). Om den delen endast ska öka med hälften så blir "besparingen" 18 miljarder, eller avrundat 20 miljarder

Referenser

- Ackerby, Stefan (2008), *Vad får vi för pengarna – om effektivitet och produktivitet i hälso- och sjukvården*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Andersson, Dan m.fl. (2004), *Kan framtidens välfärd finansieras?* LO om LU. Stockholm.
- Batljan, Ilija – Lagergren, Mårten, *Kommer det att finnas en hjälpande hand*, Bil 8 till SOU 2000:7.
- Batljan, Ilija (2007), *Demographics and Future Needs for Public Long Term Care and Services among the Elderly in Sweden - The Need for Planning*. Stockholm.
- Bergman, Sven-Eric (2002), *Den medicinska utvecklingens konsekvenser för sjukvårdens resursbehov. Vårdens resursbehov och utmaningar på längre sikt*. Landstingsförbundet. 2002.
- Borg, Per – Pettersson Ronny (2008), *Lägesrapport till ITPS avseende projektet Svensk tillväxtpolitik under 200 år*.
- Borg, Per (2004), *Systemskifte: en studie av tröghet vid fyra brytpunkter inom svensk välfärdspolitik*. Stockholm.
- Borg, Per (2006), *Reform eller reträtt? välfärdspolitikens vägval*. Stockholm.
- Borg, Per (2009), *Tjugo samtal om välfärdens finansiering på sikt*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Bröms, Jan (2004), *Makten över behoven. Kan sjukvårdens två kulturer förenas*. Stockholm.
- Börjesson, Per-Lennart (2008), *Välfärdsmyteriet? Kommunsektorns utveckling 1980-2005*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Cederqvist, Jane – Ihse, Ingemar (2007), "Svensk sjukvård behöver en tydlig koncernledning", *Dagens Medicin* 2007-01-17.
- Cederqvist, Jane (2008), "Sjukvården var god dröj... Om effektivitet i sjukvården" i Cederqvist, Jane, (red.) *Recept för vården: om effektivitet i sjukvården och äldreomsorgen*. Stockholm.
- Ds 1994:22, *Kvalitets- och produktivitetens utvecklingen i sjukvården 1960-1992* (1994). ESO-rapport.

- Ds 2005:7, *Iakttagelser om landsting*, (2005).
- Ds 2008:36, *Fler i arbete – grunden för framtidens välfärd*.
- Eliasson, Gunnar (2009), *Svensk sjukvård som en framtida exportindustri? En industriekonomisk analys*. Rapport till Globaliseringsrådet.
- Feldt, Kjell-Olof (2009), *Mot en ny skattereform – globaliseringen och den svenska välfärden*. Underlagsrapport nr 27 till Globaliseringsrådet.
- Finanspolitiska rådet (2008), *Svensk Finanspolitik 2008, Finanspolitiska rådets rapport 2008*.
- Fogel, Robert, W. (2000), *The Fourth Great Awakening & the Future of Egalitarianism*, Chicago.
- Fogel, Robert, W. (2008), "Forecasting the Cost of U.S. Health Care in 2040" NBER Working Paper No. 14361. Cambridge.
- Fölster, Stefan m.fl. (2003), *Den sjuka vården. En granskning av hur sjukvårdens resurser används*. Stockholm.
- Förslag till utbudsbegränsningar, Version: 3.0*, Jämtlands läns landsting.
- Försäkringskassan (2007). *Analyserar 2007:5. Socialförsäkringens omfattning och finansiering 2005–2008*.
- Genomgången av läkemedel mot sjukdomar orsakade av magsyra. Slutrapport* (2006). Läkemedelsförmånsnämnden.
- Hallberg, Daniel 2008, "Hur påverkas konjunktursvängningar förtida tjänstepensionering". *Ekonomisk debatt* nr 6.
- Helgesson, Claes-Fredrik – Winberg, Hans (2008), *Detta borde vårddebatten handla om*. Stockholm.
- Himmelstein, David – Woolhandler, Steffie (2007), "Competition in a publicly funded healthcare system", *BMJ*, December, vol 335.
- Jönsson, Bengt m fl (2004), *Hälsa, vård och tillväxt*. Stockholm.
- Klevmarken, Anders – Lindgren, Björn (2008 a) "Fyrtioåringarna tredubblar våra sjukvårdskostnader" *Dagens Nyheter*. 2008-07-29.
- Klevmarken, Anders – Lindgren, Björn (2008 b), *Simulating an Ageing Population: A microsimulation approach applied to Sweden*. Bingley.
- Lagergren, Mårten (2009) *Olika scenarier för äldreomsorgens kostnadsutveckling 2005–2040*. Sveriges Kommuner och Landsting. <http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=6609&A=58364&FileID=244739&NAME=%C4ldreomsorgens%5Fkostnadsutveckling%5F090122.pdf>
- Landstingsförbundet (2003). *Hälso- och sjukvården i utveckling: ökade möjligheter, höjda förväntningar, minskade resurser*.
- Lindh, Tomas (2008). *Sverige i en åldrande värld: framtidsperspektiv på den demografiska utvecklingen*. Underlagsrapport nr 13 till Globaliseringsrådet.

- Långtidsutredningen om hälso- och sjukvården i Stockholms Läns Landsting 2008-2025* (2008). Bilaga Medicintekniska utvecklingen – nuläge och prognos samt bilaga Finansiering och styrning. Stockholms Läns Landsting.
- Modig, Arne (2009), *Allmänheten om den framtida finansieringen av välfärden*. Timbro.
- Molander, Per – Andersen, Torben (red) (2002), *Alternativ i välfärdspolitiken. Hur möter vi en åldrande befolkning och internationaliseringen?* Stockholm.
- Murray, Richard (2006), "Vad är effektivitet och hur mäta den i kommunal verksamhet" i Brorström, Björn (red), *Mått på välfärdens tjänster: en antologi om produktivitet och effektivitet i kommunala verksamheter*. Rapport till EES 2006:2. Finansdepartementet.
- Norberg, Helene (2003), *Skolmisslyckande - hur gick det sen? : rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi – ESO*. Ds 2003:33.
- NUTEK 2008:01 (2008). Mer vår för pengarna genom organisatoriska innovationer.
- OECD (2006). Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers? Working papers no 477.
- Ohlin, Elisabeth (2008), "Svart lista politiskt tabu", *Läkartidningen*, 2008-04-14.
- Olovsson, Conny (2008), *Överskottsmålet och finansieringen av den framtida välfärden*. Rapport till Finansdepartementet.
- Olsson, Clas (2008), "Hur ska välfärden finansieras i framtiden" i Eckenäs, Ole (red) *Vem betalar för välfärden år 2020?* Stockholm.
- Olsson, Hans – Nordén, Carl, J. (2000), *Befolkningsutvecklingen och den framtida välfärden*. TCO.
- Olsson, Hans (2004), *Fler arbetstimmar – välfärdspolitikens framtidsdröm*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Olsson, Hans (2006), *Genomsnittlig pensionsålder i de nordiska länderna – med internationell utblick*, Försäkringskassan analyserar 2006:11.
- Olsson, Hans (2009), "Temaartikel: Pensionsåldern" i *Orange Rapport – Pensionssystemets årsredovisning 2008*, Försäkringskassan.
- Prop 2008/2009:38, *Sänkt skatt för pensionärer*.
- Prop. 2008/09:1, Budgetpropositionen för 2009.
- Prop. 2008/09:100, 2009 års ekonomiska vårproposition.
- Protokoll regeringssammanträde 2007-03-08. S2007/2448/SK
- Rollén, Berit – Olin Wikman Monika (2008), *Vi vill inte bli gamla som äldreomsorgen ser ut i dag*. Stockholm.

- Röstberg, Anna - Settergren Ole (2004) *Världens enklaste pensionssystem?*
http://www.forsakringskassan.se/press/pressmed/pm2004/pm03_04/bilagapm03_04/pm03_04bil.pdf
- Skatteverket (2008). *Skattestatistisk Årsbok 2008*.
- Socialstyrelsen (2008). *God vård på lika villkor. Geografi, demografi, volym & kvalitet*.
- Socialstyrelsen(2009).*Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2008*.
- SOU 1987:3, *Långtidsutredningen 1987*.
- SOU 2000:7, *Långtidsutredningen 1999/2000*.
- SOU 2001:79, *Välfärdsbokslut för 1990-talet: slutbetänkande*.
- SOU 2003:57, *Alternativ finansiering av offentliga tjänster*.
- SOU 2004:11, *Sveriges ekonomi – utsikter till 2020*, bil 1-2 till LU 2003/04.
- SOU 2004:19, *Långtidsutredningen 2003/2004*.
- SOU 2008:105, *Långtidsutredningen 2008. Huvudbetänkande*.
- SOU 2008:108, *Sveriges ekonomi Scenarier på längre sikt*. Bilaga 1 till Långtidsutredningen 2008
- SOU 2008:126, *I den äldres tjänst*.
- SOU 2008:51, *Värdigt liv i äldreomsorgen*.
- SOU 2009:11, *En nationell cancerstrategi för framtiden*.
- Ström, Pernilla (2009), "Sitta vackert i kön" *Dagens Nyheter* 2009-03-14
- Svenska kommunförbundet (2002). *Kommunala framtider: en långtidsutredning om behov och resurser till 2050*.
- Sveriges ekonomiska välbefinnande. Utveckling, nuläge och prioriteringar inför framtiden* (2006). Stockholm. McKinsey&Company.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2005 a). *Hälso- och sjukvården till 2030. Om sjukvårdens samlade resursbehov på sikt*.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2005 b). *Kommer vi att ha råd med sjukvården? ett diskussionsunderlag om hälso- och sjukvårdens framtida finansiering*.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2005 c) *Vårdgaranti / Vård i rimlig tid*.
<http://www.skl.se/artikel.asp?C=3657&A=13616>.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2006 a). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005*.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2006 b). *Effektiviseringsstrategier i landstingen. En beskrivning av arbetet med att skapa bättre resultat med tillgängliga resurser*.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2008 a). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2008 b). *Svenska folket om finansiering av välfärden*.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2008 c). *Uppföljning av vårdgarantin*.

- Sveriges Kommuner och Landsting (2008 d). *Verksamhetsberättelse 2007- Nationell IT i vård och omsorg.*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2008 e). *Ersättningsystem inom hälso- och sjukvården En kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter.*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2008 f). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2009 a) *Handlingsplan 2009 – för stöd till det nationella vårdgaranti- och tillgänglighetsarbetet.*
<http://www.skl.se/artikel.asp?C=361&A=51982>
- Sveriges Kommuner och Landsting (2009 b). *Aktuellt om skola och förskola.*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2009 c). *Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård.*
- Thörn, Ylva (2009), "Vi hindrar de gamla att vara ute när de vill". *Dagens Nyheter* 2009-01-29.
- Utbudsbegränsningar fr.o.m. 2009 och 2010*, Landstingsstyrelsens beslut 2008-01-29, version 2009-01-29. Västerbottens läns landsting
- Westerberg, Bengt (2008), "Privatisera sjukförsäkringen – satsa på sjukvård och äldreomsorg" i Eckenäs, Ole (red) *Vem betalar för välfärden år 2020?* Stockholm.
- Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, (2007). PrioriteringsCentrum.
- Öhrming, Jan (2008), *Hälso- och sjukvårdens fragmentering: från lokalt till transnationellt organiserad sjukvård.* Stockholm.

Förteckning över tidigare rapporter till ESO

2003

- Skolmisslyckande - hur gick det sen?
- Politik på prov - en ESO-rapport om experimentell ekonomi.
- Precooking in the European Union - the World of Expert Groups.
- Förtjänst och skicklighet om utnämningar och ansvarsutkrävande av generaldirektörer.
- Bostadsbyggandets hinderbana - en ESO-rapport om utvecklingen 1995 – 2001.
- Axel Oxenstierna - Furstespegel för 2000-talet.

2002

- "Huru skall statsverket granskas?" - Riksdagen som arena för genomlysning och kontroll.
- What Price Enlargement? implications of an expanded EU.
- Den svenska sjukan - sjukfrånvaron i åtta länder.
- Att bekämpa mul- och klövsjuka en ESO-rapport om ett brännbart ämne.
- Lärobok för regelnissar - en ESO-rapport om regelhantering vid avregleringar.
- Att hålla balansen - en ESO-rapport om kommuner och budgetdisciplin.
- The School's Need for Resources - A Report on the Importance of Small Classes.
- Klassfrågan - en ESO-rapport om lärartätheten i skolan.
- Staten fick Svarte Petter - en ESO-rapport om bostadsfinansieringen 1985-1993.

- Hoten mot kommunerna - en ESO-rapport om ansvarsfördelning och finansiering i framtiden.

2001

- Mycket väsen för lite ull - en ESO-rapport om partnerskapen i de regionala tillväxtavtalen.
- I rikets tjänst - en ESO-rapport om statliga kårer.
- Rättvisa och effektivitet - en ESO-rapport om idéanalys.
- Nya bud - en ESO-rapport om auktioner och upphandling.
- Betyg på skolan - en ESO-rapport om gymnasieskolorna.
- Konkurrens bildar skola - en ESO-rapport om friskolornas betydelse för de kommunala skolorna.
- Priset för ett större EU - en ESO-rapport om EU:s utvidgning.

2000

- Att granska sig själv - en ESO-rapport om den kommunala miljötillsynen.
- Bra träffbild, fast utanför tavlan - en ESO-rapport om EU:s strukturpolitik.
- Utbildningens omvägar - en ESO-rapport om kvalitet och effektivitet i svensk utbildning.
- En svartvit arbetsmarknad? - en ESO-rapport om vägen från skola till arbete.
- Privilegium eller rättighet? - en ESO-rapport om antagningen till högskolan
- Med många mått mätt - en ESO-rapport om internationell benchmarking av Sverige.
- Kroppen eller knoppen? - en ESO-rapport om idrotts-gymnasierna.
- Studiebidraget i det långa loppet.
- 40-talisternas uttåg - en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.

1999

- Dagens och drivkrafter - en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.

- Återvinning utan vinning - en ESO-rapport om sopor.
- En akademisk fråga - en ESO-rapport om rankning av C-uppsatser.
- Hederlighetens pris - en ESO-rapport om korruption.
- Samhällets stöd till de äldre i Europa - en ESO-rapport om fördelningsspolitik och offentliga tjänster.
- Regionalpolitiken - en ESO-rapport om tro och vetande.
- Att snubbla in i framtiden - en ESO-rapport om statlig omvandling och avveckling.
- Att reda sig själv - en ESO-rapport om rederier och subventioner.
- Bostad sökes - en ESO-rapport om de hemlösa i folkhemmet.
- Med backspeglarna som kompass - om svensk musikexport 1974 – 1999.
- Med backspeglarna som kompass - om stabiliseringspolitiken som läroprocess.

1998

- Staten och bolagskapitalet - om aktiv styrning av statliga bolag.
- Kommittéerna och bofinken - kan en kommitté se ut hur som helst?
- Regeringskansliet inför 2000-talet - rapport från ett ESO-seminarium.
- Att se till eller titta på - om tillsynen inom miljöområdet.
- Arbetsförmedlingarna - mål och drivkrafter.
- Kommuner Kan! Kanske! - om kommunal välfärd i framtiden.
- Vad kostar en ren? - en ekonomisk och politisk analys.

1997

- Fisk och Fusk - Mål, medel och makt i fiskeripolitiken.
- Ramar, regler, resultat - vem bestämmer över statens budget?
- Lönar sig arbete?
- Egenföretagande och manna från himlen.
- Jordbruksstödet - efter Sveriges EU-inträde.

1996

- Kommunerna och decentraliseringen - Tre fallstudier.
- Novemberrevolutionen - om rationalitet och makt i beslutet att avreglera kreditmarknaden 1985.
- Kan myndigheter utvärdera sig själva?
- Nästa steg i telepolitiken.
- Reglering som spel - Universiteten som förebild för offentliga sektorn?
- Hur effektivt är EU:s stöd till forskning och utveckling? - En principdiskussion.

1995

- Kapitalets rörlighet Den svenska skatte- och utgiftsstrukturen i ett integrerat Europa.
- Generationsräkenskaper.
- Invandring, sysselsättning och ekonomiska effekter.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet sportfiske.
- Kostnader, produktivitet och måluppfyllelse för Sveriges Television AB.
- Vad blev det av de enskilda alternativen? En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet allemansrätten, fjällen och skotertrafik i naturen.
- Företagsstödet Vad kostar det egentligen?
- Försvarets kostnader och produktivitet.

1994

- En effektiv försvarspolitik? Fredsvinst, beredskap och återtagning.
- Skatter och socialförsäkringar över livscykeln En simuleringsmodell.
- Nettokostnader för transfereringar i Sverige och några andra länder.
- Fördelningseffekter av offentliga tjänster.
- En Social Försäkring.
- Valfrihet inom skolan Konsekvenser för kostnader, resultat och segregation.

- Skolans kostnader, effektivitet och resultat En branschstudie.
- Bensinskatteförändringens effekter.
- Budgetunderskott och statsskuld Hur farliga är de?
- Den svenska insolvensrätten Några förslag till förbättringar inom konkurshanteringen m.m.
- Det offentliga stödet till partierna Inriktning och omfattning.
- Den offentliga sektorns produktivitet 1980 – 1992.
- Kvalitet och produktivitet - Teori och metod för kvalitetsjusterande produktivetsmått.
- Kvalitets- och produktivitetens utvecklingen i sjukvården 1960 – 1992.
- Varför kulturstöd? Ekonomisk teori och svensk verklighet.
- Att rädda liv Kostnader och effekter.

1993

- Idrott åt alla? Kartläggning och analys av idrottsstödet.
- Social Security in Sweden and Other European Countries Three Essays.
- Lönar sig förebyggande åtgärder? Exempel från hälso- och sjukvården och trafiken.
- Hur välja rätt investeringar i transportinfrastrukturen?
- Prestödets effekter en utvärdering.

1992

- Statsskulden och budgetprocessen.
- Press och ekonomisk politik tre fallstudier.
- Kommunerna som företagsägare - aktiv koncernledning i kommunal regi.
- Slutbudsmetoden ett sätt att lösa tvister på arbetsmarknaden utan konflikter.
- Hur bra är vi? Den svenska arbetskraftens kompetens i internationell belysning.
- Statliga bidrag motiv, kostnader, effekter?
- Vad vill vi med socialförsäkringarna?
- Fattigdomsfällor.
- Växthuseffekten slutsatser för jordbruks-, energi- och skattepolitiken.

- Frihandeln ett hot mot miljöpolitiken eller tvärtom?
- Skatteförmåner och särregler i inkomst- och mervärdesskatten.

1991

- SJ, Televerket och Posten bättre som bolag?
- Marginaleffekter och tröskeleffekter barnfamiljerna och barnomsorgen.
- Ostyriga projekt att styra stora kommunala satsningar.
- Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården vad blir effekterna?
- Skogspolitik för ett nytt sekel.
- Det framtida pensionssystemet två alternativ.
- Vad kostar det? Prislista för statliga tjänster.
- Metoder i forskning om produktivitet och effektivitet med tillämpningar på offentlig sektor.
- Målstyrning och resultatuppföljning i offentlig förvaltning.

1990

- Läkemedelsförmånen.
- Sjukvårdskostnader i framtiden vad betyder åldersfaktorn?
- Statens dolda kapital. Aktivt ägande: exemplet Vattenfall.
- Skola? Förskola? Barnskola?
- Bostadskarriären som en förmögenhetsmaskin.

1989

- Arbetsmarknadsförsäkringar.
- Hur ska vi få råd att bli gamla?
- Kommunal förmögenhetsförvaltning i förändring – citykommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö.
- Bostadsstödet - alternativ och konsekvenser.
- Produktivitetmätning av folkbibliotekens utlåningsverksamhet.
- Statsbidrag till kommuner: allt på en check eller lite av varje? En jämförelse mellan Norge och Sverige.
- Vad ska staten äga? De statliga företagen inför 90-talet.
- Beställare-utförare - ett alternativ till entreprenad i kommuner.

- Lönestrukturen och den "dubbla obalansen" - en empirisk studie av löneskillnader mellan privat och offentlig sektor.
- Hur man mäter sjukvård - exempel på kvalitet- och effektivitetsmätning.

1988

- Vad kan vi lära av grannen? Det svenska pensionssystemet i nordisk belysning.
- Kvalitet och kostnader i offentlig tjänsteproduktion.
- Alternativ i jordbrukspolitiken.
- Effektiv realkapitalanvändning i kommuner och landsting.
- Hur stor blev tvåprocentaren? Erfarenheten från en besparings-teknik.
- Subventioner i kritisk belysning.
- Prestationer och belöningar i offentlig sektor.
- Produktivitet utveckling i kommunal barnomsorg.
- Från patriark till part - spelregler och lönepolitik för staten som arbetsgivare.
- Kvalitetsutveckling inom den kommunala barnomsorgen.

1987

- Integrering av sjukvård och sjukförsäkring.
- Produktkostnader för offentliga tjänster - med tillämpningar på kulturområdet.
- Kvalitetsutvecklingen inom den kommunala äldreomsorgen 1970-1980.
- Vägar ut ur jordbruksregleringen - några idéskisser.
- Att leva på avgifter - vad innebär en övergång till avgiftsfinansiering?

1986

- Offentliga utgifter och sysselsättning.
- Produktions-, kostnads-, och produktivitet utveckling inom den offentliga finansierade utbildningssektorn 1960-1980.
- Socialbidrag. Bidragmottagarna: antal och inkomster. Socialbidragen i bidragssystemet.

- Regler och teknisk utveckling.
- Kostnader och resultat i grundskolan - en jämförelse av kommuner.
- Offentliga tjänster - sökarljus mot produktivitet och användare.
- Svensk inkomstfördelning i internationell jämförelse.
- Byråkratiseringstendenser i Sverige.
- Effekter av statsbidrag till kommuner.
- Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning.
- Samhällsekonomiskt beslutsunderlag - en hjälp att fatta bättre beslut.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom armén och flygvapnet 1972-1982.

1985

- Egen regi eller entreprenad i kommunal verksamhet – möjligheter, problem och erfarenheter.
- Sociala avgifter - problem och möjligheter inom färdtjänst och hemtjänst.
- Skatter och arbetsutbud.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom vägsektorn.
- Organisationer på gränsen mellan privat och offentlig sektor – förstudie.
- Frivilligorganisationer alternativ till den offentliga sektorn?
- Transfereringar mellan den förvärvsarbetande och den äldre generationen.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom den sociala sektorn 1970-1980.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960-1980.
- Statsskuldräntorna och ekonomin effekter på den samlade efterfrågan i samhället.

1984

- Återkommande kostnads- och prestationsjämförelser - en metod att främja effektivitet i offentlig tjänsteproduktion.

- Parlamentet och statsutgifterna hur finansmakten utövas i nio länder.
- Transfereringar och inkomstskatt samt hushållens materiella standard.
- Marginella expansionsstöd ekonomiska och administrativa effekter.
- Är subventioner effektiva?
- Konstitutionella begränsningar i riksdagens finansmakt - behov och tänkbara utformningar.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 4. Budgetunderskott, utlandsupplåning och framtida konsumtionsmöjligheter. Budgetunderskott, efterfrågan och inflation.
- Vem utnyttjar den offentliga sektorns tjänster.

1983

- Administrationskostnader för våra skatter.
- Fördelningseffekter av kommunal barnomsorg.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 3. Budgetunderskott, portföljval och tillgångsmarknader. Modellsimuleringar av offentliga besparingar m.m.
- Produktivitet i privat och offentliga tandvård.
- Generellt statsbidrag till kommuner – modellskisser.
- Administrationskostnader för några transfereringar.
- Driver subventioner upp kostnader - prisbildningseffekter av statligt stöd.
- Minskad produktivitet i offentlig sektor - en studie av patent- och registreringsverket.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 2. Fördelningseffekter av budgetunderskott. Hushållsekonomi och budgetunderskott.
- Enhetligt barnstöd? några variationer på statligt ekonomiskt stöd till barnfamiljer.
- Staten och kommunernas expansion några olika styrmedel.

1982

- Ökad produktivitet i offentlig sektor - en studie av de allmänna domstolarna.
- Offentliga tjänster på fritids-, idrotts- och kulturområdena.

- Perspektiv på budgetunderskottet, del 1. Budgetunderskottens teori och politik. Statens budgetfinansiering och penningpolitiken.
- Inkomstomfördelningseffekter av livsmedelssubventioner.
- Perspektiv på besparingspolitiken.