

# PÅ RYMMEN FRÅN ÅLDERDOMS- HEMMET

TYSKLANDS ÄLDREVÅRDSFÖRSÄKRING  
OCH VAD VI KAN LÄRA AV DEN

JACOB ARFWEDSON

[www.timbro.se/innehall/isbn=9175667553&flik=4](http://www.timbro.se/innehall/isbn=9175667553&flik=4)

28 MAJ 2010

**TIMBRO**

© Författaren och Timbro 2010

ISBN 978-91-7566-755-3

[www.timbro.se](http://www.timbro.se)

[info@timbro.se](mailto:info@timbro.se)

## FÖRORD

Det är inte bara vi svenskar som utmålar vårt land som världens bästa. Men när det kommer till välfärdspolitik kan vi nog konstatera att det finns en djupt rotad, och mycket speciell, svensk nationalism som förenar vänster och höger. "In Sweden, we have a system..." brukar vara inledningen till svenska förklaringar för "oupplysta" utlänningar, om hur bra det är att staten gör och betalar allt åt alla, alltid och överallt.

I verkligheten är det naturligtvis inte så enkelt. Det finns många goda skäl – ideologiska såväl som praktiska och ekonomiska – att ifrågasätta den svenska välfärdsstatens omfattning. Och det finns också många goda skäl att lära mer om hur andra utvecklade industriländer organiserar sin välfärd. Dels för att deras exempel kan ge argument och inspiration till nödvändigt reformarbete hos oss. Dels för att öka vår förståelse för att alla välfärdsdemokratier inte ser ut och fungerar exakt som vår – och att människor där inte tänker exakt som vi.

Föreliggande rapport beskriver ett system för boende, vård och omsorg om äldre som *inte* bygger på att människor hänvisas till något som en kommunal biståndsbedömare anser vara lämpligt och bäst anpassat till kommunens budget; som *inte* bygger på att de gamla måste anpassa sig till vård- och omsorgsapparaten krav, utan faktiskt precis tvärtom; och som *inte* innebär att de som lever på äldreboenden behöver känna att de bor på någon annans arbetsplats.

Men det handlar inte om någon utopi, utan en högst reell verklighet – nämligen välfärdslandet Tyskland och dess system för äldrevårdsförsäkring. Som framgår av texten står även den tyska äldrevården inför vissa reformbehov avseende den långsiktiga finansieringen. Men det är inte huvudpoängen här. I stället visar rapporten att vården och omsorgen om våra äldre, inom ramen för ett gemensamt finansierat åtagande, kan vara så radikalt annorlunda – och därmed så mycket bättre – än i Sverige.

Författare till rapporten är *Jacob Arfwedson*, frilansskribent och konsult vid tankesmedjor i både Europa och USA. Han är Senior Fellow på Center for Medicine in the Public Interest

(New York) och direktör för CMPI i Paris, samt Fellow på European Enterprise Institute i Bryssel.

Stockholm i maj 2010

*Thomas Idergard*

Programansvarig, Välfärd & reformstrategi, Timbro

## INNEHÅLL

INLEDNING .....	6
1. OFFENTLIGT ANSVAR OCH SOCIALFÖRSÄKRINGSSYSTEM.....	7
2. VÅRDFÖRSÄKRINGEN – ORGANISATION OCH FINANSIERING ..	8
3. OFFENTLIG FINANSIERING.....	15
4. INSTITUTIONER – PRIVAT OCH OFFENTLIG ÄLDREOMSORG ...	19
5. SVERIGE – VAD HÄNDER OCH HUR GÖR VI? .....	25
SLUTORD.....	30
BILAGA 1: VÅRDFÖRSÄKRINGEN – ÖVERBLICK .....	33
BILAGA 2: VÅRDFÖRSÄKRINGEN SPV I SIFFROR .....	35
NOTER .....	37
REFERENSER .....	39

## INLEDNING

*I en förtjusande modern miljö, designad av samtidens förnämsta arkitekter, har ett antal vänliga människor i vita rockar låst in min konjak och mig. Fast i olika skåp.*

”Gula Hund” (1964)

Som Oscar Wilde sade är problemet med ålderdomen inte att man blir äldre utan att man förblir ung. Men så småningom kommer verkligheten i fatt, och då krävs ofta hjälp av andra. Eftersom äldreomsorg oftast och i de flesta länder är en politiskt styrd verksamhet, gäller dagens debatt i vilken utsträckning den enskilde har en plats och framför allt rätt att bestämma hur levnadsvillkoren ska se ut när man inte längre kan reda sig helt själv.

I det som följer studeras det tyska systemet för äldreomsorg, med fokus på den offentliga vårdförsäkringen (*Soziale Pflegeversicherung, SPV*) som infördes 1995. Den innehåller åtskilliga inslag av valfrihet i bemärkelsen vårdbehovet och dess utförande, som kan tjäna som inspiration för behövliga reformer i Sverige. Detta gäller särskilt decentralisering av behovsprövning, rätt till personligt anpassad vård, engagemang för anhöriga och allmänt en politisk process som bättre tar hänsyn till enskilda önskemål.

Avslutningsvis några reflektioner med citat och förslag från svenska debattörer, som ger en uppfattning om hur framtiden kan se ut. Rapporten är först och främst ett idéreportage. Politiska kommentarer samt övrigt innehåll ansvarar författaren för, liksom eventuella fel och missuppfattningar.

Ett särskilt tack till vänner, kolleger och kontakter som bistod med information och vägledning: Frederik Cyrus Roeder (Bayreuth), Tim Arnold (NRW Landesvertretung Berlin), Wolfgang Müller (Institut für Unternehmerische Freiheit, Berlin) och Kaj Fölster (Stockholm).

# 1. OFFENTLIGT ANSVAR OCH SOCIALFÖRSÄKRINGSSYSTEM

Den tyska välfärdsstaten har gamla anor, äldre än den svenska. Välfärdsideologer i Sverige hämtade också inspiration från tyska teoretiker. I så måtto bär Bismarck indirekt ett stort ansvar inte bara för Europas utseende under sent 1800-tal, utan också som anfader till den moderna välfärdsstaten (paradoxalt nog genomförd för att kväsa socialister och liberaler).<sup>1</sup>

Tyskland är sedan 1949 en federal stat. Detta präglar samtliga offentliga institutioner, inklusive ansvarsuppdelningen för socialförsäkringarna.<sup>2</sup>

**1. Den federala regeringen** (*Bund*) beslutar om alla socialförsäkringar och villkor. Arbetsgivaren och löntagaren finansierar vardera hälften av de fem obligatoriska socialförsäkringarna: pensioner, olycksfall, sjukförsäkring, arbetslöshets- och vårdförsäkring.

**2. Delstaten** (*Land*) beslutar om översikt, kontroll, investeringar, och ansvarar för större institutioner som gerontologiska och geropsykiatriska kliniker, samt forskning och akademisk utbildning.

**3. Kommunerna** (*Gemeinde*) ansvarar för verksamheterna inom äldreomsorgen.

Lagstiftning, finansiering och utförande får inte ligga i samma hand. Det betyder att staten, parlamentet, kommunalfullmäktige planerar äldreomsorgen, institutionerna med mera, och deras finansiering, men utförandet står de erkända välfärdsorganisationerna för, till exempel Caritas, Röda Korset, Diakonisches Werk... samt av privata företag för hemtjänst.

## 2. VÅRDFÖRSÄKRINGEN – ORGANISATION OCH FINANSIERING<sup>3</sup>

Vårdförsäkringen (*Soziale Pflegeversicherung, SPV*) infördes 1995 som den femte självständiga pelaren i socialförsäkringssystemet, och den täcker obligatoriskt samtliga medborgare.<sup>4</sup> Dock uppdelas befolkningen mellan den offentliga försäkringen (SPV) och den privata (*Pflegepflichtversicherung, PPV*).<sup>5</sup> Uppdelning följer alltså mönstret i sjukförsäkringen som kan vara offentlig eller privat.

Cirka 2,16 miljoner tyskar (november 2008) gör anspråk på vårdförsäkringen: 94 procent täcks av SPV, övriga 6 procent av den privata vårdförsäkringen (*Pflegepflichtversicherung, PPV*, som är obligatorisk men privat).

### TÄCKNING

A. Den som är försäkrad via den offentliga sjukförsäkringen erhåller automatiskt täckning i vårdförsäkringen. Detta gäller exempelvis löntagare, studerande och pensionärer.

B. Täckning gäller även för underhållsberättigade barn, make och partner vars inkomst inte överstiger 355 euro/månad (dessa är undantagna från inbetalningar).

C. Medborgare med privat sjukförsäkring måste teckna en privat vårdförsäkring, men ersättningen är densamma som i den offentliga.

### BISTÅNDSBEDÖMNING OCH VILLKOR<sup>6</sup>

Vårdförsäkringens utbetalningar bestäms primärt av:

1. Graden av vårdbehov, som bedöms av sjukförsäkringsmedicinska personal.
2. Vårdformen: vårdhem/vård i hemmet.



Behov av vårdförsäkring enligt lag<sup>7</sup> gäller dem som på grund av fysiska, psykiska eller själsliga sjukdomar (eller handikapp gällande hygien, näringsintag, rörlighet eller hushållsbestyr) för minst sex månader behöver hjälp i avsevärda mått.

För att åberopa vårdförsäkring sker ansökan genom vårdkassan, och besked ska ges inom fem veckor enligt bestämmelser som lagfästas i vårdreformen 2008. Tidigare tvingades patienter vänta betydligt längre på beslut. Långvårdspatienter och långtidssjukskrivna erhåller besked inom en vecka, enligt särskilda villkor. Ett grundläggande krav är att avgifter till vårdkassan har betalats in – enskilt eller genom familjetäckning – under minst två av de senaste tio åren (före reformen gällde minst fem års avgifter). Den som saknar egen inkomst är automatiskt vårdförsäkrad genom kommunalt socialbidrag.

De offentliga vårdkassorna är underställda de offentliga sjukkassorna, som är självförvaltande organ enligt offentlig rätt. Via sjukkassans medicinska personal utfärdas ett intyg om vårdbehovet.<sup>8</sup> Detta sker genom förannonserat hembesök av läkare eller vårdpersonal, som fastställer behovet av individuell assistans (hygien, måltider och rörlighet) samt hjälp i hushållet.

Sedan 1997 gäller landsomfattande riktlinjer med identiska kriterier för varje enskilt behov. Graden av vård och klassificering enligt vårdnivå avgörs dock enbart utifrån den enskildes behov. Försäkringstagaren har möjlighet att överklaga beslut i ärendet till sin vårdkassa.

*Vårdbehövande kategoriseras i tre nivåer där olika behov tillgodoses, via hemtjänst eller i permanent respektive tillfälligt äldreboende/vårdhem. Vårdförsäkringen ger därmed var och en möjlighet att själv välja hur och av vem hjälpen ska utföras. Man kan välja att anlita yrkespersonal, eller ta emot kontantbidrag för att ersätta anhöriga. Det övergripande målet är att i största möjliga utsträckning låta den vårdbehövande utforma sin egen tillvaro.*

SPV ökade (1998–2008) från 1,66 till 2,16 miljoner förmånstagare. Ökningen indelades i + 45,2 procent för äldreboende och + 13,4 procent för vård via hemtjänst. Andelen vård i hemmet/anhörigvård ökade under samma period från en fjärdedel till cirka en tredjedel av det totala antalet människor i vårdförsäkringen.<sup>9</sup>

Med vårdreformen (2008) infördes också lokala rådgivningskontor där medborgarna både kan inhämta information och få hjälp med att överblicka tillgänglig service. Här finns

tillgång till personal från sjuk- och vårdkassan, formulär, information om äldreboende, vårdhem, ideella organisationer och så vidare. Kommunens ekonomiska rådgivare räknar fram hur stor del av pensionen som ska inbetalas, vilken nivå i vårdförsäkringen som ska tillämpas (se nedan), eventuell tilläggsbetalning från privat tilläggsförsäkring respektive hur mycket kommunen ska betala. Sedan väljer den enskilde äldreboende på grundval av den ekonomiska kalkylen. Rådgivningskontoren inrättas av sjuk- och vårdkassorna i respektive *Land*, förutsatt att delstaten har fattat beslut om detta.<sup>10</sup>

## VÅRDBEHOV

### **Nivå I, tydligt vårdbehov:**

Behov av hjälpinsatser åtminstone en gång per dag för minst två basbehov (hygien, måltider eller rörlighet) samt hjälp i hushållet flera gånger i veckan. Veckobehovet måste motsvara minst 90 minuter per dag, varav mer än hälften ägnas åt basbehoven.

### **Nivå II, tung vård:**

Behov av omsorg minst tre gånger per dag för basbehov, samt för hjälp i hushållet flera gånger i veckan. Veckobehovet motsvarar i genomsnitt minst tre timmar per dag, varav minst två timmar för basbehoven.

### **Nivå III, extrem vård:**

Behov av omsorg som infaller när som helst, dag eller natt, samt hjälp flera gånger i veckan i hushållet. Veckobehovet motsvarar i snitt minst fem timmar per dag, varav minst två timmar för basbehoven.

Särskilda fall (nivå III), så kallade hårda fall, ger anledning till ytterligare insatser förutsatt att:

- Hjälp med basbehoven kräver minst sex timmars insats per dag, varav minst tre timmar nattetid (med hänsyn till medicinsk behandling) eller
- Basbehoven nattetid kräver insatser av flera personer samtidigt. I åtminstone en insats (dag eller natt) måste, jämte yrkespersonal, minst ytterligare en person medverka som inte

syssetsätts inom vården (t ex en anhörig eller personal från ideella organisationer); detta för att se till att inte flera personer inom vårdtjänsten erfordras.

Dessutom måste i varje enskilt fall kontinuerlig hjälp i hushållet erfordras.

Av de äldre som vårdades på institution 2007 återfanns en dryg tredjedel (36 procent) under nivå I; 43 procent erhöll vård på nivå II och 21 procent på nivå III.

Vård på nivå III kostade 2007 i genomsnitt 70 euro per dag, utgifter för kost och boende 20 euro per dag, eller totalt cirka 2 770 euro per månad (grundat på 30,4 dagar). Högsta kostnaderna konstaterades i Nordrhein-Westfalen (3 130 euro) och Hamburg (3 040 euro).

I december 2007 omhändertogs sammanlagt 709 000 personer på vårdhem, och av dessa var 75 procent kvinnor.<sup>11</sup> Långvård av äldre omfattade 671 000 personer och korttids- eller tillfällig vård av icke-kronisk karaktär 38 000 personer.

## HEMTJÄNST<sup>12</sup>

Hemtjänst (privata vinstdrivande företag eller ideella föreningar) erbjuder vårdbehövande och deras anhöriga hjälp i hemmet, främst med grundläggande behov (måltider, rörlighet och vila), medicinsk hjälp (daglig medicin, förband, injektioner), hjälp och rådgivning för tjänster (transport, matleverans) samt hushållstjänster (inköp, matlagning, städning).

Offentliga månadsbidrag från vård försäkringen utgår enligt följande tabell:

### HEMTJÄNST (GRUNDLÄGGANDE VÅRD OCH HJÄLP I HUSHÅLLET)

	2008	2010	2012
Nivå I	420	440	450
Nivå II	980	1 040	1 100
Nivå III*	1 432	1 470	1 550

\* för så kallade hårda fall gäller 1 918 euro/månad

## VÅRDBIDRAG

Vårdbehövande har rätt att bestämma hur och av vem de erhåller tjänster. De kan följaktligen välja att antingen ta vårdtjänster i anspråk via hemtjänst enligt ovan, eller att ansöka om vårdbidrag – förutsatt att hushållstjänster utfärdas av anhörig eller annan frivillig person.

Beloppet utbetalas via vårdkassan till den vårdbehövande, och kan sedan användas fritt för att ersätta den person som utför tjänsten. En anhörig kan med bibehållen socialförsäkring begära obetald semester i maximalt sex månader för vård av anhörig i hemmet, som minst motsvarar behoven i vårdnivå I (den rätten gäller dock för anhöriga vars arbetsgivare sysselsätter mer än 15 anställda).<sup>13</sup>

För att garantera att pengarna anpassas maximalt till individuella behov är det möjligt att dela upp bidraget mellan tjänster och hjälpmedel. En person kan exempelvis välja att spendera hälften av sitt bidrag på tjänster och använda resten för att köpa hjälpmedel (rullstol, rollator etc).

### VÅRDBIDRAG (PER MÅNAD/EURO)

	2008*	2010	2012
Nivå I	215	225	235
Nivå II	420	430	440
Nivå III*	675	685	700

\* från 1 juli 2008

När den person som utför vårdtjänsten har semester eller är sjukskriven övertar vårdkassan kostnaden för en ersättare (högst fyra veckor per kalenderår):

	2008	2010	2012
<i>Max belopp (euro/år)</i>	1 470	1 510	1 550

Var och en kan också anlita individuella entreprenörer (assistenter, sjukgymnaster, skötare) för hemtjänst. Dessa kan fritt sluta avtal med vårdbehövande när särskilda villkor krävs eller

när den reguljära hemtjänsten inte kan tillfredsställa individuella behov. Fram till 2008 års reform godkändes sådana kontrakt endast undantagsvis. Betalning sker från vårdkassan direkt till vårdpersonal.

Ett viktigt tillägg i reformen är också att vårdbehövande i framtiden kan samordna vårdtjänster, till exempel med samboende. Därmed organiseras vårdinsatser gemensamt för olika fritt valda former av kollektivboende, vilket medför avsevärda besparingar i tid och pengar för utförda tjänster.

Vårdkassan betalar även upp till 2 557 euro för att anpassa befintlig bostad för vård i hemmet eller för att möjliggöra fortsatt eget boende. Den enskilde betalar en egenavgift som är inkomstbaserad. Detta bidrag kan betalas ut en gång till om en förändrad vårdsituation ger anledning till ytterligare åtgärder.

Vård på institution (permanent boende med långvård) medges när övriga lösningar inte längre är möjliga. I vissa fall prövar vårdkassans läkarpersonal ansökan. Sedan betalar kassan ett fast bidrag direkt till vårdhemmet enligt fastställd vårdnivå, som endast finansierar vård- och hjälpinsatser. Den enskilde betalar övriga kostnader (hyra, måltider, investeringskostnader och eventuella bekvämlighetstjänster).

Vårdkassans bidrag begränsas också till 75 procent av institutionens faktiska kostnader. Resterande kostnader måste täckas av egenavgifter.

Bidrag utgår som följer:

Euro/månad	2008	2010	2012
Nivå III	1 470	1 510	1 550
Hårda fall	1 688	1 750	1 918

## PRIVATA TILLÄGGSFÖRSÄKRINGAR OCH SKATTEBEHANDLING

Den offentliga vårdförsäkringen är inte heltäckande, utan ska ses som en grundtrygghet. Privata tilläggförsäkringar (via sjukkassor eller försäkringsbolag) finns huvudsakligen i tre former och omfattar dem som också har privat sjukförsäkring.<sup>14</sup>

- Vårdränta (*Pflegerentenversicherung*) enligt livförsäkringsprincip: när vårdbehov uppstår betalar försäkringen ut en månatlig ränta enligt kontraktsvillkor.
- Vårdkostnadsförsäkring (*Pflegekostenversicherung*): kompletterar den offentliga och privata sjukförsäkringens utbetalningar, helt eller delvis.
- Vårdbidrag (*Pflegebeitrag*) det vill säga ett fast belopp för vård per dag (intyg fordras).

En viktig skillnad är att de privata tilläggförsäkringarna bygger sina premier på kapitalbildning och inte på den försäkrades inkomstnivå (som i den offentliga varianten). Premier kalkyleras utifrån individuella riskprofiler, med viktiga begränsningar: premier får inte grundas på individens hälsosituation, tidigare sjukdomar får inte beaktas och redan vårdbehövande personer får inte uteslutas. Barn inkluderas avgiftsfritt.

För att kunna erbjuda "rimliga" premier är de privata tilläggförsäkringarna föremål för omfattande reglering. De får inte överstiga den offentliga vårdförsäkringens övre gräns. I slutet av 2007 begränsades inbetalningarna för den dryga miljon medborgare som omfattas (alltså 11 procent av befolkningen med privat vårdförsäkring).<sup>15</sup>

Ett grundläggande inslag i den privata försäkringen är att premien kalkyleras för att utjämnas under livscykeln, det vill säga högre premier under yngre och yrkesverksamma år, och lägre premier när vårdbehovet ökar.

Från 1 januari 2010 kan arbetstagare och egenföretagare dra av sina inbetalningar till vårdförsäkringen (privat eller offentlig) helt och hållet. Tidigare var avdragen begränsade (1 500 euro för ensamstående, 3 000 euro för gifta makar, 2 400 euro för egenföretagare).<sup>16</sup>

*Sedan 1 januari 2009 intensifieras konkurrensen mellan privata försäkringsformer, eftersom ackumulerat kapital blir portabelt och alltså kan medföras om man byter försäkring. Detta gäller sjuk- och vårdförsäkring i privat regi, samt både för nya och redan gällande avtal.*

### 3. OFFENTLIG FINANSIERING

Inbetalningar till den offentliga vårdförsäkringen (SPV) motsvarar de inkomstgränser som satts i den offentliga sjukförsäkringen (för 2010 är summan 4 162,50 euro/månad eller 49 950 euro/år). Fram till 30 juni 1996 representerade SPV 1 procent av lönesumman. Den 1 juli 1996 inkluderades vård på institution i försäkringen (som tidigare endast omfattade hemtjänst), och andelen höjdes till 1,7 procent i hela landet.

Dessa delas lika mellan arbetsgivare och anställda och organiseras alltså som övriga obligatoriska försäkringar genom sociala avgifter på lönesumman. Pensionärer betalar hela beloppet själva sedan 1 april 2004.<sup>17</sup>

I den senaste vårdreformen (2008) höjdes andelen från 1,7 till 1,95 procent för att minska underskottet i de löpande utgifterna och finansiera nya åtaganden. Dessutom betalar personer utan barn sedan 2005 en extraavgift på 0,25 procentenheter (totalt 2,2 procent sedan 1 juli 2008).

Sedan 1 juli 2008 ligger den genomsnittliga andelen i SPV-inbetalningar på 2,01 procent. (För att utjämna den höjda arbetsgivaravgiften avskaffades helgdagen Buß- und Bettag, utom i Sachsen.)

Avsikten med reformen var att bättre anpassa vårdförsäkringens utformning till medborgarnas egna preferenser, genom högre transparens i prestationerna och därmed göra det lättare att jämföra olika försäkringar och vårdinstitutioners kvalitet.<sup>18</sup>

Nya bestämmelser inkluderar:

- Successivt höjda ersättningsnivåer fram till 2012, särskilt ersättning för vård i hemmet av människor med svåra hinder i vardagen, och demenssjuka (se bilaga 1).
- På institutioner kan assistenter anställas för människor med särskilda vårdbehov.
- Anhöriga kan ansöka om obetald tid för vård, med bibehållen socialförsäkring, under maximalt sex månader.

- Rättslig prövning av individuellt anpassad vård.
- Hemtjänst och institutioner kontrolleras årligen, utan förvarning, och kvalitetsrapporter publiceras (på Internet och i pappersform).

*Noteras bör att konkurrens mellan kassor och mellan privata försäkringsgivare endast gäller sjukförsäkringen. Vårdförsäkringen följer dock samma arrangemang, vid val av sjukkassa väljs samtidigt motsvarande kassa för vårdförsäkring.<sup>19</sup>*

## UNDERSKOTT OCH SKULDPROBLEM PÅ SIKT

Allmänt lider den tyska vårdförsäkringen av samma problem som offentliga socialförsäkringar i stort. Enhetliga inbetalningar (utan avseende på hälsotillstånd), PAYGO-princip, stigande utgifter med sjunkande befolkningstal och allt äldre befolkning, nedskärningar med mera. Det är alltså rimligt att anta att systemet i sin nuvarande form är dömt till bankrutt.

Resultatet är strukturella underskott (jämför med pensionssystemen) som kontinuerligt genereras av omfördelningsprincipen.

Underskottet sjönk 2005 då barnlösa tvingades inbetala 1,95 procentenheter av lönesumman, jämfört med tidigare 0,25 procent. Detta motsvaras (1995–2008) av en reell försämring av utbetalningarna på sammanlagt 22 procent (eller 1,54 procent per år). Det ska jämföras med en kostnadsökning (2000–2008) på 19,4 procent (ålderdomshem) och för vård via hemtjänst på 26,2 procent.<sup>20</sup>

Utgifterna för tung vård är konstant sedan 1997, och representerar i genomsnitt 9 000 euro per år.

Utvecklingen är dock ojämn: vårdbehovet ökar av naturliga skäl med stigande ålder. Endast 300 000 personer (15 procent) av behövande var 2005 yngre än 60 år. Men då intäktssidan grundar sig på inkomster/pensioner (egentligen löneskatter) verkar den regressivt relativt ålder. I åldersklassen 40–50 år är skatten årligen 380 euro/person, jämfört med knappt 200 euro/år för individer över 65 år.



Regeringskoalitionen (CDU–FDP), som tillträdde efter 2009 års val, planerar att införa privat sparande i den offentliga vårdförsäkringen.

Den nye hälsoministern Philipp Rösler (FDP) har betonat behovet av kapitalbildning, då systemet i dag grundas på PAYGO-principen: ”Det är ett etiskt ansvar att se till att vården förblir överkomlig.”<sup>21</sup> Pengarna går i dag direkt från löntagarna till de berörda. Det finns ingen kapitalstock. Tanken är således att varje medborgare i framtiden måste avsätta kapital som förvaltas centralt, men så småningom med individuell förfoganderätt.

En tidplan för ett sådant privat vårdsparende finns tills vidare inte. Men i samband med regeringsförklaringen klargjorde Rösler färdriktningen:

*Införandet av vårdförsäkringen i mitten av 1990-talet hjälpte många människor. Men nu är det hög tid att komplettera fördelningssystemet med en tilläggsförsäkring byggd på kapitalbildning ... Vi behöver inte bara solidaritet, utan också rättvisa.*<sup>22</sup>

Andelen vårdbehövande år 2050 beräknas till närmare 6 procent av befolkningen, jämfört med 2,6 procent i dag. Därtill måste läggas en minskad skattebas (demografi) och sannolikt minskad andel familjebaserad vård, delvis med hänsyn till antalet barnlösa men också för att yrkesaktiva barn ofta bor långt från sina föräldrar.

I ett längre perspektiv kan detta alltså betyda ett val mellan lägre ersättning eller högre avgifter, eller båda delarna. Ur politisk synvinkel är detta (som vanligt) ett val mellan pest och kolera, givet ett oförändrat system. Om vårdkostnaderna stiger med 3,5 procent per år kommer utbetalningarna från SPV att halveras vart tjugonde år.<sup>23</sup>

Vårdinsatser är arbetsintensiva och kan endast i begränsad omfattning effektiviseras av teknisk utveckling (även om telemedicin och operationer via robot per distans är intressanta inslag). Rationaliseringar och produktivitetsökningar kan rimligen inte uppfylla de behov som förväntas enligt nuvarande statsfinansiella och demografiska villkor.

Liksom pensionssystemet är nuvarande situation utomordentligt fördelaktig för den generation som nu behöver insatser för vård och omsorg. Däremot innebär den en växande skuldbörda för kommande generationer. Begreppet ”solidaritet mellan generationer” betyder i huvudsak ”you pay as I go”, alltså dagens aktiva generation ska betala utan att få

motsvarande garanti för sin egen ålderdom. Om inte radikala reformer genomförs (främst återinförande av kapitalbildning i pensions- och vårdförsäkring) kommer kedjebrevet ganska snart att ta slut. Det är mycket osäkert om dagens yrkesaktiva generation har tillräckliga resurser för att betala både för sina föräldrar och för sina barn.

## 4. INSTITUTIONER – PRIVAT OCH OFFENTLIG ÄLDREOMSORG

– *Hur står det till här då?*

– *Jo tack, här hade man vare dö för längesen, om di inte slog så förbannat i dörrarna!*

(Återgiven av Hasse Z)

Äldreboende/särskilt boende är i Tyskland (med undantag för renodlade vårdhem) främst en privat angelägenhet, både när det gäller institutioner och finansiering. Offentliga ålderdomshem utgör en mycket liten del av omsorgen. De äldre vars egna medel inte räcker för att betala en institution bor antingen kvar hemma (och bostaden kan anpassas med offentliga bidrag, se nedan) eller tar vårdförsäkringen i anspråk, som beskrivits i kapitel 1.

Eftersom utbudet är stort och varierande har äldre betydande frihet i valet av institution och boendeform, som också inkluderar make eller maka/sambo/partner, och det faktum att man kan välja boende också i en annan förbundsstat. Rådgivning lokalt som innefattar kommunal personal, vårdpersonal med flera, underlättar letandet efter lämplig lösning.

Äldreboende delas huvudsakligen in i tre kategorier:

**Eget äldreboende** med kök, samt gemensamma utrymmen (sällskapsrum med mera) och möjlighet att äta måltiderna tillsammans med andra boende.

**Ålderdomshem** är för dem som inte längre kan sköta ett eget hushåll, och erbjuder vårdtjänster och hjälp med dagliga göromål. Också här bor ofta de äldre i egna lägenheter.

**Vårdhem** består av enkel- eller dubbelrum, som ofta kan inredas med egna möbler. Institutionen erbjuder omfattande vårdinsatser och hjälp med hushållsgöromål.

På de flesta äldreboenden finns i dag ofta en kombination av de ovanstående, traditionella typerna av institution. Dessutom finns alternativet privat organiserat äldreboende, det vill säga en vanlig lägenhet eller ett hus där äldre bor tillsammans, med egna rum och gemensamt kök, ibland också med yngre människor som kan hjälpa de äldre.

I december 2007 fanns runt 11 000 godkända vårdhem med sammanlagt 700 000 boende (799 000 platser). Överkapaciteten illustrerar en utbyggnad som motsvarar offentlig planering, men som samtidigt ger en tioprocentig reserv av tillgängliga platser. Med tanke på demografiska förhållanden är överskottet sannolikt temporärt.

En majoritet av institutionerna (55 procent) drivs av de erkända välfärdsförbunden.<sup>24</sup> 39 procent av privata företag, medan offentliga inrättningar representerar knappt 6 procent.<sup>25</sup>

## EXEMPLET CARITAS

*Caritas* drivs av katolska kyrkan och representerar cirka 15 procent av tyska vårdhem. I en särskild rubrik på webbplatsen finns en mängd information, särskilt reportage om alternativa boendeformer för äldre.<sup>26</sup> I en blogg (*Experten fürs Leben*) publiceras kommentarer från pensionärer, men också yngre människor, om livet på ålderdomen.<sup>27</sup>

Anke Schäflein, ansvarig för Caritas i Hassberge (Hessen) kommenterar:

*När det gäller omsorg för de sista levnadsåren är refrängen numera: ålderdomshem är passé, nu gäller sammanboende. Pendeln har alltså svängt igen och allt annat måste uppges, avskrivas och nedgöras. Denna fixa idé är ett felslut, även om vi förestår ett kollektivboende för 39 män och kvinnor, vilket ger många goda erfarenheter.*

Det gemensamma seniorboendet S:t Anna i Hofheim utanför Frankfurt-am-Main grundades 2005 av Caritas ålderdomshem S:t Martin på samma ort. Inrättningen är öppen för alla, men inriktar sig specifikt på högradigt dementa och Alzheimersjuka. Dessa bor i tre hus som vardera rymmer tretton personer. Husen är i ett plan och har direkt utgång till trädgård och innergård.

Varje boende förfogar över eget sovrum med badrum. I övrigt är huset organiserat runt en "levande mitt" med öppet kök, matsal och vardagsrum samt ett grovkök för tvätt och strykning. Det finns inga centrala enheter som storkök eller tvätterier, och de boende sköter det mesta själva med hjälp av personal. Gemensamma aktiviteter äger rum "runt spisen", med matlagning och andra hushållsbestyr. Även de som i princip är sängliggande kan delta om de så önskar.

Det gemensamma boendet ska, så långt som möjligt, organiseras som en familjemiljö och präglas av sådant som deltagarna är vana vid sedan tidigare. En genomsnittlig dag handlar därför huvudsakligen om hushållssysslor som att duka, koka kaffe, göra inköp, laga lunch, diska, tvätta och så vidare. Den som kan och vill hjälper till och den som inte orkar kan ändå bli delaktig genom att vara med och titta på.

Hjälp ges av små familjeliknande grupper av personal som ser till att boende med orienteringsproblem får stöd, ungefär som i ett vanligt hem. Den som vill sova länge gör det, liksom den som vill dricka kaffe mitt i natten. Eftersom det inte finns några bestämda tider för läggdags arbetar personalen till klockan 23, och ordnar sällskapsspel och andra aktiviteter. Nattpersonalen tar sedan över och tar hand om tillsynen och går promenader med de sömnlösa.

Ett experiment har gett överraskande resultat: En kort tid efter inflyttningen hittade en äldre dam till kylskåpet, hämtade marmelad och gick med den till köksbordet. Det som låter som en självklarhet motsade läkardiagnosen – hon hade klassats som patient ”utan tids- eller rumsuppfattning”.

En dam som nyligen flyttat till det nya boendet från äldreboendet S:t Martin brukade tidigare irra omkring i korridorerna. Men bara någon vecka efter flytten till S:t Anna kan hon hjälpa till i köket, säger föreståndarinnan. Liknande observationer, som går på tvärs mot medicinska journaler, har sedan dess gjorts ett flertal gånger.

Schäflein kommenterar:

*–Konceptet fungerar. Däremot passar det inte alla. Att blint fokusera på gemensamt boende ignorerar det som vi inom äldreboenden behöver: mångfald! De äldre är till syvende och sist de främsta och viktigaste experterna när det gäller deras tillvaro och behov.*

”INTE ENSAM OCH INTE PÅ HEM”<sup>28</sup>

En mängd liknande projekt finns över hela landet, till exempel i delstaten Nordrhein-Westfalen (NRW). En boendeform som under de senaste trettio åren har utvecklats avsevärt är gemensamt boende över generationsgränserna, som ofta erbjuder plats för

äldre med vårdbehov under devisen "inte ensam och inte på hem". Detta boende sker huvudsakligen i föreningsform, där intressenter sluter sig samman, köper, renoverar eller låter bygga ett hus eller till och med ett mindre bostadsområde. Delstaten NRW erbjuder ekonomiskt stöd och hjälp med planritningar, till exempel för att anpassa befintliga bostäder till äldreboende. Men främst drivs och finansieras projekten av de intresseföreningar som har initierat dem.

Sedan 2003 stöder också byggnads- och trafikministeriet nya bostadsformer för äldre, vårdbehövande och handikappade som vill kunna bo kvar i sin bostad och sitt kvarter. Därmed har byggmästare ett incitament att bredda sitt utbud till människor som behöver stöd. Sedan 2004 subventioneras anpassning av befintliga bostäder och vårdhem. Ett kvalitetscertifikat för äldreboende infördes också 2004. Det utfärdas av delstaten NRW och är ämnat att underlätta jämförelser i serviceutbudet.

Enbart under 2005 slutfördes 54 olika projekt i Nordrhein-Westfalen. Ett gemensamt drag för alla är att de är... olika! Alla projekten är självförvaltade – bostadsrätter och hyresrätter eller en blandning av båda, eget och gemensamt boende och kooperativa former – för det mesta i större städer men också på landet.

*Haus Mobile* är ett nybygge i norra Köln som planerades och byggdes utifrån de boendes önskemål med 36 lägenheter med olika storlek och prisklasser.<sup>29</sup> Där finns både bostads- och hyresrätter. Anläggningen består av två fastigheter med en rund byggnad i mitten som hyser sällskapsrum, gästrum och ett kafé som erbjuder vin vid fredagarnas "happy hour". "Vi är en gemenskap av individualister", säger en hyresgäst. "Jag har min egen lägenhet, men bor inte ensam, det är huvudsaken", säger en annan.

Sedan starten och enligt överenskommelse är det ett gemensamt boende med ömsesidigt ansvar. De boende hjälper varandra vid sjukdom, med inköp, barnpassning och så vidare. Men inte alla är med i föreningen (medlemskap är frivilligt i de flesta liknande projekt).

Grundbulten för en fungerande gemenskap är principen "ett tillförlitligt grannskap" på frivillig basis. Förtroendeförhållandet har i allmänhet grundlagts medan boendet planerades och förverkligades av samma grupp människor som sedan flyttade in.

Sammanlagt 60 personer bor i Haus Mobile, varav 20 är äldre än 60 år. Det grundades 1996 på initiativ av föreningen *Neues Wohnen im Alter*.

Andra föredrar att bo tillsammans med människor i sin egen åldersgrupp. Föreningen *Wohnen im (Un-)Ruhestand* i Dortmund skapades av äldre som tidigare hade träffats för sällskapsresor och utflykter, men som delade intresset för nya boendeformer för äldre. Genom kontakt med ett byggföretag uppstod sedan föreningen 1996. Efter omfattande diskussioner om upplägget beslöt man att grunda ett gemensamt boende med enbart äldre människor. Invigningen ägde rum 1999.

Byggherren åtog sig att uppföra ett hus med 14 bostäder som var anpassade till föreningsmedlemmarnas behov och önskemål. Det var ibland komplicerat: "Vi ville ha duschutrymmen i nivå med golvet, men företaget sade att det skulle bli för dyrt. Men vi gick till olika firmor och jämförde priser för att bevisa motsatsen", berättar en av grundarna. En arbetsgrupp i föreningen övervakade sedan uppförandet och kontrollerade att bygget genomfördes enligt planerna.

*Projekt WohnreWIR*, också i Dortmund, ligger på det som tidigare var ett industriområde och få skulle väl tänka sig att välja en sådan plats att bo på. "Tidigare låg bara mekaniska verkstäder och en biluthyrning här", säger Birgit Pohlmann-Rohr som är projektledare och numera också bor i WohnreWIR. Bostadshusen och sällskapslokalen är grupperade runt en liten gård med gräsmatta, lekplats och vattenpump. Totalt 41 personer, varav 6 över 60 år och 11 barn och ungdomar under 18 år bebor 20 bostadsrätter och en hyresrätt.

Projektet startade 1997 som ett samarbete organiserat av en sammanslutning med feministiska arkitekter och en kyrkoförening. Det som från början var planerat som ett äldreboende blev till slut ett generationsövergripande projekt, inte minst för att yngre människor kom med i gruppen redan på planeringsstadiet. Man enades sedan om att dela boendet åldersmässigt: en tredjedel äldre än 55 år, en tredjedel yngre familjer och en tredjedel medelålders.

Också här gäller principen om ömsesidigt ansvar mellan grannar: "Den som just kommit hem från sjukhus får hjälp med inköp och så vidare, då finns vi där för att lösa det", säger Pohlmann-Rohr. Ytterligare vårdinsatser sker efter överenskommelse eller organiseras med

professionell hjälp utifrån. Tack vare den långa planeringen inför projektet är nu boendegruppen så väl sammanhållen att ömsesidig assistans har blivit en självklarhet.

Det är med andra ord, som Povel Ramel skrev, de små, små detaljerna som gör det. Alltså skillnaden mellan letargi, likgiltighet och tilltagande oförmåga å ena sidan, och aktivt deltagande, gott humör och bättre fysisk och mental hälsa å den andra.

Skillnaden för individen är enorm, och beskriver avgrunden mellan en vegeoterande tillvaro och ett värdigt liv. Den beror på ganska små, men avgörande, insatser som kan sammanfattas med några få ord: medmänsklighet, personlig kontakt och engagemang. Men dessa kan varken verkställas eller mätas via offentliga beslut.

Hur åstadkommer man skillnaden och hur överbryggas man avgrunden? Som framgår av exemplen är en fundamental ingrediens eget val: de som befolkar de beskrivna projekten är också de människor som själva valt att investera tid, pengar och engagemang i sitt framtida boende.

De har utformat villkoren som motsvarar deras förväntningar, och deras behov har tillgodosetts för att möta de krav som stigande ålder medför. Det kan innebära särskilda arrangemang, men i stort handlar det om att skapa en tillvaro som yngre och aktiva människor också efterfrågar, att förbli en individ som känner sig hemma, är igenkänd, erkänd och ihågkommen.

Dessa projekt innebär att var och en är fri att planera för ålderdomen utifrån sina egna förutsättningar. Vård och omsorg kan utformas successivt med stigande ålder, och anpassas individuellt. I stor utsträckning är bostadsförhållandena designade för att möjliggöra eget boende så länge som möjligt, inklusive vårdtjänster.



## 5. SVERIGE – VAD HÄNDER OCH HUR GÖR VI?

Vi har studerat tyska experiment och erfarenheter som i åtskilliga aspekter är väsensskilda från svensk vardag i äldreomsorgen. Centrala element omfattar:

- Långt driven decentralisering av offentliga beslut.
- Individualiserad vård och behovsprövning.
- Stort engagemang av privata företag och frivilligorganisationer.

Dessa erfarenheter borde utan större svårighet kunna importeras och anpassas till svenska förhållanden. Som avslutning ska vi granska några svenska debattinlägg som i stor utsträckning reflekterar de behov och önskemål som redan i många stycken har förverkligats i Tyskland.

Hittills har vi betraktat offentligt ansvar och finansiering samt frivilliga lösningar enligt tysk modell. Men även i Sverige finns ljuspunkter som pekar mot arrangemang där enskilda önskemål tillgodoses, till exempel för alternativa boenden.

Det finns åtskilliga publikationer som både kritiserar existerande institutioner och erbjuder intressanta alternativ för en bättre åldringsvård. Bidragen är både relevanta och, i viss mån, komiska retrospektivt. Detta för att materialet delvis härrör från beslutsfattare som tidigare borde ha insett att välfärdsstaten eventuellt hade vissa brister. I gengäld är det välkommet med omvärderingar.

I boken *Vi vill inte bli gamla som äldreomsorgen ser ut idag* skisserar författarna Rollén och Olin Wikman olika förslag.<sup>30</sup> De har intervjuat äldre, personal, politiker samt ansvariga för spännande nya projekt inom äldreomsorgen.

Deras slutsatser innefattar följande insikter:

1. Dagens åldringsvård, som är politikerstyrd och utförs av offentliga institutioner, innebär i stor utsträckning förmynderi.

2. Systemet är föråldrat, destruktivt och i stora stycken omänskligt, det vill säga tar liten hänsyn till individerna.

3. En reform värd namnet måste utgå från den enskildes behov.

Nästan alla samtal i boken utmynnar i samma slutsats, nämligen skandalen att de äldres identitet på institution "kläs av som en kappa".<sup>31</sup> En mer detaljerad beskrivning är inte nödvändig, men boken rekommenderas varmt till relevanta beslutsfattare.

Ett uppmuntrande inslag är att det råder överraskande konsensus om problemen och möjliga lösningar bland de politiker som intervjuas i den litteratur som citeras. Kanske för att de intervjuade ser sin egen framtida existens är deras kommentarer realistiska. Här ett litet axplock:

Vem ska vara kund i framtiden? *Det är individerna. Inrikta er på dem*, säger Maria Larsson, äldrevårdsminister (KD).<sup>32</sup>

Hur ska vi lösa problemen i framtiden? *Med en certifiering av utförare och kundval med äldreomsorgsavgift kan vi slopa upphandlingskravet och släppa in till exempel invandrarföreningar*, anser Ylva Johansson, före detta äldrevårdsminister (S).<sup>33</sup>

*De äldre har hittills nigit och tagit emot det de fått. Vi blivande pensionärer kommer inte att finna oss i det. Vi vill bestämma själva*, säger Magdalena Andersson, riksdagsledamot (M).<sup>34</sup>

*De frivilliga volontärinsatserna kan vara ett viktigt komplement för att människor ska kunna få ett värdigt socialt liv. I det tidigare auktoritära samhället var det inte så komplicerat. Där bestämde experten behovet, nu har vi fått en förskjutning mot efterfrågan. Människor har egna krav och formulerar dessa*, noterar Ilmar Reepalu, ordförande i Malmös kommunstyrelse (S).

Tillfrågade om hur de själva vill ordna framtiden på ålderdomen ger samtliga politiker samstämmiga svar som i allt väsentligt motsvarar de förutsättningar som beskrivits i tyska exempel ovan: eget val av boendeform och service, möjlighet att välja vårdformer, kvalitetsregister och ett rikt utbud av ytterligare tjänster.

Dessa insikter i framtiden ger anledning till hopp, med reservationer. I den utsträckning som dagens institutioner ger utrymme till experiment i stil med Vigs Ängar och liknande finns det rum för optimism.<sup>35</sup> Men notan kvarstår: i likhet med pensionssystemet är dagens äldrevård en tidsinställd bomb som, oavsett privata transfereringar, utmanar dagens omfördelningssystem.

## VEM SKA BESTÄMMA?

I en intervju beklagar Anna Hedborg, före detta LO-ekonom och tidigare statsråd (S), bristen på debatt:

*Vi har väldigt lite debatt kring avvägningen mellan vad samhället ska finansiera av välfärden och vad den enskilde ska stå för ... Finns det hållbara argument för att också produktionen av välfärdstjänsterna ska ske inom den offentliga sektorn?<sup>36</sup>*

Vad kan bristen på debatt bero på? Finns det eventuellt ett uns av självkritik hos de åldrande beslutsfattare som under decennier vägrade alternativ till den (S)-märkta välfärdsstaten? Kanske har de insett att resultaten kommer att drabba även dem?

Hedborg säger vidare:

*Om vi vill ha bättre vård i ett helt offentligfinansierat system får vi också argumentera för den för alla. Det skapar betalningsvilja. Om jag däremot själv köper vad jag vill ha vid sidan om det offentliga vill jag sannolikt inte också betala för samma höga kvalitet för andra.<sup>37</sup>*

Sammanhanget skulle kräva vissa klarlägganden. Tydligen har uttrycksformen förskjutits successivt. "Vi" är de skattebetalare som ska finansiera offentlig vård; "jag, Anna Hedborg" ska ha full frihet att välja vård och omsorg.

Per Borg noterar i sin mycket klarsynta rapport:

*den produktion som vi värderar högst – vård, omsorg och skola – är svår att effektivisera och vi har valt att skattefinansiera den.<sup>38</sup>*

Med andra ord, det som "vi" värdesätter har lagts i händerna på offentliga myndigheter. Det betyder inte med nödvändighet att detta var den bästa lösningen, inte heller att det innebar större effektivitet med skattefinansiering.

Välfärdsstatens ideologi har präglat de senaste sextio årens politiska debatt. Dess resultat har visat sig under de senaste decennierna, främst dess brister – trots stigande skatter och ständiga resurstillskott. Det har långsamt framgått att ökade offentliga ingripanden inte skapar mer välfärd, tvärtom. Ökad stat ger mindre välfärd.

Om stat, kommun och landsting vore lösningen är sluträkningen klar: en skattekvot på cirka 50 procent innebär 50 procent välfärd. Betyder det att ett skattetryck på 80 procent är detsamma som 80 procent välfärd? Eller 100 procent? Knappast. Men utgångspunkten är ändå att offentlig expansion i princip ska ge utdelning i form av högre välfärd.

Ett viktigt problem handlar om att mäta offentligt producerade välfärdstjänster. Som Per Borg påpekar:

*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.<sup>39</sup>*

Ofta frågar opinionsundersökningar: "Är ni beredda att betala mer i skatt för att få bättre välfärd?"<sup>40</sup> Svaret är tämligen givet, eftersom formuleringen implicit innebär ett kausalsamband. Men hur ofta preciseras frågeställningen? Hur mycket mer i skatt och hur mäts ökad kvalitet? Borde inte ett svenskt skattetryck för länge sedan ha förverkligat denna målsättning om det finns ett direkt samband mellan högre skatt och bättre välfärdstjänster?

Och varför inte vända på frågan: Tror ni att lägre skatt automatiskt leder till att de flesta får det sämre?

Dessutom måste det vara mycket svårt att mäta betalningsvilja i skattetermer i ett system som inkluderar betydande överföringar mellan generationerna, och som vältras över som offentliga skulder på kommande generationer.

Intressantare är då resultaten som handlar om ökad privat betalningsvilja. Opinionsundersökningen gjord av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visade att 52 procent av de tillfrågade kan tänka sig att betala egen försäkring för att få snabbare vård.

En undersökning gjord av Timbro visar att ungefär hälften av de tillfrågade är beredda att betala extra, och är positivt inställda till privat finansiering.<sup>41</sup>

En liknande undersökning av Demoskop med 100 kommunalpolitiker samt 600 personer mellan 60 och 85 år, påvisar stora klyftor mellan ansvariga politiker och medborgare.<sup>42</sup> På frågan "Hur bra, generellt sett, är boende för äldre anpassat till deras behov och önskemål?" svarar politiker "mycket bra" (11 procent) eller "ganska bra" (60 procent), vilket ska jämföras med 5 procent av de äldre som svarar "mycket bra" (alltså mindre än hälften relativt politikerna) och 9 procent som svarar "mycket dåligt" (jämfört med 4 procent hos politikerna).

## SLUTORD

Kanske är det ett tidstecken som reflekterar ett politiskt generationsskifte att åtskilliga grundläggande problem i den svenska socialpolitiken nu genomlider paroxystiska kval, ekonomiska kriser och upprördhet i väljarkåren. Vi har i allt väsentligt ett offentligt system som motsvarar det gamla industrisamhällets förutsättningar, men knappast dagens informationssamhälle med globaliserat utbud av varor och tjänster, och välinformerade konsumenter av vård och omsorg.

Dessa ålderstecken, inklusive kroniska krämpor, är återkommande i de system som skapades huvudsakligen under för- och efterkrigstiden. Den senare perioden betecknades som en "skördetid" för socialdemokratin, man skulle dra nytta av krigsekonomi för att bygga en välfärdsstat. Men även den politiska oppositionen medverkade och bjöd föga motstånd i sammanhanget.<sup>43</sup> Resultatet, i teorin grundat på konsensus, var ett skrytbygge med lång kredit som skulle komma att forma Sveriges internationella rykte under flera decennier.

Välfärdsstaten består semantiskt och politiskt som koncept av två delar: "välfärd" och "stat". För statsanhängare är begreppet en begriplig företeelse: mer stat innebär ökad välfärd, det vill säga ökade politiska ingrepp och fördelning av resurser ger större välfärd.

För marknadsinriktade kritiker är de två komponenterna en svårgriplig syntes av diametrala motsatser: staten är, ekonomiskt sett, steril. Dess enda uppgift är att fördela de resurser som skapas av enskilda, via företag, föreningar, frivilliga insatser och välgörenhet. Välfärd utan stat (eller kommun och landsting) är en realitet, och inte beroende av offentliga institutioner eller politiska beslut.

Ett principiellt problem<sup>44</sup> i all politisk verksamhet är att samtliga beslutsfattare har synnerligen begränsad kunskap om enskilda sociala förhållanden.<sup>45</sup> Välfärdsstaten bygger på ett felslut grundat på epistemologisk hybris: offentliga beslutsfattare antas vara bättre skickade att "lägga livet till rätta". Med dagens erfarenhet borde det stå klart att denna premiss är i stort sett ogiltig.

Dagens välfärdssystem är en omfördelning över generationer, men det som tidigare innebar solidaritet i ursprunglig bemärkelse (det vill säga gemensamt ansvar) betyder i dag en avsevärd springnota för äldre generationer.<sup>46</sup> Problemet löses delvis privat genom betydande kapitalöverföringar från föräldrar till barn (och barnbarn), men logiken kvarstår och medborgare som saknar kapital är de sämst lottade.

Särskilt intressant är det då att ta del av betraktelser från ett flertal före detta makthavare i politik och förvaltning, eller debattörer som under lång tid var den svenska modellens främsta vapendragare. Men som i dag, ganska plötsligt, inser att inte bara fasaden är skröplig, utan att även bjälklaget förfaller. För på taket dansar den ackumulerade skuldens moloss i allt snabbare takt. Spelman på taket har klackar som uppfattas även av tidigare lomhörda befattningshavare.

”Lika för alla”, ”värdighetsgaranti”, ”vårdgaranti” är begrepp som används flitigt, men för patienterna och för dem som väntar på plats i kö till äldreboende står det klart att verkligheten är annorlunda. ”Valfrihet” eller ”vårdval” ter sig däremot föga attraktivt, eftersom bevisbördan ligger på dem som förespråkar alternativ som först på senare år har tagit form, och har svårt att hävda sig gentemot den monolit som den offentliga modellen utgör.

”Var det så här vi ville ha det?” Frågan återkommer, och ofta ställs den av just dem som var satta att i folkets namn bestämma hur vi skulle ha det, utan avseende på enskilda situationer och individuella preferenser.

Frågan är sannolikt fel ställd. Vilka är ”vi”? Om det gäller den åldersgrupp som i politisk ansvarig ställning har utformat dagens situation och som röstat för dess konsolidering under flera decennier, är svaret ja – med kvalifikation. De definierade målet eller idealet, men är förment förvånade över resultatet. För egen del inser de troligen också att det inte finns någon gräddfil för tidigare beslutsfattare.

Om det gäller dagens aktiva generation är svaret mer komplicerat. ”Vi” (inklusive författaren) har gjort erfarenheten av kostnadsdelen av välfärdsstaten, utan större fördelar på sikt i bemärkelsen vård och pensioner. Och har så småningom insett att våra föräldrars generation inte bara kräver uppoffringar utan också större medvetenhet om så kallade trade-offs. När välfärdsstaten inte längre fördelar resurser utan ransonerar dem krävs en annorlunda agenda.

En meningsfull diskussion borde i stället handla om de mekanismer och incitament på frivillig basis som ger största möjliga välfärdseffekter (det vill säga tillväxt, överskott, nya marknader, innovationer etc). Marknadens mekanismer har sedan länge visat sin överlägsenhet i detta avseende, men inte tillåtit fungera för välfärdstjänster i någon större utsträckning.

Också här krävs en renoverad begreppsordning: ökat privat ansvar på försäkringsområdet medför fler alternativ, lägre kostnader, högre kvalitet, nya producenter och marknader, effektivisering etc. Men alternativen till offentlig vård och omsorg täcker ett betydligt större område av insatser. Det civila samhället, eller det vi kan kalla för *frivilliga samarbeten*, är avsevärt större än renodlat ekonomiska arrangemang. Det inkluderar välgörenhet, ekonomiska föreningar, enskilda insatser, kooperativ, Rödakorsföreningar, familj och grannskap, kort sagt alla de sociala företeelser som uppstår spontant som svar på kollektiva behov, men som inte kontrolleras eller finansieras via politiska beslut.

Därför krävs lösningar som inte enbart innebär ytterligare omfördelning av skattemedel, utan system som möjliggör sparande, kapitalbildning och försäkringar i ordets ursprungliga bemärkelse. Ett marknadsstyrt system samt frivilliga organisationer har fördelen att spontant fördela resurser, men inte alltid så som centralplanerare har tänkt sig. Just därför är de att föredra också – och särskilt – för vård och omsorg.

De tyska erfarenheter och experiment som beskrivits lär oss framför allt att självbestämmande är det som nästan alla värderar högst i tillvaron, livet ut. Samt att marknaden och det civila samhället kan lösa många problem inom ramen för ett offentligt finansierat system för äldreomsorg. Det borde vara en insikt för de beslutsfattare som måste ta politiskt ansvar. Om inte annat så av ren självbevarelsedrift.



## BILAGA 1: VÅRDFÖRSÄKRINGEN – ÖVERBLICK

	HEMTJÄNST/VÅRD I HEMMET: MÅNADSBELOPP				
	Till 30/6/08	Från 1/7/08	Från 1/1/10	Från 1/1/12	Genomsnittlig årlig uppräknings (jan 08-dec 14)
<b>Vårdsnivå I</b> (tydligt behovande)	205	215	225	235	1,97 %
<b>Vårdsnivå II</b> (tungt vårdfall)	410	420	430	440	1,01 %
<b>Vårdsnivå III</b> (extremt tungt fall)	665	675	685	700	0,74 %

	HEMTJÄNST/VÅRD I HEMMET: MATERIAL/HJÄLPMEDEL MAXIMALT MÅNADSBELOPP				
	Till 30/6/08	Från 1/7/08	Från 1/1/10	Från 1/1/12	Genomsnittlig årlig uppräknings (jan 08-dec 14)
<b>Vårdsnivå I</b> (tydligt behovande)	3 84	420	440	450	2,29 %
<b>Vårdsnivå II</b> (tungt vårdfall)	921	980	1 040	1 100	2,57 %
<b>Vårdsnivå III</b> (extremt tungt fall) samt "hårda fall"	1 432 1 918	1 470 1 918	1 510 1 918	1 550 1 918	1,14 % 0,00 %

VÅRD PÅ HEM: SCHABLONBIDRAG PER MÅNAD (EURO)					
	Till 30/6/08	Från 1/7/08	Från 1/1/10	Från 1/1/12	Genomsnittlig årlig uppräknig (jan 08–dec 14)
<b>Vårdnivå I</b> (tydligt behövande)	1 023	1 023	1 023	1 023	0 %
<b>Vårdnivå II</b> (tungt vårdfall)	1 279	1 279	1 279	1 279	0 %
<b>Vårdnivå III</b> (extremt tunga fall)	1 432	1 470	1 510	1 550	1,14 %
samt "Hårda fall"***	1 688	1 750	1 825	1 918	1,84 %

- "Hårda fall" får åberopas för maximalt 3 procent av samtliga försäkrade i vårdnivå III som vårdas i hemmet.

\*\* "Hårda fall" får åberopas för maximalt 5 procent av samtliga försäkrade i vårdnivå III som har stationär vård.

*Källa:* Bundesministerium für Gesundheit 2008c.

## **BILAGA 2: VÅRDFÖRSÄKRINGEN SPV (SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG) I SIFFROR**

(Källa: Bundesministerium für Gesundheit, juli 2009)

### I. ANTAL FÖRSÄKRADE

Offentlig vårdförsäkring (SPV)	cirka 69,90 miljoner (1/1 2009)
Privat obligatorisk vårdförsäkring (PPV)	cirka 9,25 miljoner (31/12 2007)

### II. ANTAL FÖRMÅNSTAGARE

(hemtjänst och institutioner) <i>varav</i>	cirka 2,25 miljoner
– hemtjänst	cirka 1,54 miljoner
– institutioner	cirka 0,72 miljoner

### III. ANTAL FÖRMÅNSTAGARE (HEMTJÄNST)

#### 1. OFFENTLIG VÅRDFÖRSÄKRING (STATISTIK FRÅN VÅRDKASSORNA)

a) Antal personer med hemtjänst                      cirka 1,43 miljoner

b) Uppdelning enligt vårdbehov (se bilaga 1 för definition)

	31 dec 2007	31 dec 2008 <sup>47</sup>
Nivå I	804 628 (59,2 %)	861 575 (60,1 %)
Nivå II	426 855 (31,4 %)	439 605 (30,7 %)
Nivå III	126 718 (9,3 %)	131 354 (9,2 %)
<b>Totalt</b>	<b>1 358 201</b>	<b>1 432 534</b>

c) Erkända "hårda fall" (andel av vårdbehövande i Nivå III – max 3 %)

31 dec 2008	1,2 %
31 dec 2007	1,0 %

#### 1. PRIVAT VÅRDFÖRSÄKRING (SIFFROR FRÅN DE PRIVATA KASSORNA)

Totalt (31 dec 2007) cirka 98 000

Nivå I	49,7 %
Nivå II	37,0 %
Nivå III	13,3 %

## IV. ANTAL FÖRMÅNSTAGARE I VÅRDHEM

### 1. OFFENTLIG VÅRDFÖRSÄKRING

a) Totalt cirka 681 000 personer i permanent äldreboende, varav cirka 74 000 i institutioner för handikappade.

b) Uppdelning enligt vårdbehov

	<b>31 dec 2007</b>	<b>31 dec 2008</b>
Nivå I	273 090 (40,7 %)	274 925 (40,4 %)
Nivå II	266 222 (39,7 %)	273 016 (40,1 %)
Nivå III	131 772 (19,6 %)	133 010 (19,5 %)
<b>Totalt</b>	<b>671 084</b>	<b>680 951</b>

c) Erkända "hårda fall" (andel av vårdbehövande i Nivå III – max 5 %)

31 dec 2008 3,5 %

31 dec 2007 3,5 %

### 2. PRIVAT VÅRDFÖRSÄKRING

**Totalt cirka 42 000 (31 dec 2007)**

Varav:

Nivå I	30,1 %
Nivå II	44,2 %
Nivå III	25,7 %

## NOTER

1. Se Raico 1999; recension, se Arfwedson 2001.
2. Viktiga datum: 1883 – obligatorisk allmän sjukförsäkring; 1884 – olycksfallsförsäkring; 1889 – pensionsförsäkring; 1927 – arbetslöshetsförsäkring; 1957 – pensionsreform, övergång från premiereservsystem till fördelningsmodell; 1995 – vårdförsäkring.
3. Källa för samtliga siffror i detta avsnitt är rapporten *Ratgeber Pflege*, se Bundesministerium für Gesundheit 2008a.
4. Se bilaga 2 för fullständig statistik till vårdförsäkringen.
5. PPV = Pflegepflichtversicherung (obligatorisk privat vårdförsäkring).
6. Se bilagor.
7. Vårdbehovet definieras i kapitel 11 i socialförsäkringslagen (*Sozialgesetzbuch XI*), se Bundesregierung 2010.
8. Sjukförsäkringens medicinska personal (MDK) är den obligatoriska kontrollmyndigheten som på uppdrag av vårdkassan prövar vårdbehov och klassificering i relevant vårdnivå.
9. Detta bör jämföras med den svenska situationen där anhöriga 2004 svarade för drygt 60 procent av hjälpinsatserna enligt Socialstyrelsen, se Rollén & Olin Wikman, sid 116.
10. Information om de närmaste rådgivningskontoren, se t ex Schanz 2010. I Berlin inrättades t ex 24 kontor under 2009 och sammanlagt 36 kommer att finnas i slutet av 2010.
11. Statistisches Bundesamt 2008, sid 4.
12. Samtliga siffror är hämtade från Statistisches Bundesamt 2008.
13. Som nära anhörig räknas makar, sambor, far- och morföräldrar, föräldrar, syskon, adopterade barn, barnbarn, liksom svärföräldrar och måg/svärdotter.
14. 2009 hade cirka 8,6 miljoner tyskar privat sjukförsäkring (Private Krankenversicherung, PKV) d v s 13 procent av befolkningen. Den som har en bruttoinkomst på minst 49 950 euro per år kan välja privat försäkring, d v s obligatorisk anslutning till den offentliga sjukförsäkringen upphör. Detta gäller även egenföretagare, men utan inkomstgräns. Jfr Wikipedia 2010a. Se även bilaga 2.
15. Månatligen 70,20 euro i sociala avgifter, enligt Raddatz (november 2008).
16. *Märkische Allgemeine* 2009.
17. Raddatz 2008, sid 4.
18. Jämförelser finns tillgängliga t ex på Stiftung Warentest 2010.
19. Sagda konkurrens existerar dock i praktiken endast marginellt; kassor med övervägande sjuka medlemmar erhåller utjämningsbidrag från de kassor som har en större mängd yngre och friskare medlemmar. (Info från K Niemietz, Institute of Economic Affairs, dec 2009.)
20. "Kreativ bokföring" förekom också i budgeten 2005, då intäkterna för december 2005 tillgodoräknades 2006 och därmed skapade ett konstlat överskott.
21. *Berliner Zeitung* 2009.
22. Tal i Förbundsdagen den 12 november 2009 (*Märkische Allgemeine* (2009)).
23. En positiv jämförelse: med 3,5 procents tillväxt fördubblas BNP på 20 år.

24. Vårdförbundet omfattar främst *Arbeiterwohlfahrt*, *Caritas* (katolska kyrkan), *Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband*, *Rotes Kreuz*, *Diakonisches Werk* (protestantiska kyrkan) och *Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland*. Samt mindre organisationer som saknar centrala instanser. Dessa utför mer än hälften av Tysklands vårdförstjänster, inklusive förskolor, sjukhus, äldreboenden etc. De kristna samfundet sysselsätter cirka 1,5 miljoner människor i sociala tjänster och omsätter cirka 45 miljarder euro årligen). Se Wikipedia 2010b.
25. Statistisches Bundesamt 2007, sid 4.
26. Caritasverband Hassberge 2010.
27. Caritas 2010.
28. Texten och källorna bygger på skriften "Neue Wohnprojekte" (se Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalens 2007; översättning av författaren).
29. Ibid, sid 18–22.
30. Rollén & Olin Wikman 2008.
31. Ibid, sid 9.
32. Ibid, sid 22.
33. Ibid, sid 26.
34. Ibid, sid 30.
35. Se Moberg 2009, sid 180–185, och Rollén & Olin Wikman 2008, sid 45–50, för utförlig beskrivning av detta fascinerande antroposofiska projekt i äldreboende (Ystad).
36. Ibid, sid 64.
37. Ibid, sid 66.
38. Borg 2009, sid 17.
39. Ibid, sid 67.
40. Se Sveriges Kommuner och Landsting 2008, citerad i Borg 2009, sid 44.
41. Modig 2009. Undersökningen är baserad på 1 000 intervjuer av personer 16 år och äldre.
42. Emilsson 2010.
43. Se Uddhammar 1993.
44. Se Zetterberg 2005.
45. Se Maria Larsson (KD), minister för äldreomsorg: "Det stora problemet är att vi har så dålig kunskap om hur det ser ut inom äldreboenden ... Därför går det inte att säga hur väl – eller hur illa – behoven täcks i dag." (Rollén & Olin Wikman 2008, sid 19).
46. Termen solidaritet har sitt ursprung i 1800-talets affärsjuridik där ett företags andelsägare bar samma finansiella ansvar i händelse av konkurs.
47. Ökningen jämfört med 2007 för hemtjänst överskattades p g a tekniska problem i uppsamlingen av statistik (nya datasystem hos några kassor).

## REFERENSER

Arfwedson, Jacob (2001), "Bismarcks okända motståndare". *Smedjan*, 8 november, <[www.smedjan.com/etta.asp?sida=display&nr=630](http://www.smedjan.com/etta.asp?sida=display&nr=630)>.

Arfwedson, Jacob (2009), "Hälsosamt sparande : health savings accounts". Stockholm: Timbro, <[www.timbro.se/innehall/?isbn=9175667157&flik=4](http://www.timbro.se/innehall/?isbn=9175667157&flik=4)>.

*Berliner Zeitung* (2009), "Rösler verteidigt private Pflege-Vorsorge". 12 december, <[www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/2009/1212/politik/0058/index.html](http://www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/2009/1212/politik/0058/index.html)>.

Borg, Per (2009), *Den långsiktiga finansieringen: välfärdspolitikens klimatfråga*. Stockholm: Finansdepartementet (Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2009:1).

Bundesministerium für Gesundheit (2007), "Vierter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung". Berlin, <[www.bmg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Glossar-Pflegeversicherung/Berichte-Zur-Entwicklung-der-Pflegeversicherung\\_\\_4.\\_20Bericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Berichte-Zur-Entwicklung-der-Pflegeversicherung\\_4.pdf](http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Glossar-Pflegeversicherung/Berichte-Zur-Entwicklung-der-Pflegeversicherung__4._20Bericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Berichte-Zur-Entwicklung-der-Pflegeversicherung_4.pdf)>.

Bundesministerium für Gesundheit (2008a), *Ratgeber Pflege : alles, was Sie zur Pflege wissen müssen*. Berlin, <[www.familiengerecht.uni-frankfurt.de/archiv/Ratgeber\\_Pflege\\_des\\_Bundesministeriums\\_f\\_\\_r\\_Gesundheit\\_Juli\\_2008.pdf](http://www.familiengerecht.uni-frankfurt.de/archiv/Ratgeber_Pflege_des_Bundesministeriums_f__r_Gesundheit_Juli_2008.pdf)>.

Bundesministerium für Gesundheit (2008b), "Gut zu wissen : das wichtigste zur Pflegereform. Berlin". Berlin, <[http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:cnONpYIIHukJ:www.uni-tuebingen.de/fileadmin/Uni\\_Tuebingen/Einrichtungen/Gleichstellung/Beauftragte\\_Chancengleichheit/Dokumente/BMG-P-07054-Gut-zu-Wissen.pdf+Gut+zu+wissen+:+das+wichtigste+zur+Pflegereform&hl=en&gl=uk&pid=bl&srcid=ADGEEShndePpxTQq7ESxc6\\_mhEuA3IKBvA6igWax9Rv-EKanjnbPSconibaSVNdNaP6hro7TbEdbcMe66zEy2F3tjzGQdCK8PcdijQKkykXYzT8HdZ8ck2JAs6253m7241CJhu6OOJN&sig=AHIEtbQVYe1JghJKwpOzcvcumfnr9xYMG](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:cnONpYIIHukJ:www.uni-tuebingen.de/fileadmin/Uni_Tuebingen/Einrichtungen/Gleichstellung/Beauftragte_Chancengleichheit/Dokumente/BMG-P-07054-Gut-zu-Wissen.pdf+Gut+zu+wissen+:+das+wichtigste+zur+Pflegereform&hl=en&gl=uk&pid=bl&srcid=ADGEEShndePpxTQq7ESxc6_mhEuA3IKBvA6igWax9Rv-EKanjnbPSconibaSVNdNaP6hro7TbEdbcMe66zEy2F3tjzGQdCK8PcdijQKkykXYzT8HdZ8ck2JAs6253m7241CJhu6OOJN&sig=AHIEtbQVYe1JghJKwpOzcvcumfnr9xYMG)>.

Bundesministerium für Gesundheit (2008c), "Fakten und Zahlen zur Pflegeversicherung (05/08). Berlin, <[www.demenz-chemnitz.de/downloads/zahlenundfaktenzurpflegeversicherungaufeinenbl.pdf](http://www.demenz-chemnitz.de/downloads/zahlenundfaktenzurpflegeversicherungaufeinenbl.pdf)>.

Bundesregierung (2010), "Soziale Pflegeversicherung", kap 11 i *Sozialgesetzbuch*. Berlin, <<http://db03.bmgs.de/Gesetze/gesetze.htm>>.

Caritas (2010), "Experten fürs Leben : Autorinnen und Autoren. Bloggsida för Deutsche Caritasverband. Freiburg, <<http://blog.experten-fuers-leben.de/autorinnen-und-autoren>>.

Caritasverband Hassberge (2010), "Hausgemeinschaften Hofheim : die lebendige Mitte lebt. Hassfurt, <[http://caritas-hassberge.de/bwo/dcms/sites/caritas/dv/cv\\_hassberge/hilfe/pflege/hausgemeinschaften\\_presetext.html](http://caritas-hassberge.de/bwo/dcms/sites/caritas/dv/cv_hassberge/hilfe/pflege/hausgemeinschaften_presetext.html)>.

- Emilsson, Peje (2010), "Dags för en radikal reform av den svenska äldrevården". *Dagens Nyheter* nätupplaga 24 januari, <[www.dn.se/debatt/dags-for-en-radikal-reform-av-den-svenska-aldrevarden-1.1032250](http://www.dn.se/debatt/dags-for-en-radikal-reform-av-den-svenska-aldrevarden-1.1032250)>.
- Gennser, Margit (2008), *Pensionsreformen : ideologi och politik*. Stockholm: Timbro.
- Gmünder Ersatzkasse (2009), *GEK-Pflegereport : regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung*. Schwäbisch Gmünd, <[www.barmer.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Presse-Center/Presse-Archiv/2009/2009\\_2010\\_20bis\\_2012/091118\\_20Pflegereport/Pflegereport,property=Data.pdf](http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Presse-Center/Presse-Archiv/2009/2009_2010_20bis_2012/091118_20Pflegereport/Pflegereport,property=Data.pdf)>.
- Kristersson, Ulf, Hellman, Jonas & Idergard, Thomas (1993), *Generationskriget*. Stockholm: Timbro.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalens (2007), "Neue Wohnprojekte für ältere Menschen : gemeinschaftliches Wohnen in NRW". Düsseldorf, december, <[www.mags.nrw.de/04\\_Soziales/1\\_Pflege/wohnen-im-alter/index.php](http://www.mags.nrw.de/04_Soziales/1_Pflege/wohnen-im-alter/index.php)>.
- Moberg, Åsa (2009), *Allt är möjligt : en välfärdsdagbok*. Stockholm: Timbro.
- Modig, Arne (2009), "Allmänheten om den framtida finansieringen av välfärden : rapport från opinionsundersökning". Stockholm: Timbro, <[www.timbro.se/innehall/?isbn=000024&flik=4](http://www.timbro.se/innehall/?isbn=000024&flik=4)>.
- Munkhammar, Johnny (2004), *Sagan om välfärdens återkomst : den stora statens fall*. Stockholm: Hjalmarson & Högberg.
- Märkische Allgemeine* (2009), "Sozialversicherung : mehr Geld für häusliche Pflege". 17 december, <[www.maerkischeallgemeine.de/cms/beitrag/11685204/61469/Mehr-Geld-fuer-haeusliche-Pflege-Sozialversicherung.html](http://www.maerkischeallgemeine.de/cms/beitrag/11685204/61469/Mehr-Geld-fuer-haeusliche-Pflege-Sozialversicherung.html)>.
- Raddatz, Guido (2008), "Reform der Pflegeversicherung : zurück auf Los". Berlin: Stiftung Marktwirtschaft (Argumente zur Marktwirtschaft und Politik 105), <[www.stiftung-marktwirtschaft.de/uploads/tx\\_ttproducts/datasheet/Argument\\_105\\_Pflegeversicherung\\_2008\\_11.pdf](http://www.stiftung-marktwirtschaft.de/uploads/tx_ttproducts/datasheet/Argument_105_Pflegeversicherung_2008_11.pdf)>.
- Raico, Ralph (1999), *Die Partei der Freiheit : Studien zur Geschichte des deutschen Liberalismus*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Rollén, Berit & Olin Wikman, Monika (2008), *Vi vill inte bli gamla som äldreomsorgen ser ut idag*. Stockholm: SNS.
- Rösler, Philipp (2009), "Rösler will Reform der Krankenversicherung g Parteien Opposition : Ende des Solidar systems". Tal i Förbundsdagen den 12 november. *Märkische Allgemeines* nätupplaga, 13 november, <[www.maerkischeallgemeine.de/cms/ziel/604050/DE?search=normal&suchbegriff=r%C3%B6sler&zeitraum=Alle+Jahre&datum\\_eingabe=kreuz&tag\\_eins=11&monat\\_eins=11&jahr\\_eins=2009&tag\\_zwei=14&monat\\_zwei=11&jahr\\_zwei=2009&id=1981802](http://www.maerkischeallgemeine.de/cms/ziel/604050/DE?search=normal&suchbegriff=r%C3%B6sler&zeitraum=Alle+Jahre&datum_eingabe=kreuz&tag_eins=11&monat_eins=11&jahr_eins=2009&tag_zwei=14&monat_zwei=11&jahr_zwei=2009&id=1981802)>.
- Schanz, Gerhard (2010), "Gesundheits und Pflegeberatung". Bielefeld: Pflegestützpunkte-online.de, <<http://gesundheits-und-pflegeberatung.de/index.html>>.
- Statistisches Bundesamt (2008), *Pflegestatistik 2007 : Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung*. Wiesbaden, <<http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/TKs/Gesund-Pflegen/PDF/pflegestatistik-2007,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>>.



Stiftung Warentest (2010), "Pflegezusatzversicherung Vergleich". Berlin,  
<[www.pflegeversicherung.com/pflegezusatzversicherung.html](http://www.pflegeversicherung.com/pflegezusatzversicherung.html)>.

Sveriges Kommuner och Landsting (2009), "Årsredovisning 2008". Stockholm,  
<[http://brs.skl.se/publikationer/index.jsp?http://brs.skl.se/publikationer/publdoc.jsp?searchpage=/dummy&search\\_titn=%2239463%22&db=KATA&from=1&toc\\_length=20&currdoc=1](http://brs.skl.se/publikationer/index.jsp?http://brs.skl.se/publikationer/publdoc.jsp?searchpage=/dummy&search_titn=%2239463%22&db=KATA&from=1&toc_length=20&currdoc=1)>.

Uddhammar, Emil (1993), *Partierna och den stora staten : en analys av statsteorier och svensk politik under 1900-talet*. Stockholm: City University Press (Diss).

Wikipedia (2010a), "Krankenversicherung", <<http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenversicherung>>.

Wikipedia (2010b), "Freie Wohlfahrtspflege".  
<[http://de.wikipedia.org/wiki/Freie\\_Wohlfahrtspflege](http://de.wikipedia.org/wiki/Freie_Wohlfahrtspflege)>.

Zetterberg, Hans (2005), "Staten, familjen och hushållet". Stockholm (Delrapport 1 från Moderaternas familjepolitiska grupp, augusti 2005),  
<[www.zetterberg.org](http://www.zetterberg.org)>.