

TANKAR OM VÄLFÄRDENS FRAMTID

PRIORITERINGAR, LEGITIMITET & JÄMLIKHET

SVEND DAHL

www.timbro.se/innehall/isbn=9175668338&flik=4

SEPTEMBER 2011

TIMBRO

Författare är Svend Dahl, doktorand i statsvetenskap vid Stockholms universitet.

© Författaren och Timbro 2011

ISBN 91-7566-833-8

www.timbro.se

info@timbro.se

[<www.timbro.se/innehall/?isbn=9175668338>](http://www.timbro.se/innehall/?isbn=9175668338)

Innehåll

Förord.....	5
Att möta finansieringsgapet.....	7
Välfärdsstatens moraliska och politiska grund.....	8
Jämlikhet i välfärdsstaten.....	9
Finansieringsgapet och de stigande förväntningarnas missnöje	11
Öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården.....	14
Ett väldefinierat offentligt åtagande i äldreomsorgen.....	18
Gräddfiler och legitimitet	23
Källor.....	27

Förord

Medborgarnas ökade efterfrågan på sjukvård och äldreomsorg kommer inte kunna mötas genom nuvarande finansieringssystem. Det skapas ett finansieringsgap. Att gapet inte kan fyllas med höjda skatter är slutsatsen av flera studier. Det betyder, vid sidan av behov av fler arbetade timmar och högre effektivisering, att välfärden i framtiden kommer att behöva mer privat sparande och större eget ansvar.

Dagens svenska modell för finansieringen av välfärden – genom framförallt skatter- har två möjliga slut. Antingen riskerar den att braka samman under växande behov eller så kommer medborgarna att tvingas ställas inför faktum med brutala besparingsprogram som bara levererar ett minimum av den service som en gång lovades. Långsiktigt är detta direkt osolidariskt. Om vi inte tar tag i framtidens finansiering av välfärden nu kommer det för de flesta kommer att vara för sent att frigöra egna medel när sammanbrottet är ett faktum.

Välfärden behöver därför långsiktigt nya resurser från andra källor än skatter - främst då från privata försäkringar och riktat enskilt sparande. Genom en politik som aktivt gör oss medborgare till mer direkta finansiärer av välfärdstjänster kommer vi också att kunna ställa större och mer personliga krav. Fler finansieringskällor öppnar också för en snabbare tjänsteutveckling av tillgängligheten i sjukvården och en mer personlig omvårdnad av äldre.

För att detta ska fungera på bästa sätt behöver det offentliga åtagandet vara förutsägbart, tydligt och begripligt. Det kan låta enkelt i teorin - men hur gör man för att definiera det offentliga åtagandet i praktiken? Var går egentligen gränsen mellan det som vi ska finansiera tillsammans och det som var och en får stå för ur egen ficka?

Så fort egenfinansiering kommer på tal brukar också gräddfiler nämnas. Om inte alla får exakt allting borde det innebära att några får det bättre på grund av deras tjocka plånbok. I den här rapporten visas hur den offentliga sektorn, med ett särskilt fokus på hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen, kan arbeta med prioriteringar utan att tumma på jämlikheten. Det är angeläget – för om vi inte tar tag i framtidens finansiering av välfärden nu kommer det för de flesta kommer att vara för sent att frigöra egna medel när sammanbrottet är ett faktum.

Eva Cooper

Ansvarig för Timbros välfärdsprogram

September 2011

Att möta finansieringsgapet

Välfärdssektorn står inför stora ekonomiska utmaningar de kommande åren, menar de flesta bedömare. En åldrande befolkning i kombination med allt högre förväntningar på kvaliteten i tjänsterna gör att kostnaderna för välfärden riskerar att öka kraftigt. Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) beräkningar pekar på en ökning av kommunernas och landstingens kostnader med cirka 50 procent under perioden fram till 2035, vilket motsvarar ett finansieringsgap på 200 miljarder.¹ Frågan om välfärdsstatens långsiktiga finansiering har av Per Borg i en rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) beskrivits som välfärdspolitikens klimatfråga. Det vill säga att de flesta experter och forskare är överens om att det finns ett betydande problem som måste angripas i tid, och om det inte sker riskerar det att leda till en rad oönskade effekter.²

Den diskussion kring hur välfärdspolitiken ska utvecklas för att möta dessa utmaningar, som initierats av bland andra Timbro och Arena Idés gemensamma utredning om välfärdens framtida finansiering, den så kallade Borgkommissionen, har dock fått många att uttrycka sin oro över hur de för välfärdsstaten grundläggande principerna om jämlikhet riskerar att åsidosättas när inslaget av privat finansiering ökar inom välfärdssektorn.³ Motsvarande oro syns i diskussionen kring privata sjukvårdsförsäkringar och ”gräddfiler” i vården. Det är en fråga som inte minst aktualiserades under valrörelsen inför omvalet i Västra Götalandsregionen i maj i år, då Socialdemokraterna byggde sin kampanj kring detta tema, men som också kan tänkas få stor betydelse i den politiska debatten under de kommande åren.

Den här rapporten tar avstamp i övertygelsen om att den kapitalistiska välfärdsstaten, med alla dess fel och brister, är ett av de bästa sätten att organisera ett samhälle.⁴ Samtidigt går det inte att bortse från att välfärdsstatens konkreta uttryck måste förändras både för att möta en förändrad demografi och stigande förväntningar på kvalitet, men också för att kunna bevara den generella välfärdspolitikens legitimitet. I denna utveckling är prioriteringar och avgränsningar av det offentliga åtagandet en central del.

Medan experter och forskare varit i stort sett eniga om de utmaningar välfärdsstaten står inför har det varit betydligt svårare för politikerna att nå en samsyn. En del politiker har avfärdat hela diskussionen, kanske med förhoppning om att problemen ska lösa sig av sig själv. Andra politiker, exempelvis i SKL:s programberedning för välfärdsfinansiering, har tagit till sig problembeskrivningen, men avstått från att diskutera konkreta förslag på hur finansieringsgapet skulle kunna mötas.⁵ Man har nöjt sig med att i breda termer tala om fler arbetade timmar, effektivisering eller ökad privat finansiering. Hur en ökad privat finansiering skulle kunna se ut har däremot sällan diskuterats.

¹ Sveriges Kommuner och Landsting, 2010, sid 23–24.

² Borg, 2009.

³ Arena Idé & Timbro, 2010.

⁴ I rapporten använder jag begreppen ”välfärdsstaten” och ”den generella välfärdspolitiken” som synonymer.

⁵ Se exempelvis Sveriges Kommuner och Landsting, 2010.

Min ambition i denna rapport är därför att konkretisera diskussionen kring en avgränsning av det offentliga åtagandet och med detta också diskussionen om ökad privat finansiering av välfärdstjänsterna. Utifrån denna ambition kommer jag att diskutera några förslag kring hur hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen skulle kunna organiserats på ett sätt som gör det möjligt att möta de krav finansieringsgapet ställer samtidigt som grundläggande jämlikhetsprinciper bevaras. Att rapporten behandlar just hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ska ses mot bakgrund av att dessa delar av välfärdsstaten är de som kommer att ställas inför de största utmaningarna i och med att befolkningen blir äldre.

Välfärdsstatens moraliska och politiska grund

Det är egentligen inte så konstigt att jämlikheten hamnar i centrum när förändringar inom välfärdspolitiken förändras. Undersökningar visar på ett grundmurat stöd för den generella välfärdspolitiken och jämlikhet kan ses som välfärdsstatens moraliska utgångspunkt.⁶

Professorn i statsvetenskap Bo Rothstein har beskrivit hur grunden för den generella välfärdspolitiken ligger i att medborgarna ska behandlas lika. Välfärdsstaten ska inte diskriminera mellan medborgarna genom att skilja ut och särbehandla "behövande" eller "fattiga". I stället ska välfärdsstaten förse alla medborgare med grundläggande resurser utifrån principen om lika omtanke och respekt, och på så sätt skapa jämlikhet i fråga om möjligheterna att handla som autonoma medborgare i samhället.⁷

Principen om lika omtanke och respekt innebär att alla medborgare ska betraktas som jämlika i relation till staten. Lika omtanke innebär att staten inte får fördela resurser ojämnt därför att man anser att vissa medborgare är värda mer än andra. Lika respekt innebär att staten inte får begränsa medborgarnas frihet att fullfölja sina livsprojekt bara för att en majoritet anser att vissa medborgares sätt att leva är överlägset andras. I sig säger dessa principer inget om välfärdsstaten – även anhängare av en minimalstat skulle kunna argumentera utifrån tanken på lika omtanke och respekt. Men tillämpat på välfärdsstaten innebär den att resurser, som exempelvis tillgången till sjukvård och utbildning, bör delas lika.⁸

Exakt vilka grundläggande resurser som medborgarna ska förse med varierar naturligtvis från samhälle till samhälle och över tid. När välfärdsstaten började byggas upp var det nog ingen som exempelvis skulle räkna in barnomsorg, medan detta i dag ses som en självklar del av välfärdsstaten. I dag är så gott som alla överens om att välfärdsstaten handlar om utbildning, hälso- och sjukvård, barnomsorg, äldreomsorg och handikappomsorg, men också om skydd mot inkomstbortfall i olika skeden av livet.

⁶ Ett exempel är välfärdsstatsundersökningarna som genomförs av Stefan Svallfors vid Umeå universitet. I Svallfors, 2011, resonerar han kring resultaten av den senaste undersökningen.

⁷ Rothstein, 1994, sid 190.

⁸ Ibid, sid 40–41.

Denna idé om likabehandling som välfärdsstatens moraliska grund kommer till uttryck i idén om universalism, det vill säga att välfärdssystemen ska omfatta alla medborgare, och inte bara rikta sig mot specifika grupper som bedöms som behövande. Denna idé är intimt sammankopplad med vad som skulle kunna beskrivas som välfärdsstatens politiska grund.

Det vill säga tanken att stödet för en omfattande välfärdspolitik – och den beskattning en sådan politik kräver – är beroende av att även medelklassen och andra betalningsstarka grupper medborgare känner att de får ut något av systemet. Om medelklassen inte känner att välfärdssystemen ger dem fördelar kommer deras benägenhet att stödja systemet att minska, vilket kommer att försvåra möjligheterna att förse dem som saknar egen betalningsförmåga med grundläggande välfärdstjänster. Bo Rothstein har träffande sammanfattat detta förhållande i en parafra av den amerikanske presidenten Lyndon B Johnsons kända uttalande om varför han inte gjorde sig av med FBI-chefen J Edgar Hoover: ”Det är bättre att ha medelklassens vassa armbågar på insidan av systemet pressandes det utåt, än tvärtom.”⁹

Välfärdsstatens moraliska och politiska grunder innebär särskilda utmaningar om man ser ökad privat finansiering som en viktig del av lösningen på de långsiktiga problem som finansieringsgapet för med sig. Hur kan man försäkra sig om att den grundläggande jämlikheten i fördelningen av välfärdstjänsterna bibehålls, och hur försäkras man sig om ett fortsatt stöd för det offentliga systemet från medelklassens sida om de ändå kommer att behöva lita till privat sparande eller privata försäkringar i allt större utsträckning?

Jämlikhet i välfärdsstaten

Men vad innebär då principen om likabehandling, eller jämlikhet som det kallas i dagligt politiskt tal? Ibland kan man få intryck av att begreppet har en självklar innebörd, och att det därmed skulle finnas ett enkelt sätt att förhålla sig till frågan om jämlikhet i välfärden. Det är inte minst vanligt bland dem som argumenterar för att alla olikheter skulle vara uttryck för ojämlikhet. I själva verket skiljer sig betydelsen i likabehandlingsprincipen kraftigt mellan olika delar av välfärdssystemen, vilket innebär att det som på ett politikområde är den allmänt accepterade tolkningen av likabehandling, på ett annat område kan vara extremt kontroversiellt.

I skolan ser vi exempelvis läroplaner och tillsynsmyndigheter som tillräckliga garantier för jämlikhet, och tillåter i övrigt stora skillnader mellan enskilda skolor och mellan kommuner. I pensionssystemet och socialförsäkringar accepterar vi genom inkomstbortfallsprincipen i stor utsträckning att de ojämlikheter marknaden skapar flyttas rakt in i välfärdsstaten.

Vi ser det som otänkbart att man skulle behöva betala för sjukvård, men accepterar att tandvård – som i många andra länders välfärdssystem skattefinansieras – till stor del är en fråga för marknaden. Detta trots att de flesta politiker är medvetna om och talar om de skillnader i tandhälsa mellan olika grupper som organisationsmodellen leder till.

⁹ Rothstein, 1994, sid 182. Det ursprungliga citatet från Lyndon B Johnson är: ”It’s probably better to have him inside the tent pissing out, than outside the tent pissing in.”

Även inom sjukvården, där den politiska diskussionen om jämlikhet kanske är som starkast, har vi till stor del valt att acceptera stora skillnader mellan hur patienter med samma diagnoser behandlas. Visst får, åtminstone i teorin, alla invånare i ett landsting samma vård. Men mellan landstingen återfinns stora skillnader både sett till väntetider och behandlingsmetoder.¹⁰ Detta är skillnader som sällan diskuteras, allra minst i politiska sammanhang, trots att de i hög grad går rakt emot ambitionerna om en jämlik sjukvård.

Svaret på frågan om vad likabehandling i välfärden innebär, beror med andra ord helt på vilket område man studerar. Att tala om välfärdsstaten som om dagens organisatoriska lösningar skulle vara det bästa sättet att försäkra sig om likabehandling gör att man bortser från att medborgarnas lika tillgång till välfärdstjänster faktiskt kan lösas på olika sätt. Men det gör också att vi blundar för de oacceptabla skillnader i tillgången till välfärdstjänster som finns inom dagens system.

Man kan exempelvis ställa sig frågan om vad som är det största jämlikhetsproblemet i sjukvården i dag. Är det att MS-patienter tvingas flytta från ett landsting till ett annat för att få tillgång till de bromsmediciner som gör det möjligt att trots sjukdomen leva ett så gott som normalt liv? Eller är det att den oroliga småbarnsföräldern tecknar en privat sjukvårdsförsäkring som ger rätten till en extra – medicinskt helt onödig – läkarundersökning av barnets öroninflammation? Om man ska tro många politiker är det senare ett betydligt större problem. Utan att förringa oron föräldrar kan känna är det faktiskt svårt att förstå den tolkningen av vad lika tillgång till hälso- och sjukvård bör innebära. Tvärtom illustrerar det hur det finns saker inom hälso- och sjukvården som det offentliga bör ta ansvar för – eftersom det annars skulle leda till oacceptabla skillnader i tillgången till vård – medan det finns andra saker som faktiskt kan överlåtas till medborgarna att lösa utifrån egna önskemål.

Utifrån denna tanke har Per Borg i en ESO-rapport formulerat tanken att välfärdssystemet kan ses som en pyramid, det vill säga samma jämförelse som brukar användas för att illustrera pensionssystemet. I botten finns det offentliga åtagandet, som genom de orange kuverten är relativt förutsägbart och ovanför detta finns möjlighet till olika former av privata kompletteringar.¹¹

På motsvarande sätt skulle man kunna utforma de offentliga åtagandena kring exempelvis hälso- och sjukvården. I botten finns ett förutsägbart och väldefinierat offentligt åtagande som garanterar att alla har tillgång till högkvalitativ vård på lika villkor. Det vill säga att geografiska skillnader i väntetider och typ av vård inte är acceptabla. Inte heller är det acceptabelt att det finns skillnader i hur människor med olika socioekonomiska förutsättningar bemöts i kontakterna med vården.

Om man inte nöjer sig med det offentliga åtagandet – exempelvis för att man vill ha tillgång till vård snabbare än de offentliga garantierna eller extra undersökning, som inte bedöms som medicinskt nödvändiga – ska möjligheten finnas att köpa till detta exempelvis i form av privata vårdförsäkringar. Det vill säga på samma sätt som det i dag är möjligt att komplettera det offentliga åtagandet inom pensionssystemet med privat sparande. En central aspekt här är förutsägbarheten – människor

¹⁰ Skillnaderna i behandlingsmetoder mellan landstingen illustreras exempelvis av skillnader i användningen av avancerade läkemedel för sjukdomar som MS och alzheimers. Se IMS Health, 2010.

¹¹ Borg, 2009, sid 88–89.

måste kunna veta vad de kan förvänta sig i form av offentlig service, och planera sin tillvaro – med sparande och försäkringar – utifrån detta.

Exemplen ovan är hämtade från hälso- och sjukvården, men samma förhållningssätt med ett väldefinierat och förutsägbart offentligt åtagande går, som kommer att framgå längre fram, att tillämpa på andra offentliga verksamheter, exempelvis äldreomsorgen.

Samhället är fullt av skillnader mellan människor, skillnader som ibland kan ses som ojämlikheter. En del av dessa ojämlikheter accepterar vi och ser som så självklara att vi integrerar dem i välfärdssystemen. Som alltid i fråga om politik handlar det om att välja vilka ojämlikheter som är acceptabla och vilka som inte är det. Jag menar att skillnader mellan olika landsting i väntetider och i vilka behandlingar som erbjuds patienter med samma diagnos eller att människor med olika social bakgrund behandlas olika i den offentliga vården är betydligt allvarigare än att vissa betalar ur egen ficka för att få ett eget telefonnummer till sjukvården i stället för att ringa till landstingets vårdupplysning.

Likabehandlingsprincipen handlar om att det offentliga ska klara av att garantera alla en likvärdig tillgång till grundläggande välfärdstjänster. Det klarar man inte i dag, varken i hälso- och sjukvården eller i äldreomsorgen, där det också förekommer stora variationer mellan kommuner. Här ligger den stora jämlikhetsutmaningen.

Att människor i dag i allt högre utsträckning köper privata sjukvårdsförsäkringar handlar dels om att det offentliga inte klarar av sitt grundläggande åtagande – i många fall är det exempelvis svårt att vet hur snabbt man kommer att få vård. Men det handlar också om olika prioriteringar. Precis som vissa föredrar att spara till sin pension i stället för att köpa sin tredje Iphone på lika många år, prioriterar andra sin tillgång till sjukvård framför exempelvis ett extra krogbesök i månaden.

Att människor gör den typen av prioriteringar är knappast ett jämlikhetsproblem, så länge det offentliga klarar av sitt åtagande. Att vi använder våra pengar eftersom vi värdesätter olika saker är en del av livet.

Mycket talar dessutom för att vi i allt större utsträckning kommer att vilja lägga våra pengar på välfärdstjänster. Vi kommer med andra ord att bli allt mer benägna att lägga våra pengar på den där extra läkarundersökningen eller en särskild typ av mat eller aktiviteter på äldreboendet.

Och så länge det offentliga klarar av att garantera lika tillgång till välfärdstjänsterna är det svårt att ha några synpunkter på det. Lika omtanke och respekt innebär trots allt också att staten bör vara neutral inför medborgarnas val att lägga sina pengar på hemelektronik eller sjukvård.

Finansieringsgapet och de stigande förväntningarnas missnöje

Bakom diskussionen om finansieringsgapet ryms två faktorer. För det första lever allt fler allt längre, vilket leder till att andelen äldre i befolkningen ökar. Med allt fler äldre kommer efterfrågan på både sjukvård och äldreomsorg att öka. För det andra kommer en allt högre levnadsstandard också att

leda till allt högre krav på välfärdstjänsterna. Allteftersom vi får det bättre ställt förväntar vi oss också att det ska avspeglas i välfärdstjänsterna.¹²

Det leder till att tjänsterna successivt får ett förändrat innehåll. Det pedagogiska inslaget i förskolan är mycket högre i dag än för bara 10 år sedan. På samma sätt har äldreomsorgen förändrats och det görs i dag mycket större och mer kvalificerade insatser för äldre med stora hjälpbehov, än 1980 då de i många fall var hänvisade till långvården.¹³

Denna utveckling, som brukar beskrivas som ”de stigande förväntningarnas missnöje” kommer utan tvivel att fortsätta. Vi kommer kort sagt inte att nöja oss med dagens standard på välfärdstjänsterna, när vår levnadsstandard i övrigt stiger. Med tanke på att det redan i dag är svårt att leva upp till kraven i exempelvis äldreomsorgen, är det lätt att se att de allt högre förväntningarna på välfärdstjänsternas kvalitet leder till ett ökat resursbehov i välfärdssektorn.

I diskussionen om finansieringsgapet brukar ett antal möjliga lösningar framhållas. Det handlar framförallt om fler arbetade timmar, ökad effektivitet och ökad privat finansiering. Ett ökat skatteuttag, vilket historiskt finansierade de ökade ambitionerna i välfärdsstaten, brukar däremot avfärdas som mindre realistiskt.

Det är i sammanhanget viktigt att komma ihåg att ingen av dessa åtgärder ensam löser finansieringsgapet. Att sätta all sin tilltro till exempelvis fler arbetade timmar kan helt enkelt inte vara hela lösningen. Samma sak gäller möjligheten till effektiviseringar. Många menar, helt korrekt, att effektiviseringspotentialen i personalintensiva verksamheter som välfärdstjänster är begränsad.¹⁴ Samtidigt illustrerar både kostnadsskillnaderna mellan olika kommuner och landsting samt de vinster privata välfärdsföretag kan uppvisa att det inte alltid är så att de tillförda resurserna används på bästa möjliga sätt.

Denna rapport handlar emellertid främst om ökad privat finansiering och avgränsningar av det offentliga åtagandet. Detta är ett perspektiv på finansieringsgapet som är särskilt intressant att diskutera mot bakgrund av det som kan beskrivas som ”de stigande förväntningarnas missnöje”. Visst innebär de allt högre kraven ett allt större finansieringsbehov, men med en högre levnadsstandard följer också att vi är beredda att lägga en allt större del av våra inkomster på välfärdstjänster.

Det amerikanska sjukvårdssystemet är knappast ett föredöme vare sig vad gäller jämlikhet i tillgången till vård eller i fråga om effektivitet. Däremot kan det fungera som exempel på hur människor gör prioriteringar när hälso- och sjukvård i betydande utsträckning är en fråga för marknaden och privat konsumtion. USA är det land som lägger mest på hälso- och sjukvård i världen, både sett till andelen av BNP och per person. Konsumtionen av hälso- och sjukvård och utbildning har dessutom under lång tid ökat snabbare än inkomsterna. De analyser som gjorts visar på en

¹² I Sveriges Kommuner och Landsting, 2010, återfinns en genomgång av olika aspekter på finansieringsgapet.

¹³ Sveriges Kommuner och Landsting, 2008, sid 71.

¹⁴ Se exempelvis Borg, 2009, sid 17; Thorslund, 2010, sid 10.

inkomstelasticitet på 1,6 procent när inkomsterna ökar med 1 procent. Detta illustrerar hur efterfrågan på välfärdstjänster ökar i takt med att levnadsstandarden ökar.¹⁵

Att Sverige har haft en låg kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården kan ses som ett exempel på motsatsen. Många svenskar vill spendera mer på hälso- och sjukvård, och det är rimligt att tänka sig att förväntningarna stiger i takt med den allmänna levnadsstandarden, men det finns i dagens system få möjligheter att ge uttryck för denna prioritering genom privat konsumtion. I stället har efterfrågan på hälso- och sjukvård strypts genom ransonering – det vill säga köer – vilket hållit nere kostnadsutvecklingen.

Detta är naturligtvis inte en fullständig förklaring till kostnadsutvecklingen i Sverige respektive USA, men att människor med en stigande levnadsstandard tenderar att vilja lägga mer av sin inkomst på välfärdstjänster är en viktig faktor att väga in när vi diskuterar de utmaningar välfärdsstaten står inför.

Att konsumtionen av hälso- och sjukvård ökar med en högre inkomst kan i en svensk kontext illustreras av skillnaderna i kostnader mellan Stockholms Läns Landsting och övriga landsting.¹⁶ Att kostnaden för hälso- och sjukvård per invånare är högre i Stockholm kan till en del förklaras av en högre efterfrågan i spåren av högre inkomster än i övriga landet.

Flera undersökningar visar dessutom på vad som kan tolkas som en betydande vilja bland svenskarna att prioritera välfärdstjänster framför annan konsumtion. Exempelvis visar SKL:s undersökningar att 90 procent föredrar ökad kvalitet inom skola, äldreomsorg och sjukvård framför sänkt skatt, medan 80 procent kan tänka sig att betala högre skatt för att förbättra välfärdstjänsterna.¹⁷ Det finns också en tydlig vilja att betala extra ur den egna plånboken. Både SKL:s undersökning och SEB:s välfärdsbarometer visar att över hälften av de tillfrågade är beredda att betala för en egen sjukvårdsförsäkring som kan ge dem snabbare vård.¹⁸

De stigande förväntningarnas missnöje behöver med andra ord inte innebära ett problem för välfärdssystemets finansiering. Vi blir allt rikare samtidigt som vi efterfrågar och är beredda att betala för mer och högre kvalitet i välfärdstjänsterna. Utmaningen är snarare att hitta vägar där den ökade efterfrågan kan kanaliseras.

Ett ökat skatteuttag är förstås ett sätt möta den ökade efterfrågan, och ska naturligtvis inte uteslutas. Samtidigt finns det faktorer som talar mot ett ökat skatteuttag. Det handlar om både eventuella negativa effekter på den ekonomiska utvecklingen och den osäkerhet som är förknippad med beskattning som finansieringsmetod. Så länge det offentliga åtagandet inte preciseras riskerar de extra skatter en person vill betala för höjd kvalitet i äldreomsorgen, i stället att finansiera satsningar på andra kommunala verksamhetsområden – från nya arenor till fler lärare i skolan. Man kan också

¹⁵ Borg, 2009, sid 44. Mossberg & Magnusson, 2010, sid 43–45.

¹⁶ Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen, 2010, sid 74.

¹⁷ Borg, 2009, sid 44.

¹⁸ Ibid; Mossberg & Magnusson, 2010, sid 47–48.

argumentera för att skatter visserligen är ett utmärkt sätt att finansiera medborgarnas tillgång till enhetliga tjänster, men mindre lämpade som finansieringsmodell när vi går mot en situation där människor i allt större utsträckning efterfrågar individuella variationer i välfärdstjänsterna. Detta talar för ett ökat utrymme för privat finansiering, antingen i form av försäkringar eller privat sparande, som ett sätt att lösa den ökade efterfrågan på välfärdstjänster.

Problemet med en sådan utveckling är att det riskerar att gå ut över jämlikheten och ge upphov till oacceptabla skillnader vad gäller tillgången till grundläggande välfärdstjänster. Därför gäller det, som Per Borg konstaterar, att hitta sätt där den ökade privata finansieringen inte ger upphov till denna typ av negativa effekter, utan avgränsas till att gälla de delar av vården och omsorg där vi är beredda att acceptera skillnader.¹⁹

Det handlar med andra ord om att definiera ett offentligt åtagande som ska vara lika för alla, men samtidigt acceptera att människor utöver detta ska ha möjligheter att genom försäkringar eller sparande planera och ha individuella önskemål för den dagen de behöver sjukvård eller äldreomsorg.

Denna typ av avgränsningar i det offentliga åtagandet – eller prioriteringar – beskrivs ibland som något främmande, som hotar välfärdsstatens existens. I själva verket är välfärdsstaten redan i dag full av prioriteringar. Ett exempel är skillnaden mellan glasögon och hörapparater. Medan glasögon exkluderats ur det offentliga åtagandet och betraktas som ett område för privat konsumtion, ses hörapparater som en självklar del av det offentliga åtagandet. Det kan förstås diskuteras om det är en rimlig avgränsning eller inte, men poängen här är framförallt att illustrera hur prioriteringar och avgränsningar är en självklar del av välfärdsstaten.

Sedan flera år tillbaka har man inom hälso- och sjukvården arbetat med prioriteringar som innebär att vissa åtgärder och behandlingar inte längre är en del av det offentliga åtagandet. Ställda inför det kommande finansieringsgapet kan formerna för detta arbete inspirera oss att hitta sätt att definiera och avgränsa det offentliga åtagandet utan att det äventyrar välfärdsstatens principer om lika tillgång till grundläggande välfärdstjänster.

Öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården

När landstinget i Östergötland, som första landsting, hösten 2003 offentliggjorde en lista över prioriteringar som begränsade det offentliga åtagandet väckte det stor uppmärksamhet både lokalt och nationellt, och stundtals även hård kritik. Sedan dess har prioriteringar etablerats som en självklar del i hur landstingen arbetar. När Västerbottens Läns Landsting för några år sedan offentliggjorde prioriteringar där man tog bort verksamhet motsvarande 100 miljoner kronor och omfördelade resurserna väckte det inga protester. Detta har i sin tur fått ytterligare landsting att följa efter och inleda sina egna öppna prioriteringsprocesser.²⁰

¹⁹ Borg, 2009, sid 11.

²⁰ Anell & Gerdtham (red), 2010, sid 78–79.

Prioriteringar har naturligtvis alltid gjorts i hälso- och sjukvården, men de har varit svårförutsägbara och inte följt några tydliga riktlinjer. Det som utmärker dagens prioriteringsarbete är det systematiska och transparenta förhållningssättet – alla ska enkelt kunna ta reda på vilka avgränsningar av det offentliga åtagandet som har gjorts. Det är detta förhållningssätt som ligger till grund för termen ”öppna prioriteringar” som i dag används för att beskriva prioriteringsarbetet i landstingen.²¹

När landstingen i dag med syfte att göra besparingar eller omfördela resurser upprättar offentliga prioriteringslistor har det vissa likheter med de tankar kring väldefinierade offentliga åtaganden som Borgkommissionen framfört i sin rapport om finansieringsgapet och de krav det ställer på välfärdssektorn.²² I båda fallen handlar det om att tydliggöra gränsen för det offentliga åtagandet, så att människor vet vad de kan förvänta sig av välfärdssystemen. När man diskuterar prioriteringar och ökade inslag av privat finansiering som möjliga sätt att lösa de utmaningar välfärdsstaten står inför, blir det därför särskilt intressant att studera landstingens arbete med öppna prioriteringar.

För att man framgångsrikt ska kunna göra avgränsningar i det offentliga åtagandet måste dessa bygga på öppenhet och förutsägbarhet. Människor måste veta vad de kan förvänta sig av det offentliga och anpassa sig därefter, genom exempelvis privat sparande eller egna försäkringar. Men de måste också bygga på fakta – i form av medicinska och hälsoekonomiska bedömningar – samt värderingar som är allmänt accepterade i samhället.

Vilka kriterier ska då användas när man bestämmer hur det offentliga åtagandet ska avgränsas och vilka delar av vården som är lämpliga att finansiera privat. Hälsoekonomerna Gustav Tinghög, Carl Lyttkens och Carl Persson har i en artikel presenterat ett ramverk för sådana bedömningar.²³ Ramverket består av sex egenskaper som bör finnas hos den del av vården man överväger att låta finansieras privat:

1. Tillräckliga kunskaper. Vårdtjänsten bör vara av en sådan karaktär att den möjliggör för enskilda individer att korrekt bedöma sitt eget behov och tjänstens kvalitet både före och efter nyttjande.
2. Individens självbestämmande. Vårdtjänsten bör vara avsedd att brukas av individer som besitter en viss grad av autonomi och rationell kapacitet.
3. Externa effekter. Vårdtjänsten bör vara förknippad med en låg grad av positiva externa effekter. (Det vill säga privat konsumtion ska inte primärt användas för att skapa samhällliga vinster.)
4. Tillräcklig efterfrågan. Vårdtjänsten bör vara förknippad med efterfrågan av tillräcklig storlek och regelbundenhet för att en privat marknad ska kunna uppstå.
5. Rimlig kostnad för den enskilde. Vårdtjänsten bör vara förknippad med en kostnad som är överkomlig för flertalet i målgruppen.

²¹ Liss, 2004, sid 24.

²² Arena Idé & Timbro, 2010.

²³ Tinghög, Carlsson & Lyttkens, 2009. Översättningen av de sex kriterierna är hämtad från Anell & Gerdtham (red), 2010, sid 96–97.

6. Livsstilsförbättring. Vårdtjänster som företrädesvis bidrar med livsstilsrelaterad förbättring (t ex kosmetiska ingrepp) snarare än symtomlindring och återställande till normal funktionalitet bör finansieras privat.

Kärnan i ramverket skulle kunna ses som vårdkonsumentens förmåga att verkligen agera som suverän konsument, som varierar kraftigt mellan hälso- och sjukvårdens olika delar. Ett ytterlighetsexempel är när vi kommer svårt skadade till en akutmottagning efter en olycka, det vill säga en situation där vi knappast kan agera konsumenter. I andra ändan hittar vi behandling av huvudvärk. Vi klarar av att fatta beslut om att det behövs en huvudvärkstablett, och vi kan utan några större problem utvärdera om behandlingen gav önskat resultat.

Detta är givetvis ett löst ramverk som inte säger något om de exakta gränsdragningarna mellan privat och offentligt. Men som utgångspunkt i ett prioriteringsarbete där det offentliga åtagandet ska definieras och avgränsas lär de med fördel kunna användas för att kategorisera hälso- och sjukvårdens olika delar. Till stor del kan man argumentera för att de följer principer som är accepterade av de flesta och som i varierande utsträckning redan i dag tillämpas i hälso- och sjukvårdens olika delar, i allt från att vi betalar vuxentandvård och glasögon privat och att läkemedel som Viagra exkluderats ur läkemedelsförmånen.

Tankegångarna i detta ramverk kan jämföras med den skala för privata och offentliga åtaganden inom sjukvården som Per Borg ställer upp sin rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). I ena ändan av skalan hittar man det som självklart är ett offentligt åtagande, den livräddande operationen och andra komplicerade medicinskt nödvändiga behandlingar. I andra ändan återfinns behandlingar som inte är medicinskt nödvändiga och behandlingar av vad Borg beskriver som "vardagskrämpor". Med ett sådant perspektiv skulle man kunna argumentera för att medborgarna i större utsträckning själva borde betala för besök i primärvården, genom exempelvis höjda patientavgifter, för att på så sätt kunna frigöra resurser som kan användas för att garantera alla lika tillgång till den mest avancerade vården, och på så sätt minimera ojämlikheter i exempelvis MS-vården.²⁴

Även här handlar det om att generella principer måste omsättas till konkreta beslut. Naturligtvis bör man vara medveten om att det i många fall är svåra politiska beslut som måste fattas, och att gränsdragningen mellan privat och offentligt ansvar är långt ifrån enkel att göra.

Dessa principer för prioriteringar återfinns också i landstingens konkreta prioriteringsarbete. Här beskriver exempelvis Västerbottens Läns Landsting sitt prioriteringsarbete, som för tankarna till Per Borgs resonemang om gränsdragningen mellan offentligt och privat²⁵:

Vi vill använda våra resurser till de verksamheter och åtgärder där de gör mest nytta. Traditionella metoder, som att förändra strukturer, effektivisera och rationalisera, räcker inte. Vi måste börja prioritera på ett nytt, öppet och strukturerat sätt. Prioriteringarna ska bygga på nytta eller hälsovinst i förhållande till kostnad. Den etiska plattformens principer

²⁴ Borg, 2009, sid 85.

²⁵ Västerbottens Läns Landsting, 2008a.

om människovärde, behov och solidaritet samt kostnadseffektivitet ska styra våra val. Grunden är att alla har lika värde och samma rätt till vård efter behov. De resurser vi frigör genom att ta bort det som är lägst prioriterat kan vi använda till högre prioriterade åtgärder.

När Västerbottens Läns Landsting listar de utbudsbegränsningar som genomförts under 2009 och 2010 hittar man en lång rad exempel på hur medicinskt icke-nödvändiga delar av vården lyfts ut ur landstingets åtagande. Det handlar bland annat om beslut att "Sluta med öronkontroll hos läkare efter genomgången okomplicerad öroninflammation hos barn över två år" och att "Sluta med arbets-EKG på yngre patienter med låg risk för hjärtsjukdom och med ospecifika symtom".²⁶

Exemplet från Västerbottens Läns Landsting illustrerar hur landstingen redan i dag genomför prioriteringsarbeten utifrån principer som skulle kunna utsträckas till att omfatta fler delar av hälso- och sjukvården och på så sätt skapa ett tydligt offentligt åtagande. Men det illustrerar också problemen som är kopplade till att möta "de stigande förväntningarnas missnöje". För självklart kommer många människor att fortsätta efterfråga ett EKG även om det inte är medicinskt nödvändigt eller en extra läkarkontroll av barnens öron. Även om landstingen fattar ett sannolikt rimligt beslut att exkludera dessa behandlingar ur det offentliga åtagandet måste det skapas kanaler som gör det möjligt för människor att efterfråga och konsumera dessa tjänster.

Ett exempel på hur ett landsting definierat ett offentligt åtagande och samtidigt skapat möjligheter för patienterna att komplettera genom privat konsumtion är Region Skånes system för valfrihet inom hörapparater, som trädde i kraft i januari i år. Region Skåne har precis som tidigare upphandlat ett sortiment av god kvalitet anpassat efter olika behov. Valfrihetssystemet innebär dock att man som patient även har möjlighet att välja bland övriga hörapparater som finns tillgängliga på marknaden. Region Skåne står då för ett rekvisitionsbelopp som motsvarar den hörapparat patienten skulle ha fått ur regionens sortiment. Om priset på den valda hörapparaten överstiger rekvisitionsbeloppet får patienten själv betala mellanskillnaden. Kärnan i valfrihetssystemet för hörapparater är med andra ord ett väldefinierat offentligt åtagande som ger alla lika tillgång till grundläggande välfärdstjänster – i det här fallet hörapparater. Om någon däremot skulle vilja betala extra för att få något utöver det offentliga åtagandet står det samtidigt honom eller henne fritt att göra det. Detta exempel illustrerar också hur det är praktiskt möjligt att inom ramen för dagens hälso- och sjukvårdssystem öppna för ökade inslag av privat finansiering, utan att grunderna för systemet förändras.²⁷

Dagens system med öppna prioriteringar skulle kunna utsträckas till att definiera ett offentligt åtagande för hela hälso- och sjukvården. Fördelen med ett system med öppna prioriteringar är att det skapar möjligheter att förutse vilken vård man kan förvänta sig från det offentliga. Genom transparensen skapas möjligheten att, om man inte nöjer sig med det offentliga åtagandet, man kan planera för den dag man behöver vård genom att teckna en privat sjukvårdsförsäkring. Ett sådant system innebär självklart inte att man ska behöva köpa en privat försäkring för att snabbt få tillgång till medicinskt avgörande vård. Men om en operation kan vänta ett par månader utan att det innebär

²⁶ Västerbottens Läns Landsting, 2008b.

²⁷ Region Skåne, *Valfrihet hörapparater*.

att patienten blir sjukare eller att väntan leder till andra medicinska effekter, är det rimligt att man får, och ska kunna, betala om man ändå vill ha vård omedelbart.

Att på så sätt vidareutveckla systemet med öppna prioriteringar framstår som ett rimligt sätt för hälso- och sjukvården att försöka möta finansieringsgapet. Naturligtvis skulle man kunna tänka sig en modell där vi övergav dagens landstingsmodell till förmån för ett system helt baserat på försäkringar. Det holländska systemet som förenar försäkringar med välfärdsstatens principer om lika tillgång till vård för alla skulle här kunna fungera som inspirationskälla.²⁸ Det förefaller dock osannolikt att Sverige skulle välja en sådan väg. Givet traditionerna med landsting förefaller en modell där landstingens åtaganden tydligt definieras och där privata sjukvårdsförsäkringar ger tillgång till tjänster utöver detta åtagande, som mer tänkbart i en svensk kontext.

Ett sådant system skulle kunna bidra till att stärka tilltron till välfärdsstaten. Å ena sidan omfattas alla av lika tillgång till avancerad hälso- och sjukvård. Det finns med andra ord inga skäl för betalningsstarka grupper att lämna systemet för att få tillgång till den mest avancerade vården. Å andra sidan har alla möjlighet att genom privata sjukvårdsförsäkringar prioritera hälso- och sjukvården i sin konsumtion och på så sätt få tillgång till olika extratjänster.

En liknande modell med öppna prioriteringar i det offentliga åtagandet och möjlighet för privat tilläggskonsumtion skulle även med fördel kunna tillämpas i äldreomsorgen, den andra delen av välfärdsstaten som brukar koppas samman med finansieringsgapet.

Ett väldefinierat offentligt åtagande i äldreomsorgen

Om man vill genomföra öppna prioriteringar i äldreomsorgen kan man ta avstamp i den skala Per Borg ställt upp för att skilja offentliga åtaganden från medborgaransvar. Precis som för motsvarande skala för sjukvården hittar man i ena ändan sådant som det offentliga självklart bör ansvara för. I äldreomsorgssammanhang skulle det exempelvis kunna handla om vården av en svårt alzheimersjuk. I andra ändan av skalan återfinns sådant som medborgarna själva har ansvar för eller utan problem skulle kunna ta ett ökat ansvar för, exempelvis vad som brukar beskrivas som hushållsnära tjänster.²⁹

Man kan argumentera för att det i själva verket är enklare att göra denna typ av gränsdragningar i äldreomsorgen än i hälso- och sjukvården i och med att man till stor del inte behöver göra bedömningar om vad som är medicinskt nödvändigt. Till stor del handlar ju äldreomsorg om saker som tidigare i människors liv helt naturligt varit föremål för privat finansiering. Det innebär också att det finns ett betydande utrymme för avgränsningar av det offentliga åtagandet och ökad privat finansiering.

Detta kan illustreras med hur livet förändras när man flyttar till ett äldreboende. Plötsligt blir det kommunens uppgift att tillhandahålla allt från mat till toalettpapper, och det utifrån kommunens

²⁸ Sveriges Kommuner och Landsting, 2010, sid 47.

²⁹ Borg, 2009, sid 84–85.

definitioner och upphandlingar. Därmed försvinner inte bara det personliga ansvaret för saker som tidigare alltid betalats ur egen plånbok, utan även möjligheterna att ha egna önskemål.

Den som aldrig tidigare i sitt liv gillat stuvade makaroner tvingas plötsligt anpassa sig och börja äta det. Och den som aldrig tidigare gillat att titta på teve får finna sig i att teven står på hela dagarna. Äldreomsorgen präglas i mycket stor utsträckning av tanken att alla ska ha det likadant, och att utformningen ska vara så bra att den passar alla. Den typ av skillnader som under övriga delar av livet accepteras blir till besvärliga ojämlikheter som måste motverkas när människor blir tillräckligt gamla.

Problemet med detta förhållningssätt är dels att man helt bortser från att det ibland inte blir så bra att det passar alla – tvärtom kommer regelbundet rapporter om stora brister i äldreomsorgens kvalitet. Dels att man inte tar hänsyn till att människor, även när de blir äldre, värdesätter olika saker.

Självklart kan skillnader vara känsliga om man bor på samma ställe. Samtidigt är det kanske just när man flyttat till ett äldreboende som man mer än någonsin behöver kunna hålla fast vid saker som betyder något, som är viktiga för den egna identiteten. Man kan också, som Anders Mossberg och Jens Magnusson, fråga sig varför den valfrihet vi har under hela vårt vuxna liv ska upphöra när vi blir gamla. Även då har vi, och kommer sannolikt i ännu högre grad än tidigare att ha, önskemål om hur våra liv ska se ut och drömmar som vi vill förverkliga.³⁰

Det normala i stora delar av äldreomsorgen är fortfarande en standard som uppfattades som ”god nog för alla” för 30 år sedan. Kanske accepteras detta också av många av dagens äldre, även om brukarundersökningar kan ifrågasättas som metod. Men mycket talar för att varken barnen till dagens brukare, eller framtida äldre, nöjer sig med denna standard.³¹

Därmed blir också de utmaningar som ”de stigande förväntningarnas missnöje” innebär för äldreomsorgen tydliga. Berit Rollén och Monika Olin Wikman har sammanfattat detta väl i titeln på sin bok om äldreomsorgens utmaningar: ”Vi vill inte bli gamla som äldreomsorgen ser ut i dag”.³² Äldre kommer med andra ord i allt mindre utsträckning att acceptera att bli behandlade som en homogen grupp som har exakt samma behov och önskemål om hur livet ska se ut. I stället kommer man att ställa allt högre krav på både service och möjligheterna att själv påverka sitt liv. Det kan handla om allt ifrån rena kvalitetskrav (som äldreomsorgen i dag inte alltid lever upp till) som att få duscha eller komma ut varje dag, till möjligheten att äta den mat man själv väljer, bo med likasinnade eller bo själv.

Med de stigande kvalitetskraven och förväntningar om att kunna få gehör för individuella önskemål följer också förväntningar om att kunna planera för sin ålderdom, på samma sätt som det för många i dag är självklart att planera inför pensionen. Vi vill kort sagt veta vilka tjänster vi kommer att få tillgång till och när det kommer att ske.

³⁰ Mossberg & Magnusson, 2010, sid 12.

³¹ Thorslund, 2010, sid 5–6.

³² Rollén & Olin Wikman, 2008.

I dag är det emellertid så gott som omöjligt att på detta sätt planera för den äldreomsorg vi vill ha. Inte ens en så grundläggande fråga som den om när man ska flytta till ett äldreboende är i de flesta fall möjligt att ha kontroll över. I stället är de äldre och deras anhöriga beroende av faktorer som kommunens ekonomi, riktlinjerna till biståndshandläggarna och tjänstemännens tolkningar av riktlinjerna, det vill säga faktorer som snabbt kan förändras, och därmed omöjliggöra alla försök till planering.

Man skulle kunna göra jämförelsen med hur pensionssystemet fungerar. Tack vare bland annat de orange kuverten är det nu relativt enkelt att få en bild av hur mycket vi kommer att få i statlig pension, och planera utifrån detta. Föreställ dig i stället att nivån på den statliga pensionen var beroende av kommunal ekonomi och tjänstemäns beslut i de enskilda fallen. Ingen lär hävda att det vore ett bra system, ändå accepteras det när det gäller äldreomsorg.

Svårigheterna att planera kan illustreras med hur bedömningarna i äldreomsorgen förändrats sedan början av 1990-talet. Kraven för att få omsorg har höjts väsentligt, och personer som för 20 år sedan med stor sannolikhet skulle ha fått plats på ett äldreboende vårdas i dag i hemmet. Ofta handlar det om betydande omsorgsinsatser – beräkningar visar att 3 procent av de som har hemtjänst får insatser som ligger i nivå med eller överstiger kostnaden för en plats i särskilt boende. Samtidigt har personer som enbart behöver hjälp med vardagssysslorna i många fall svårt att överhuvudtaget få tillgång till hemtjänst.³³

Att äldre ska bo kvar hemma har blivit normen, även om man har stora behov av vård och omsorg. Valet att prioritera möjligheterna att bo kvar hemma är självklart förståeliga. För många äldre har det sannolikt varit en positiv utveckling. Men när det blivit normen riskerar det att bli mer av ett tvång. Åtstramningen av biståndsbedömningarna har dessutom gått hand i hand med ökad förväntan från kommunernas sida om att de anhöriga ska ta ett stort ansvar för omsorgen. Att anhöriga tar ett ansvar är i de flesta fall självklart, men när det offentliga drar sig tillbaka och mer eller mindre explicit förväntar sig att de anhöriga ska ta det ansvar som tidigare varit äldreomsorgens, är det en problematisk utveckling.

Det är anmärkningsvärt att denna utveckling till stor del skett utan någon politisk diskussion. Och man kan på goda grunder ställa sig frågan om utvecklingen mot allt stramare biståndsbedömningar och ökad anhängivård skulle ha vunnit stöd om den diskuterats och prövats demokratiskt. Undersökningar visar att 80 procent av svenskarna menar att äldre bör få professionell hjälp, och inte vara hänvisade till sina anhöriga, när de behöver omsorg.³⁴

Risken är överhängande att denna utveckling fortsätter och det blir ännu svårare att förutse vilken hjälp man kommer att få. Vi får en situation där de äldre är beroende både av godtycket hos kommunens tjänstemän och hos de anhöriga. En sådan utveckling kommer sannolikt att leda till att tilltron till det offentliga åtagandet inom äldreomsorgen minskar. Allt fler kommer att ställa frågan om varför vi betalar stora summor för äldreomsorgen, men får ut så lite. I längden riskerar det att gå

³³ Thorslund, 2010, sid 3.

³⁴ Mossberg & Magnusson, 2010, sid 72–73.

ut över dem som har behov av vård och omsorg, men som av ekonomiska eller andra skäl saknar möjligheter att få hjälp på annat sätt än genom det offentliga.

För att bevara tilltron till välfärdsstaten och samtidigt skapa möjligheter för människor att planera sin ålderdom efter egna önskemål är det angeläget att tydligt definiera det offentliga åtagandet inom äldreomsorgen. Det centrala när man definierar, och avgränsar, det offentliga åtagandet är öppenheten och förutsägbarheten, det vill säga samma sak som utmärker de öppna prioriteringarna i hälso- och sjukvården.

En annan möjlig inspirationskälla för ett väldefinierat och avgränsat offentligt åtagande är, som nämnts ovan, pensionssystemet, något som fått debattörer att tala om möjligheten att införa orange kuvert även för andra delar av välfärdsstaten.³⁵ Genom pensionssystemets orange kuvert är det relativt klart vad som tillhandahålls offentligt, vilket gör det naturligt att sätta sig in i vilka privata kompletteringar som är tillgängliga och som behövs för att få den nivå på pensionen man önskar. Det är lätt att föreställa sig ett liknande system för exempelvis äldreomsorgen, där det offentliga garanterar, och tydligt deklarerar, att man får tillgång till ett utbud av tjänster, medan man utöver detta får göra privata kompletteringar beroende på vilka önskemål man har. En annan likhet med pensionssystemet är behovet av långsiktig förutsägbarhet i det offentliga åtagandet. Om man ska kunna planera för sina behov av äldreomsorg, är det varken acceptabelt med tvära kast i det offentliga åtagandet beroende på exempelvis kommunernas ekonomiska situation eller den gradvisa åtstramning av biståndsbedömningarna som skett sedan början av 1990-talet. Människor måste kunna ha en klar bild av vad de kan förvänta sig av det offentliga sett till äldreomsorg och kunna planera utifrån detta.

Men vad ska då ingå i det offentliga åtagandet? När det ska definieras kan man ta avstamp i en uppdelning som påminner om den som ligger till grund för resonemangen om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Precis som man i hälso- och sjukvården kan utgå från de två extremerna cancervård och huvudvärkstabletter, där det ena självklart ska vara offentligt finansierat medan det andra lika självklart är en fråga för privat konsumtion, kan man göra en liknande uppdelning i äldreomsorgen.

Å ena sidan finns den dyra vården och omsorgen av äldre med exempelvis demenssjukdomar. Det är en del som är både praktiskt och ekonomiskt omöjligt att betrakta som något annat än ett offentligt åtagande. Å andra sidan finns det i äldreomsorgen en lång rad saker som vi alltid tidigare själva betalat för, som mat och olika aktiviteter. Den andra aspekten som måste vägas in är att det med tilltagande ålder finns en lång rad saker som vi tidigare kunnat göra själva, men som vi inte längre klarar av på egen hand. Det kan handla om exempelvis städning och matlagning. Tidigare har det varit en fråga för privat konsumtion om man velat ha hjälp med denna typ av sysslor, men när det inte längre är ett alternativ att göra det själv är det rimligt att räkna in det i det offentliga åtagandet.

En möjlig definition blir därför att se det offentliga åtagandet som liktydigt med det funktionellt nödvändiga – det vill säga vården och omsorgen, ett anständigt boende, mat och att man får vara hel och ren. Allt utöver det funktionellt nödvändiga betraktas som privat konsumtion, det kan

³⁵ Idergard, 2009.

exempelvis handla om att man vill ha en annan typ av boende, särskild mat, mer hjälp med städning än vad som ingår i det offentliga åtagandet.

Ett annat sätt att se på det offentliga åtagandet är att konstatera att vi får fortsätta att betala för allt det som vi tidigare betalat för. Varför blir mat och boende plötsligt det offentligas ansvar? Det offentliga åtagandet blir då koncentrerat till vården och omsorgen. Hur vi i övrigt väljer att spendera våra pengar och leva våra liv – vilken typ av bostad vi vill ha, när vi ska flytta, vilken mat vi vill äta, vilka aktiviteter vi vill ha, när vi vill gå och lägga oss och så vidare – fortsätter att vara ett privat ansvar.

Man kan också tänka sig att det offentliga åtagandet definieras som en peng – kanske beräknad utifrån något av de två ovanstående synsätten. Sedan är det upp till den äldre att ta pengarna till den leverantör av äldreomsorg man önskar och eventuellt komplettera den med privat sparande.

En fördel med en sådan lösning är att den skapar bra incitament för vårdgivarna att erbjuda så mycket som möjligt för den offentliga pengarna. En annan fördel är naturligtvis att det öppnar för omsorgsleverantörer med olika inriktningar, som kan möta människors olika önskemål om hur äldreomsorgen bör se ut.

Ett system som påminner om detta är den tyska vårdförsäkringen där det offentligas åtagande är formulerat som en ”peng” baserad på tre olika nivåer av bedömt vårdbehov. Denna peng kompletteras sedan med privata tilläggförsäkringar som antingen finansieras genom avtal eller genom privat sparande.³⁶

Denna diskussion kring det offentliga åtagandets omfattning är förstås skissartad, och det finns naturligtvis en lång rad andra möjliga avgränsningar. Inte heller tar den upp frågan om när man ska få tillgång till det offentliga åtagandet. Ska det ske vid en viss ålder, eller efter en biståndsbedömning? Kanske kan man tänka sig kombinationer – där man från en viss ålder har rätt att automatiskt få tillgång till delar av det offentliga åtagandet, som att flytta till ett äldreboende, medan andra delar förutsätter en behovsprövning.

En invändning mot ett väldefinierat och avgränsat offentligt åtagande är att det skulle vara svårt att formulera – att hur man än vrider och vänder på det är man fast i den typ av föga förpliktigande formuleringar om värdighet som de politiska inriktningsdokumenten kring äldreomsorgen brukar innehålla. Självklart är det ett komplicerat arbete, men det är knappast omöjligt. En intressant jämförelse är därför försäkringar, där försäkringsvillkoren tydligt talar om vad försäkringen gäller och inte gäller. På ett motsvarande sätt borde det vara fullt möjligt att definiera vad det offentliga åtagandet omfattar och inte omfattar. För även om åldrande knappast är en försäkringsbar risk, kan ju ett offentligt åtagande inom äldreomsorgen på sätt och vis liknas vid en försäkring – en garanti om att man vid en viss händelse ska få vissa saker.

Den här rapporten ger inget färdigt svar på frågan om vilken konkret lösning som är bäst om man vill definiera det offentliga åtagandet inom äldreomsorgen. Det gemensamma för de idéer som presenterats är dock att de tar utgångspunkt i att det offentliga ska tillhandahålla de kostnadstunga

³⁶ Det tyska systemet beskrivs i Arfwedson, 2010.

och basala delar av äldreomsorgen där brukarnas behov är tämligen likartade – exempelvis vården och omsorgen. Andra delar, där människor precis som tidigare i livet har olika önskemål, är något man själv ska få betala för även när man blir gammal. Catharina Tavakolinia, som är VD för Kavat Vård, har på ett bra sätt sammanfattat denna utgångspunkt³⁷:

Under hela vårt tidigare liv har den äldre kunnat betala för sin mat och själv valt hur mycket hon är beredd att låta både mat och boende få kosta. Varför ska vi hänvisas till ett enda upphandlat alternativ när vi blir gamla?

Med denna typ av tänkesätt kring det offentliga åtagandet för äldreomsorgen skapas förutsättningar att slå vakt om välfärdsstatens grundläggande principer om lika tillgång till grundläggande välfärdstjänster för alla medborgare, samtidigt som man kan möta de utmaningar finansieringsgapet och de stigande förväntningarnas missnöje för med sig.

Gräddfiler och legitimitet

Jag har i denna rapport diskuterat hur ökade inslag av privat finansiering skulle kunna vara ett sätt att möta de utmaningar välfärdsstaten står inför i och med förändringar i både demografi och efterfrågemönster. Tanken att vi själva skulle få stå för finansieringen av vissa välfärdstjänster upplevs ibland som främmande. Samtidigt är välfärdsstaten redan i dag fylld av exempel på områden där vi får betala en del av kostnaden ur egen ficka – det gäller allt ifrån tandvård till patientavgifterna i hälso- och sjukvården. Det illustrerar att inslag av privat finansiering i sig inte är något främmande i den svenska välfärdsstaten. Den intressanta frågan är snarare hur inslagen av privat finansiering kan utformas så att de inte äventyrar tanken om lika tillgång till grundläggande välfärdstjänster.

Två argument brukar framföras när frågan om ökad privat finansiering förs på tal. För det första att det skulle skapa ”gräddfiler” som skulle äventyra jämlikheten i vården. För det andra att det på sikt skulle äventyra systemens legitimitet, och därmed göra det omöjligt att i längden upprätthålla en generell välfärdspolitik.

De som talar om ”gräddfiler” menar att förekomsten av privat finansiering skulle leda till att patienter med privata försäkringar skulle minska övriga patienters tillgång till vård. De patienter som genom en privat sjukvårdsförsäkring betalat för att få exempelvis en operation snabbare än vad de offentliga utlovar, antas tränga undan dem som inte har valt att betala för en privat försäkring, och äventyrar därmed jämlikheten i vården. Vad denna argumentation bortser från är att alternativa finansieringslösningar som privata sjukvårdsförsäkringar inte tar resurser i anspråk. I stället tillför de resurser till hälso- och sjukvårdssystemet. Man kan jämföra privata sjukvårdsförsäkringar med den försäljning av vård till utländska patienter som några landsting bedriver. Att sälja den kapacitet man själv inte tänker använda, tar inte vårdplatser i anspråk och gör inte köerna längre, utan bidrar till ytterligare intäkter till landstinget – intäkter som kan användas för att garantera alla en likvärdig

³⁷ Fällström (red), 2011, sid 86.

tillgång till vård. På samma sätt är det med privata vårdförsäkringar – att någon väljer att finansiera exempelvis en operation via sin privata försäkring tar inte skattemedel i anspråk, utan frigör resurser som kan användas för övriga patienter.

Intressant nog finns det ett annat område som påminner om privata sjukvårdsförsäkringar, men som anses helt okontroversiellt. Ingen ifrågasätter att anställda på vissa arbetsplatser genom företagshälsovården kan gå förbi köerna i primärvården. Att det inte upplevs som mer kontroversiellt handlar sannolikt delvis om förutsägbarheten i situationen. Vi vet att vi inte kommer att behöva vänta särskilt mycket längre än en timme i väntrummet på vårdcentralens öppna mottagning.

Att gräddfilsargumentet ändå har en sådan kraft hänger sannolikt samman med att vård för många har blivit synonymt med långa och oförutsägbara köer. När vi inte vet när vi kommer att få vård eller att den utlovade vårdinsatsen ligger långt fram i tiden upplever vi det helt enkelt som att någon ska kunna gå före i kön, även om det i praktiken inte innebär att vi kommer att få vänta längre.

Därför skulle man kunna tänka sig att tydligare offentliga åtagandet skulle öka acceptansen för privata sjukvårdsförsäkringar, och de fördelar de ger i form av ökade resurser till hälso- och sjukvården. Om vi redan från början vet vilken vård vi kan förvänta oss inom ramen för det skattefinansierade systemet, är vi sannolikt beredda att acceptera skillnader utöver detta. Om vi vet att vi är garanterade god vård inom rimlig tid, kommer vi helt enkelt att acceptera att vissa tycker att det är värt att betala för att få vänta kortare tid.

Men man kan också fråga sig om det inte finns besvärligare ojämlikheter i vården än att vissa betalar extra för att få vänta kortare tid på icke-akuta operationer. Det handlar exempelvis om skillnader mellan landstingen i hur man behandlar vissa diagnoser och om skillnader i hur vården bemöter människor med olika socioekonomisk bakgrund.

Det andra argumentet mot att öka inslagen av privat finansiering i välfärdstjänsterna är att det skulle äventyra tilltron till de offentliga systemen. Om personer med höga inkomster eller rätt arbetsgivare i tillräckligt stor utsträckning skaffar sig tillgång till privat vård och omsorg, minskar deras intresse för att finansiera den offentliga servicen. Den långsiktiga effekten blir att det blir svårt att upprätthålla kvaliteten i den skattefinansierade välfärdssektorn. Det skulle, som det brukar heta i den politiska debatten, bli ett "A- och ett B-lag i välfärden". Det är i sig inget fel på den tankegången. I själva verket är det en tanke som ligger nära det som skulle kunna beskrivas som välfärdsstatens politiska logik, nämligen att det utan medelklassens stöd blir omöjligt att upprätthålla en omfattande välfärdspolitik.

Problemet är att många som använder sig av detta argument bortser från de allt högre och mer individualiserade krav på välfärdstjänsterna som följer i spåren av "de stigande förväntningarnas missnöje". De offentliga åtagandena inom välfärden har historiskt byggts utifrån tanken på enhetliga lösningar som ska vara tillräckligt bra för att passa alla. Men i dag nöjer vi oss inte med lika för alla, vi vill i allt större utsträckning ge uttryck för individuella önskemål och prioriteringar även vad gäller välfärdstjänsterna. I och med detta kan ett förhållnings sätt där möjligheterna att "toppa upp" det offentliga åtagandet begränsas, bidra till att äventyra det offentliga systemets legitimitet. Om man inte får betala extra för att få exakt de välfärdstjänster man vill ha, varför då fortsätta att överhuvudtaget stödja en omfattande välfärdsstat, riskerar allt fler att fråga sig.

I en artikel om hur Socialdemokraterna ska förhålla sig till finansieringsgapet tar Marika Åsbrink Lindgren upp denna problematik, och pekar på det faktum att pensionärer är några av de flitigaste användarna av RUT-avdraget. Sannolikt handlar det om att hemtjänsten, som den är utformad i dag, inte erbjuder den hjälp de vill ha. Det illustrerar också att det finns betalningsvilja för välfärdstjänster utöver de som finansieras skattevägen. Åsbrink Lindgren konstaterar därför att ett system där offentlig och privat finansiering kombineras genom att brukarna får möjlighet att köpa extra tjänster av den kommunala hemtjänsten skulle kunna bidra till att stärka tilliten till det skattefinansierade systemet.³⁸

Ett liknande resonemang går att tillämpa även på andra delar av välfärdsstaten, exempelvis sjukvården. Om skillnaden mellan det som efterfrågas och det som erbjuds blir alltför stor riskerar stödet för välfärdspolitiken att undermineras, i och med att allt fler väljer att finansiera sin vård och omsorg vid sidan om det offentliga. Varför vara med och betala för något där kvaliteten är osäker och där utfallet, exempelvis i form av biståndsbeslut i äldreomsorgen, är svårt att förutse. Detta om något riskerar att leda till migration från det offentliga systemet.³⁹

För att bevara tilltron till välfärdsstaten krävs att alla upplever att de offentliga tjänsterna är basen i välfärden. För detta krävs ett högkvalitativt och väldefinierat offentligt åtagande. Tydligheten är här central – människor måste kunna veta vilka tjänster det offentliga åtagandet omfattar och kunna planera sina liv utifrån detta, precis som i dag är fallet med pensionssystemet. Kombinerat med goda möjligheter att komplettera de skattefinansierade tjänsterna med privata försäkringar och sparande blir ett väldefinierat och avgränsat offentligt åtagande ett sätt att försäkra sig om fortsatt legitimitet för en omfattande välfärdspolitik.

När man diskuterar hur förtroendet för välfärdsstaten kan upprätthållas i framtiden genom att tillåta ett ökat inslag av privat finansiering är det intressant att se till de valfrihetsreformer som genomförts sedan början av 1990-talet, och hur de kan tänkas ha påverkat förtroendet för välfärdsstaten. Precis som ett ökat inslag av privat finansiering inom vård och omsorg har ju friskolor och vårdval bidragit till en ökad mångfald inom välfärden. De välfärdstjänster människor tar del av ser inte längre exakt likadana ut, i stället är utformningen åtminstone till viss del en effekt av människors egna önskemål.

Samtidigt ser vi ett fortsatt högt stöd för välfärdsstaten. Man kan fråga sig om den fortsatta tilltron till välfärdsstaten rentav har varit beroende av de valfrihetsreformer som genomförts, och som gjort utbudet mer differentierat. Det är i varje fall fullt tänkbart att stödet för välfärdsstaten skulle ha varit betydligt lägre utan valfrihetsreformerna. I slutet av 1980-talet syntes tecken på skatterevolt och ett utbrett missnöje med stelbenthet inom offentlig sektor, något som bland annat kom till uttryck i bildandet av Ny demokrati och partiets framgångar i valet 1991.

Valfrihetssystemen kan med andra ord ses som ett sätt att bevara legitimiteten för välfärdsstaten, och därmed solidariteten i systemen. Utan dessa reformer hade skatterevolten förmodligen blivit

³⁸ Åsbrink Lindgren, 2011.

³⁹ Borg, 2009, sid 56.

mer långvarig, och delar av medelklassen hade övervägt hur deras behov av välfärdstjänster skulle kunna organiseras vid sidan om de skattefinansierade systemen.

Välfärdsstaten står inför stora utmaningar både i och med den demografiska utvecklingen och med stigande förväntningar på välfärdstjänsternas kvalitet och innehåll. Det gör det relevant att diskutera hur systemens utformning kan förändras för att möta dessa utmaningar samtidigt som man slår vakt om välfärdsstatens grundläggande principer. Tyvärr präglas mycket av diskussionen av en rädsla för att se problemen i dagens system. Alla förändringar blir då försämringar och hot mot den grund välfärdsstaten vilar på. Men det verkliga hotet mot jämlikheten och solidariteten ligger sannolikt i passivitet inför de utmaningar välfärdsstaten står inför.

Källor

Anell, Anders & Gerdtham, Ulf-G (red) (2010), *Vårdens utmaningar*. SNS Välfärdsrapport. Stockholm: SNS Förlag.

Arena Idé & Timbro (2010), *Vi har råd med framtiden*. Stockholm: Arenaidé.

Arfwedson, Jacob (2010), *På rymmen från ålderdomshemmet : Tysklands äldrevårdsförsäkring och vad vi kan lära av den*. Stockholm: Timbro.

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

Fällström, Irene (red) (2011), *Välfärd att hyra*. Stockholm: Samhällsförlaget.

Idergard, Thomas (2009), "Öka det egna ansvaret för välfärden". *Sydsvenskan*, 2009-03-11, <<http://www.sydsvenskan.se/opinion/aktuellafragor/article418893/Oka-det-egna-ansvaret-for-valfarden.html>>. [2011-06-29]

IMS Health (2010), *Ojämlig hälso- och sjukvård : en rapport om regionala skillnader i läkemedelsbehandling i Sverige 2009*. [Stocholm IMS Health]

Liss, Per-Erik (2004), *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård*. PrioriteringsCentrum, rapport 2004:9. [Linköping, PrioriteringsCentrum]

Mossberg, Anders & Magnusson, Jens (2010), *Framtidssäkra välfärden*. Stockholm: Ekerlids förlag.

Region Skåne. *Valfrihet hörapparater*, <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Habilitering-och-Hjalpmedel/Habilitering_och_Hjalpmedel/Syn-horsel-dov/Horsel_och_Dovenhet/Auktoriserade-Audionommottagningar/Okad-valfrihet-horapparater/>. [2011-06-29]

Rollén, Berit & Olin Wikman, Monika (2008), *Vi vill inte bli gamla som äldreomsorgen ser ut i dag*. Stockholm: SNS Förlag.

Rothstein, Bo (1994), *Vad bör staten göra?*. Stockholm: SNS Förlag.

Svallfors, Stefan (2011), "Den socialdemokratiska välfärdsstaten vann!". *Efter arbetet*, 2011-01-05, <<http://efterarbetet.etc.se/debatt/den-socialdemokratiska-v%C3%A4lf%C3%A4rdsstaten-vann>>. [2011-06-29]

Sveriges Kommuner och Landsting (2008) *Välfärdsmyteriet? : kommunsektorns utveckling 1980–2005*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Sveriges Kommuner och Landsting (2010), *Framtidens utmaning : välfärdens långsiktiga finansiering*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen (2010), *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. [Stockholm, SKL och Socialstyrelsen]

Thorslund, Mats (2010), *Äldreomsorgens utmaningar – i dag och i framtiden*. Underlagsrapport till Timbro/Arena Idé-kommissionen rörande välfärdens framtida finansiering. [Stockholm, Timbro/Arena Idé]

Tinghög, Gustav, Carlsson, Per & Lyttkens Carl H (2010), "Individual responsibility for what? : a conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a public funded health-care system". *Health Economics, Policy and Law*, vol 5, sid 2010–2223.

Västerbottens Läns Landsting (2008a), PM Prioriteringsprocessen 2008.
<http://www.vll.se/default.aspx?id=36059&refid=36060>>. [2011-06-29]

Västerbottens Läns Landsting (2008b), Utbudsförändringar. Prioriteringsprocessen 2008.
<http://www.vll.se/default.aspx?id=36059&refid=36060>>. [2011-06-29]

Åsbrink Lindgren, Marika (2011), "Socialism eller demografi?". *Tvärdrag*, nr 2.