

VI HAR RÅD MED FRAMTIDEN

– MEN DÅ KRÄVS EN LÅNGSIKTIG OCH SAMMANHÅLLEN
POLITIK FÖR VÄLFÄRDENS FINANSIERING.



oktober 2010

Regeringsförklaringen

...under hösten kommer regeringen att
tillsätta en parlamentarisk utredning om
välfärdens framtida finansiering..

RAPPORT FRÅN KOMMISSIONEN OM VÄLFÄRDENS
FRAMTIDA FINANSIERING - JULI 2010

arenaidé

TIMBRO

VI HAR RÅD MED FRAMTIDEN

– MEN DÅ KRÄVS EN LÅNGSIKTIG OCH SAMMANHÅLLEN
POLITIK FÖR VÄLFÄRDENS FINANSIERING

arenaidé TIMBRO

© Arena Idé och Timbro, juli 2010

Sättning: Original & AB

Tryck: F4-Print AB, 2010

ISBN 978-91-7566-773-7

info@timbro.se

www.timbro.se

info@arenagruppen.se

www.arenagruppen.se

Till partierna i riksdagen

Angelägna behov ska tillgodoses på ett likvärdigt sätt för alla medborgare. Den värderingen bär upp svensk välfärdspolitik, som därför i huvudsak baseras på skattefinansiering. Medborgarnas efterfrågan på välfärdstjänster ökar emellertid mer än vad denna finansiering beräknas klara. På sikt uppstår ett ansevärt finansieringsgap. Det blir särskilt påtagligt inom sjukvården och äldreomsorgen en bit in på 2020-talet. Under mer än tio år har forskare och utredare varnat för den utvecklingen.

Vår avsikt med den här rapporten är att stimulera till ett politiskt reformarbete som i tid möter denna utveckling utan att ge upp välfärds politikens grundvärderingar.

Alla genomarbetade utredningar har kommit till slutsatsen att finansieringsgapet är av sådan omfattning att det krävs nytänkande och långtgående åtgärder. Nyligen redovisades en bedömning som gjorts av en allsidigt sammansatt politisk beredning inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Som mått på problemets omfattning anges en kommunal skattehöjning med 13 procentenheter. Beredningen redovisar ett tiotal exempel på åtgärder som skulle bidra till att sluta det finansieringsgapet. Även om alla skulle förverkligas, kommer resursförstärkningen ändå inte ens i närheten av den behövliga nivån enligt beredningens egen bedömning.

Reformer för ökad sysselsättning, höjda skattesatser eller ökad konkurrens mellan vårdgivare i syfte att höja effektiviteten räcker var för sig inte långt.

Även om det inte finns någon enkel lösning på detta framtidsproblem är det självfallet inte olösligt. Möjligheterna att hantera det på ett godtagbart sätt ökar dramatiskt om åtgärder sätts in tidigt. Ett tungt ansvar vilar därför på politiska beslutsfattare att snabbt inleda ett reformarbete inom området.

I första hand måste den offentliga finansieringen stärkas genom åtgärder som ökar antalet arbetade timmar i ekonomin, och som främjar ökad effektivitet vid produktionen av välfärdstjänster. Vi skisserar hur en långsiktig politik inom dessa båda områden bör utformas.

Inom ramen för det skatteuttag som är möjligt – och utgångspunkten kan naturligtvis inte vara att dagens skatteuttag för alltid är givet – måste vård och äldreomsorg prioriteras högt. Vi menar sålunda att de offentliga utgifterna för dessa tjänster ska ges företräde, när de vägs mot de offentliga utgifterna för socialförsäkringar.

Även om politiken för att stärka den offentliga finansieringen av vården och omsorgen skulle bli framgångsrik, talar övertygande skäl för att sådana åtgärder inte kommer att räcka. Därför gäller det att prioritera vilka behov som är så angelägna att de ska finansieras offentligt. Dessa ska tillgodoses för alla medborgare och ingå i ett offentligt åtagande som ska vara tydligt, förutsägbart och begripligt.

Insatser som inte faller inom det offentliga åtagandet blir medborgarnas eget ansvar. Ett sådant ansvarstagande ska underlättas och inte försvåras. En utveckling mot ökat medborgaransvar för välfärden har pågått i snart tjugo år. Den förändringen har närmast smugits på medborgarna. En fortsatt utveckling i den riktningen utan öppen debatt kan inte godtas. Vi anser att medborgarna är fullt kapabla att delta i en bred diskussion om det offentliga åtagandets omfattning och det egna ansvaret.

SKL har redovisat en insiktsfull problemanalys. Efter valet måste en reformprocess inledas på riksnivå. Det vore oansvarigt att fortsätta skjuta denna centrala välfärdspolitiska fråga framför sig. Nu gäller det att utforma en nationell strategi för välfärdens långsiktiga finansiering.

Vi föreslår

att den regering som har ansvar efter valet tillsätter en brett sammansatt parlamentarisk utredning med uppgift att beskriva framtidsproblemet, bedöma vilka olika åtgärder som krävs för att lösa det och lämna förslag till den fortsatta politiska hanteringen.

att tre arbetsgrupper tillsätts med uppgift att var för sig förbereda beslut om

- ett långsiktigt effektiviseringsprogram för vård och omsorg
- ett långsiktigt program för fler arbetade timmar
- riktlinjer för det offentliga åtagandet inom vård och omsorg

att beredningsarbetet läggs upp så att riksdagen kan fatta beslut om välfärdens framtida finansiering under den kommande mandatperioden. Riksdagen ska också ange hur och när den vill följa upp och successivt anpassa sina beslut till nya förutsättningar.

Stockholm i juli 2010

Per Borg

Eva Fernvall

Jens Magnusson

Niklas Nordström

Berit Rollén

Lars Tobisson

Monica Werenfels Röttorp

Innehållsförteckning

1. Behovet av en ny politik	9
1.1 En ny verklighet mötte svensk välfärdspolitik i slutet av 1900-talet ...	9
1.2 Finansieringsgapet är stort och aktualiserar en rad åtgärder	12
1.3 Framtiden måste mötas i dag	15
1.4 Växande finansieringsgap skapar växande förtroendegap	16
1.5 Växande förtroendegap underminerar grundvärderingarna	17
1.6 Fem felaktiga föreställningar om framtiden	19
1.7 Varför finns den viktigaste framtidsfrågan i politikens periferi?.....	26
2. Den nya politikens inriktning	29
2.1 Medborgare ska få den vård och omsorg de vill betala för – kollektivt eller enskilt.....	29
2.2 En komplex reformprocess som utgår från en definierad problembild	30
2.3 Ökade skatteinkomster inte enbart en fråga om skattesatser	32
2.4 Fler arbetade timmar stärker den offentliga finansieringen	35
2.5 Högre effektivitet bidrar till att lösa problemet.....	41
2.6 Offentliga utgifter för sjukvård och äldreomsorg ska prioriteras högt	48
2.7 Det offentliga åtagandet ska vara tydligt, förutsägbart och begripligt	52
3. Sammanfattande förslag	63
4. Vårt underlag	67
5. Några källor	71
6. Våra direktiv	75

1. Behovet av en ny politik

Våra slutsatser:

En lång rad utredningar och forskningsrapporter visar övertygande att medborgarnas ökande efterfrågan på sjukvård och äldreomsorg inte kan tillgodoses genom nuvarande system för finansiering. Ett finansieringsgap kommer att uppstå.

För att sluta finansieringsgapet krävs många åtgärder inom flera områden. Det finns ingen enskild åtgärd som löser problemet.

Möjligheten att möta den framtida utvecklingen på ett önskvärt sätt ökar dramatiskt om åtgärder sätts in tidigt. Det finns inget hållbart argument för att skjuta denna fråga framför sig.

En underfinansierad vård- och omsorgssektor innebär att en destabiliseringsfaktor finns inbäddad i ekonomin. Den finanspolitiska hållbarheten riskeras.

Genom långsiktig och sammanhållen politik kan framtiden mötas utan att grundvärderingen om en gemensamt finansierad välfärd äventyras. Om en sådan politik inte genomförs kommer ett växande avstånd mellan politik och verklighet att urholka medborgarnas förtroende för välfärdssystemen.

1.1 En ny verklighet mötte svensk välfärdspolitik i slutet av 1900-talet

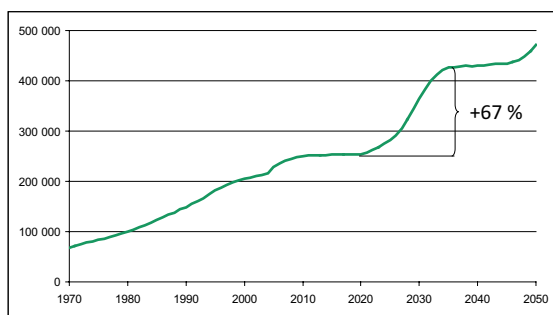
Oförmågan hos dagens välfärdssystem att i framtiden möta medborgarnas efterfrågan på sjukvård och äldreomsorg förklaras huvudsakligen av tre förhållanden. Det första är att efterfrågan ökar starkt. Vidare handlar det om tjänsteproduktion, som inte kan effektiviseras i samma omfatt-

ning som annan produktion. Det tredje förhållandet är att finansieringen huvudsakligen sker via skatter och att skatteinkomsterna inte ökar i tillräcklig omfattning.

Att medborgarnas efterfrågan ökar är inget nytt förhållande. Den offentliga konsumtionen, som till övervägande del består av tjänster inom vård, skola och omsorg, ökade starkt under 1900-talet. Under några årtionden efter andra världskriget ökade den dubbelt så snabbt som den privata konsumtionen.

Efterfrågeökningen på sjukvård och äldreomsorg kan delas upp i två delar. Den ena är demografiskt betingad och beror på antalet personer som behöver vård och omsorg. Stigande levnadsålder har sedan länge medfört ökad efterfrågan. Anmärkningsvärd är dock den starka ökningen av antalet äldre en bit in på 2020-talet. Gruppen 85 år eller äldre växer markant mellan åren 2020 och 2035. Det är en ålderskategori som kräver mycket sjukvård och äldreomsorg.

Figur 1. Antalet invånare 85 år eller äldre



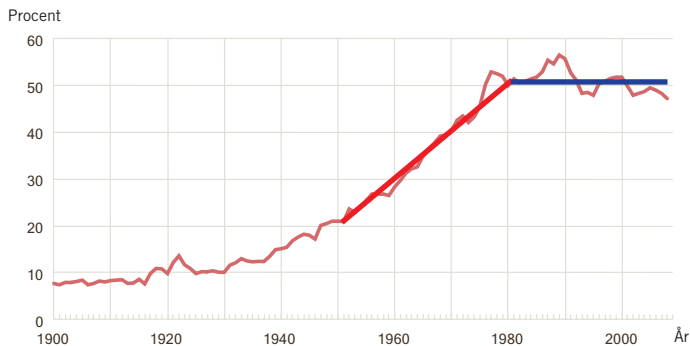
Källa: SCB

Den andra delen av efterfrågeökningen är standardökning. Det är den ökning som inte förklaras av den demografiska utvecklingen. Större delen av den offentliga konsumtionsökning som skedde åren 1980–2005 var en sådan standardökning.

Verksamhetens karaktär av personliga tjänster, som är svåra att rationalisera, är heller inget nytt fenomen. Det avgörande nya är att skatteinkomsterna inte längre ökar på samma sätt som tidigare. Följande diagram visar skatteinkomsternas ökning i relation till bruttonationalprodukten (BNP), den så kallade skattekvoten.

Figur 2. Den trendmässiga ökningen av skattekvoten upphörde under 1980-talet

Skatteinkomsternas andel av BNP



Källa: Skatteverket, Skattebetalarna och SCB

Skatteinkomsterna ökade betydligt mer än BNP fram till 1980-talets början. Då bröts den trenden. En markant ny verklighet mötte svensk välfärdspolitik. Forskare och utredare började varna för de problem som på sikt skulle uppstå om de skattefinansierade välfärdssystemen inte ändrades.

Mot bakgrund av svårigheterna att skattefinansiera systemen genomfördes under 1990-talet många reformer inom välfärdspolitiken. Medborgarna fick i ökad utsträckning själva ta ansvar för finansieringen. Beslutet om ett nytt ålderspensionssystem är ett sådant exempel. Ett annat är att det skattefinansierade stödet till bostadsbyggande upphörde nästan helt. Ett tredje exempel är att förmånerna i socialförsäkringsystemen sänktes.

Inom sjukvården och äldreomsorgen har restriktivare förmåner tvingats fram, men några regelrätta systemförändringar har inte genomförts. En lång rad utredningar och forskningsrapporter har visat att ett betydande finansieringsgap håller på att utvecklas. Medborgarnas ökade efterfrågan på sjukvård och äldreomsorg kommer inte att kunna tillgodoses fullt ut genom nuvarande välfärdssystem.

1.2 Finansieringsgapet är stort och aktualiserar en rad åtgärder

Det finns i princip två sätt att illustrera problemet med välfärdens framtida finansiering. Enligt det ena hålls de politiskt beslutade skattesatserna oförändrade. Så arbetar Finansdepartementets långtidsutredningar. Förväntad utveckling skrivs fram under förutsättning att politiken förblir oförändrad. Ett annat sätt är att låta skatterna anpassas till en antagen ökad konsumtion av välfärdstjänster.

Alla genomarbetade utredningar pekar på ett betydande finansieringsgap

Enligt Finansdepartementets långtidsutredningar kommer den privata konsumtionen att öka i en omfattning som för oss tillbaka till 1960-talets rekordår, medan den offentliga konsumtionen i praktiken förblir oförändrad. Den senaste utredningen (SOU 2008) pekar sålunda på en ökning av den privata konsumtionen med över 3 procent per år, medan den offentliga ökar med mindre än 1 procent. Den begränsade ökning som trots allt sker beräknas täcka den ökade volym som den demografiska utvecklingen kräver.

År 2002 publicerade dåvarande Kommunförbundet rapporten *Kommunala framtider – en långtidsutredning om behov och resurser till år 2050*. Utgångspunkten var att den offentliga konsumtionen skulle växa i samma takt som BNP. Resultatet skulle bli en kommunalskatt på 50 procent en bit in på 2040-talet. Fram mot nästa sekel skulle skattesatsen uppgå till 70 procent, vilket skulle leda till helt orimliga skatter, i kombination med en statlig skatt på upp till 25 procent.

SKL:s välfärdsberedning, som bestått av ledande kommunala företrädare för samtliga riksdagspartier, redovisade 2010 ett alternativ som utgick från 1 procents årlig standardökning inom kommunal konsumtion. Med den utgångspunkten skulle det krävas en kommunalskatteshöjning på 13 procentenheter för att sluta finansieringsgapet år 2035. En procents standardökning per år är mindre än den förväntade framtida ökningen av BNP och den privata konsumtionen. Även i andra avseenden finns en tendens hos SKL-beredningen att göra försiktiga antaganden med motiveringen att man inte vill överdriva kostnadsutvecklingen.

En rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi inom Finansdepartementet behandlar frågan om välfärdens framtida finansiering. Den utgick från att konsumtionen av välfärdstjänster skulle öka i samma takt som BNP. Om en sådan ökning skattefinansierades skulle kommunalskatten bli över 42 procent (+11 procentenheter) år 2030.

En forskargrupp under ledning av professor Anders Klevmarken har genomfört en studie av konsekvenserna av befolkningens åldrande. De har byggt ut den simuleringsmodell som används av Finansdepartementet. Modellen tar hänsyn till bland annat hälsoutvecklingen, utnyttjandet av vård och omsorg samt faktisk pensionsålder. Resultatet skiljer sig från SKL-beredningens. Kommunalskatterna skulle öka med 24 procentenheter till 2040. De två uppskattningarna är dock inte fullt jämförbara. SKL-kalkylen avsåg en kortare period. Än viktigare är att forskarna räknar med en standardökning med 2 i stället för med 1 procent per år.

Det finns flera genomarbetade utredningar av detta slag. Alla pekar på det förhållandet att oförändrade skattesatser medger en mycket begränsad utbyggnad av den skattefinansierade sjukvården och äldreomsorgen. Något tillspetsat kan man hävda att *vi har skapat välfärds-system som förutsätter ständigt stigande skattekvot. Det ymnighetshorn som skattefinansieringen utgjorde har förvandlats till en flaskhals.*

Bedöm finansieringsgapet i relation till vilka åtgärder som krävs för att sluta det

Exakta preciseringar kan inte göras om en avlägsen framtid. För att mer exakt bedöma det framtida finansieringsgapet måste en uppskattning göras av flera förhållanden, bland annat av vårdkonsumtionens framtida volymökning. Därför är det omöjligt att med säkerhet förutsäga hur stort finansieringsgapet kommer att vara om tjugo eller trettio år. Tidsödande diskussioner för att fastställa exakt vilka promilleetal som ska användas för att skriva fram behoven om tjugo år är inte särskilt meningsfulla. Svårigheten att exakt bedöma framtiden får självfallet inte heller medföra att man konsekvent väljer antaganden som förminskar framtidsproblemet.

Den relevanta politiska frågan rör problemets storlek i relation till de åtgärder som krävs för att lösa det. Måste alla möjliga åtgärder tillgripas eller räcker det med en eller ett par av dem? Ska lösningar sökas

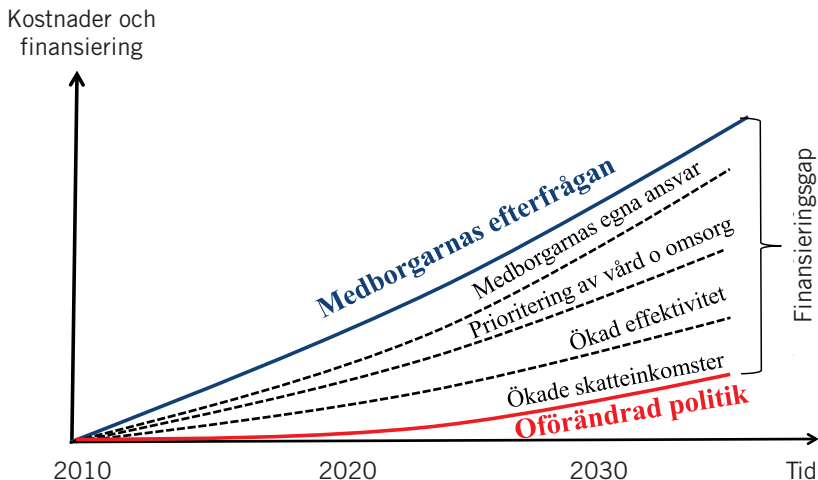
inom områden som upplevs som relativt lätta att förändra, eller måste även svåra områden angripas?

De flesta beskrivningarna av det framtida finansieringsgapet anger inte i kvantitativa termer hur olika åtgärder kan bidra till att sluta det. Det finns ett par undantag. ESO-utredningen visade att ett senarelagt utträde från arbetsmarknaden och en höjd effektivitet skulle kunna sluta halva finansieringsgapet. SKL:s välfärdsberedning redovisar utförligare analyser och ger ett tiotal exempel på hur det framtida finansieringsgapet kan reduceras. Men den konstaterar sedan att även om alla dessa räkneexempel skulle förverkligas, kommer resursförstärkningen inte i närheten av den behövliga. Och då har beredningen ändå utgått från en återhållen efterfrågeutveckling.

För att sluta finansieringsgapet måste åtgärder inriktas både på att vidga de ekonomiska ramarna och att prioritera inom dem. Den offentliga utgiftsramen kan vidgas genom att skatteinkomsterna ökar. Inom den offentliga utgiftsramen kan sjukvård och äldreomsorg prioriteras högt. Inom utgiftsramen för vård och omsorg gäller det att få ut mesta möjliga resultat genom att höja effektiviteten. De nu nämnda åtgärderna syftar alla till att stärka den offentliga finansieringen. Självfallet ska åtgärder med det syftet ges hög prioritet. Men om de inte räcker för att möta medborgarnas efterfrågan måste dessa själva ta ansvar för en del av finansieringen. Det gäller att prioritera och ange vilken vård och omsorg som är så angelägen att den ska finansieras offentligt, och därmed ingå i det offentliga åtagandet. Spegelbilden av den frågan är vilka insatser som medborgarna själva ska ta ansvar för.

Vår slutsats av de olika framskrivningar som gjorts är att problemet är så stort att åtgärder krävs inom alla de nämnda områdena. Ingen av dem kan dock uteslutas från början. Synsättet illustreras med figur 3.

Vår bedömning är att det är möjligt att lösa finansieringsproblemet utan att välfärdspolitikens grundvärderingar äventyras. Förutsättningen är dock öppenhet för alla verkningfulla åtgärder, och att ett politiskt reformarbete med sådana förtecken omedelbart inleds.

Figur 3. Alla vägar måste provas när det växande finansieringsgapet ska slutas

1.3 Framtiden måste mötas i dag

En långsiktig politik måste inriktas mot att både stärka den offentliga finansieringen och att ange vilka behov som ska omfattas av det offentliga åtagandet. Framgång i dessa avseenden kräver lång tid både för beslut och genomförande.

Om politiken förblir passiv tills förändringsbehovet blir akut – kanske i skuggan av en kris som fordrar omedelbara åtgärder – begränsas antalet framkomstvägar. På lång sikt kan sålunda den offentliga finansieringen stärkas genom vidgade skattebaser, exempelvis genom att antalet arbetade timmar i ekonomin ökar. På kort sikt och med ryggen mot väggen under en kris är kanske höjda skattesatser enda möjligheten till ökade skatteinkomster. Höjd effektivitet, som sänker den offentliga utgiftsnivån, nås bäst genom en utveckling under flera år. Om utgiftsnivån ska begränsas på kort sikt är måhända enda möjligheten att skära ned anslagen och hoppas att de som är verksamma inom berörda områden själva ska prioritera den mest angelägna verksamheten och arbeta effektivare. Det finns dock ingen garanti för att snabbt reducerade anslag får dessa effekter. Tvärtom, den viktiga kvalitetsutvecklingen kan gå förlorad. *Det medvetna långsiktiga angreppssättet ökar dramatiskt möjligheterna att hantera den framtida finansieringen på ett framgångsrikt sätt.*

1.4 Växande finansieringsgap skapar växande förtroendegap

På många sätt förs den politiska debatten som om det långsiktiga finansieringsproblemet inte finns – som om verkligheten alltjämt är den som rådde under expansionsperioden fram till 1980-talet. Följande citat kommer från ledande partiföreträdare.

Figur 4.

**”Höjda löner
behövs om vi ska
klara välfärden”**

**”Äldre par måste
garanteras den sista
tiden tillsammans”**

**”... sjukvården behöver öka sin
andel av BNP...”**

**”Multisjuka äldre ska få bättre
vård”**

**”Vi behöver inte en sänkt utan en höjd
ambitionsnivå [inom äldreomsorgen]”**

Till detta kan läggas citat från den allmänna debatten, där brister och behov av förbättringar ständigt framhålls. Efter att ha identifierat brister framför ansvariga myndigheter och olika expertorgan också ständigt krav på förbättringar. Ofta grundas sådana krav på en jämförelse mellan de politiska riktlinjerna för vården och omsorgen och den verklighet som föreligger. Professorn i gerontologi Mats Thorslund har skrivit en rapport till kommissionen om *Äldreomsorgens utmaningar*. Han visar hur avståndet redan växt mellan de normer som ställts upp för vilka behov som ska tillgodoses, och de resurser som i dag tilldelas.

Om den politiska debatten fortsätter som om det framtida finansieringsproblemet inte finns, och de politiska besluten fattas utan hänsyn till detta problem, kommer ett växande avstånd att uppstå mellan politikens uttalanden och den verklighet som medborgarna möter. Förtroendet för välfärdspolitiken kommer då successivt att urholkas.

Den offentliga sjukvården och äldreomsorgen är ett slags försäkrings-system, där skatter kan ses som försäkringspremier. Det värdefulla hos försäkringssystem är att de kan hantera en oönskad situation om och när den uppkommer. Här gäller det sjukdom och oförmåga att som gammal själv sköta den personliga omvårdnaden. Den avgörande kvalitetsaspekten hos sådana system är att medborgaren/försäkringstagaren verkligen kan lita på att hjälp finns att tillgå då den behövs – tryggheten att vara försäkrad oavsett om man drabbas eller inte.

Det övergripande kravet på de system som tillhandahåller äldreomsorg och sjukvård är därför att det offentliga åtagandet är tydligt och förtroendeingivande. Medborgarna måste kunna lita på att de säkert får vård och omsorg när de behöver den. Om så inte är fallet, kommer resursstarka medborgargrupper att söka egna lösningar även för insatser som enligt tidigare löfte innefattades i det offentliga åtagandet. Försök att hindra medborgarna att skapa sig ett skydd kommer på sikt inte att lyckas. Att system som ursprungligen byggts upp för att främja och underlätta konsumtion av vård och omsorg skulle omvandlas till ransoneringsystem och hindra samma konsumtion förefaller orimligt och ogenomförbart. *Medborgarna kommer inte att acceptera inlåsningskonsumtionsmönster som bestäms av otidsenliga välfärdssystem.*

1.5 Växande förtroendegap underminerar grundvärderingarna

Så småningom kommer de medborgare som skaffar egna garantier för önskad vård att ifrågasätta en hög skattenivå som de har begränsad nytta av. De betalar ju själva för sin vård och omsorg. Därmed kommer finansieringsproblemet att öka ännu mer. Efter ett eller ett par årtionden och ett par kriser, då den offentliga ekonomin tvingas till drastiska nedskärningar, kommer ett växande antal medborgare att ha säkerställt tillgång till vård och omsorg av god kvalitet genom egen finansiering. Två skilda

system har etablerats. De som har ekonomiska möjligheter ordnar privat finansiering och ifrågasätter att de ska betala skatt för något som de inte har nytta av. Kravet på markant sänkta skatter växer sig starkare. När sådana förverkligas förvärras finansieringsproblemen och så småningom kommer välfärdspolitiken att behöva förbehållas dem som inte kan betala själva – den blir selektiv. En av den svenska välfärdspolitikens grundvärderingar skulle därmed ha urholkats. En ordning som inget politiskt parti önskar har etablerats, utan att något medvetet beslut har fattats.

Ett växande finansieringsgap har enligt detta scenario skapat ett växande förtroendegap som på sikt underminerat välfärdspolitikens möjlighet att leva upp till den grundläggande värderingen. Den tecknade framtidsbilden kan förefalla osannolik. Men varför alls utsätta sig för risken av en sådan framtid? En oönskad utveckling hanteras lättare om den angrips tidigt.

En variation på detta framtidsscenario är att politiken inte motstår kraven på ökade utgifter för vård och omsorg, men heller inte förmår att säkerställa nödvändiga skatteinkomster. Den situationen skulle äventyra de offentliga finanserna och den finanspolitiska hållbarheten. Beräkningar från Finansdepartementet visar att en ökning av den kommunala konsumtionen med bara 0,25 procent utöver den demografiskt motiverade leder till en kraftig försämring av den finanspolitiska hållbarheten. Den blir ”tydligt ohållbar” enligt en redovisning till riksdagen. Ett växande finansieringsgap kommer därför att utgöra en destabiliseringsfaktor för hela ekonomin. Det borde vara ett finanspolitiskt intresse att eliminera ett sådant hot. Inom pensionsområdet har det redan skett.

En annan konsekvens av en underfinansierad vård- och omsorgssektor är att möjligheterna att utveckla sektorn till en expanderande näring hämmas. Det vore naturligt att ett område med stigande efterfrågan expanderade och gav sysselsättning åt allt fler. En sådan önskvärd utveckling hämmas av ett växande finansieringsgap. *Den allvarligaste konsekvensen av att skjuta denna fråga på framtiden är dock att välfärdspolitikens trovärdighet äventyras.*

1.6 Fem felaktiga föreställningar om framtiden

Det vore fel att påstå att ledande partiföreträdare uttryckligen förnekar problemet med den långsiktiga finansieringen. Men det spelar ingen central roll när de utformar sin politik. Skillnaden mot klimatfrågan är slående. Det långsiktiga problemet med global uppvärmning finns högt upp på den politiska agendan. Det problemet kan vi dock inte göra särskilt mycket åt på egen hand, och vi har i relativt liten utsträckning bidragit till att det uppstått. Välfärdspolitikens dominerande framtidsfråga är det emellertid bara Sverige som kan lösa, och vi har själva skapat våra välfärdssystem.

När finansieringsgapet kommer på tal åberopas, mer eller mindre tydligt, förhållanden som anses reducera eller helt eliminera problemet. Den uttalade eller outtalade inställningen är att lösningar kan sökas när problemet tydligt har uppstått – om det då finns något problem över huvud taget. Den typen av argumentation skapar ett alibi för partierna att skjuta de långsiktiga finansieringsfrågorna framför sig.

Det finns naturligtvis förhållanden som markant skulle kunna reducera problemet. Som tidigare framhållits kan framtiden inte förutsägas med säkerhet. En medicin som hejdar Alzheimers sjukdom skulle exempelvis reducera behovet av kostsam äldreomsorg. Andra landvinningar inom det medicintekniska området skulle också kunna minska vårdkostnaderna. Robotar och annan ny teknik skulle kunna reducera kostnaderna för personlig omvårdnad inom äldreomsorgen. Den här typen av osäkra framtida möjligheter är dock inte skäl nog för att negligera finansieringsproblemet.

Vi har försökt fånga upp alla antydningar till problemreducering. Den felaktiga tanken att det räcker med att vi arbetar ett par år längre ska vi återkomma till. Det handlar snarare om tio år. Belåtenheten över våra hållbara statsfinanser har vi redan varnat för. Vi kan mycket väl befinna oss i kris om något eller några årtionden, om vi på sikt tillåter en underfinansierad sektor med välfärdstjänster. Önskan om ökad arbetskraftsinvandring som lösning på problemet har visat sig vara just önsketänkande. Ibland framskymtar den uppgivna tanken att svårigheterna att sluta finansieringsgapet är så stora att det nog inte finns något finansieringsproblem. Den logiken faller på sin egen orimlighet. Vi har närmare analyserat fem föreställningar om framtiden som anses motivera

att någon reformprocess inte behövs – att man åtminstone i dag kan bortse från finansieringsgapet. Vi fann fem felaktiga föreställningar om framtiden.

Felaktig föreställning I:

”Det har gått bra hittills och därför gör det nog det i fortsättningen också.”

För att tona ned framtidsproblemet hänvisas svepande till att ”Det har gått bra hittills”. Uttalanden av det slaget paras ofta med konstaterandet att dystra prognoser har gjorts sedan 1980-talet, och de har ju inte besannats.

Det är korrekt att forskare och utredare i slutet av 1980-talet började varna för en befarad utveckling av de skattefinansierade välfärdssystemen. Det är också korrekt att vård och omsorg tillfördes ökade resurser under det sena 1900-talet, utan stigande skattekvot. Det borde ju inte ha varit möjligt. En oförändrad skattekvot innebär nämligen att skatteinkomsterna ökar i takt med BNP. Lönerna ökar också ungefär som BNP, och de utgör den helt dominerande kostnadsposten inom vård och omsorg. Om vi förenklar sambanden något så innebär detta att en oförändrad skattekvot behövs enbart för att avlöna redan befintlig personal. Några resurstillskott härutöver finns det då inte utrymme för, om produktivitetsökningen förutsätts vara noll. Den kommunala konsumtionen ökade emellertid trots att skattekvoten inte ökade. Orsakerna till denna, till synes motsägelsefulla, utveckling är flera.

När det sena 1900-talets utveckling bedöms, måste den föregående periodens utveckling beaktas, då det var fråga om en markant expansionsperiod. Det finns bedömare som menar att äldreomsorgen var överdimensionerad år 1980. Kommunerna kunde därför överföra ansvaret för en del enklare uppgifter inom hemtjänsten på medborgarna. Detta skapade utrymme för en återhållen kostnadsutveckling. Något av det förhållandet har troligen gällt även för sjukvården. Kostnaden för denna ökade reellt med mer än 4 procent årligen i genomsnitt under hela perioden 1950–1980. Behovet av resurstillskott under den följande perioden kunde begränsas – effektiviseringar och nedprioriteringar var relativt enkla att genomföra. Den framtid som nu inletts kan inte dra nytta av en tidigare period med stark expansion.

Pris- och kostnadsutvecklingen var vidare särskilt gynnsam för kommunsektorn. Perioden från 1980 präglades allmänt av en återhållen real-löneutveckling. Vidare ökade löneskillnaderna mellan offentligt och privat anställda, vilket innebär att kostnaderna för att producera välfärds-tjänster begränsades.

Det kommer knappast att vara möjligt att begränsa löneutvecklingen för de kommunalt anställda de närmaste decennierna. Tvärtom, tidigare eftersläpande löner kan komma att medföra en starkare löneutveckling under kommande period. Mer personal kommer att behövas. Konkurskraftiga löner är en förutsättning för att kunna rekrytera kompetent personal.

En annan påtaglig skillnad mellan den förflutna perioden och den kommande avser den demografiska utvecklingen. Den demografiskt betingade vårdvolymen växte relativt blygsamt under 1900-talets sista årtionden. Under perioden 2020–2040 kommer antalet personer som är 80 år eller äldre att öka dramatiskt, och efterfrågan därmed att växa markant.

Kommunerna har vidare prioriterat välfärdstjänster och hållit tillbaka kostnaderna för annan kommunal verksamhet som infrastruktur, kultur och fritid. Det finns också indikationer på andra omfördelningar inom den kommunala sektorn, exempelvis tilltagande finansiering med andra intäkter som avgifter och hyror, samt minskad skattefinansiering av affärsmässig verksamhet.

Kommunalskatteshöjningar möjliggjorde resurstillskottet till välfärden mellan 1980 och 2005. Det samlade skatteuttaget i kommuner och lands-ting höjdes från 28 till 31,6 procent. Eftersom skattekvoten för hela ekonomin var i stort sett oförändrad har den statliga utgiftsnivån hållits tillbaka. Inom ekonomiskt tunga områden som försvar, bostadspolitik och socialförsäkringar har de statliga ambitionerna sänkts. Sålunda har den kommunala konsumtionen ökat ungefär tre gånger så mycket som den statliga mellan åren 1980 och 2005. Under 1990-talet och en bit in på 2000-talet sjönk rentav den statliga konsumtionen i reala termer.

En del av de åtgärder som vidtagits för att klara finansieringen under de senaste decennierna kan vara aktuella även för framtiden. Men det är på intet sätt självklart att sådana lösningar är acceptabla och möjliga under nästa period, enbart av det skälet att de genomfördes under föregående. Tvärtom, i vissa fall kan möjligheterna vara uttömda. En del av

åtgärderna framstår som föga sannolika. Det kommer knappast att vara möjligt och önskvärt att hålla tillbaka löneutvecklingen inom kommunsektorn. Vidare kommer den demografiska utvecklingen att kräva mer omfattande insatser än som var fallet under tidigare period.

Det framtida finansieringsproblemet blir inte nödvändigtvis mindre av att liknande problem tidigare har lösts. Den som hävdar något sådant måste visa att den historiska utvecklingen utan vidare kan upprepas. Vår analys ger vid handen att så inte är fallet. Den allmänna hänvisningen till att "Det har gått bra hittills" är inte intellektuellt hållbar.

Historien kan ge värdefulla erfarenheter för framtiden. Det finns emellertid ingen genväg till framtiden via historien. Framtiden måste hanteras utifrån aktuell verklighet. Det gäller också när möjligheterna till ökat skatteuttag bedöms.

Felaktig föreställning II:

"Vi kan enkelt gå tillbaka till ett högre skatteuttag."

Det förhållandet att skattekvoten var högre för några år sedan används ibland som argument för att den enkelt kan återföras till tidigare nivå. Under den senaste tioårsperioden har skattekvoten sjunkit. År 2005 var den högre än den är i dag, och 2000 var den ännu högre. Detta tas till intäkt för att skattehöjning till tidigare nivå är möjlig. Resonemanget kan förefalla bestickande, men är vilseledande.

Historien erbjuder inte något slags à la carte-menyn varur man kan välja den enskilda omständighet som man finner attraktiv och plantera den i framtiden. Samhället har förändrats i en mängd olika avseenden under den senaste tioårsperioden. Det har funnits orsaker till sänkningen av skattekvoten. Även om man inte gillar dessa måste de övervinnas om man åter ska höja den. Framtida förändringar måste utgå från dagens och morgondagens verklighet, inte gårdagens. Den aktuella debatten om jobbskatteavdraget är en utmärkt illustration. Även om man inte gillade den typen av skattesänkning när den genomfördes, finns ingen enkel väg tillbaka till den situation som rådde då detta avdrag inte fanns.

Möjligheterna att höja skattenivån bestäms av dagens och morgondagens förhållanden och har föga med den historiska skattenivån att göra. Hela resonemanget är ett sätt att förminska finansieringsproblemet genom att peka på en till synes enkel lösning.

Felaktig föreställning III:

”God historisk effektivitetsökning reducerar finansieringsproblemet.”

Ett annat tillbakablickande argument tar sin utgångspunkt i att effektiviteten i förfluten tid har utvecklats bättre än vad som anges i nationalräkenskaperna. Framtidsproblemet reduceras i samma omfattning som man lyckas visa att den tidigare effektivitetsutvecklingen varit större än noll. Ofta kopplas den synen till påståendet att det gått bra hittills, och det förutsätts bero på att effektiviteten var högre än den uppmätta.

Det kan mycket väl vara så att vården och omsorgen presterade bättre resultat än vad som framgår av nationalräkenskaperna. Men den omständigheten hjälper inte för framtiden. Om effektivitetsförbättringar ska pressa ned framtida utgifter måste den framtida effektiviteten vara högre än den tidigare, oberoende av om denna varit mätbar eller inte. Och skulle det visa sig att den framtida effektivitetsutvecklingen blir lägre än den historiska – registrerad eller oregistrerad – så förvärras framtidsproblemet. *Ska effektiviseringar bidra till att sluta framtida finansieringsgap så måste dessa vara större än under tidigare period. Eventuellt tidigare uppnådd hög effektivitet hjälper inte. Att hävda något annat är en villfarelse.*

Felaktig föreställning IV:

”Finansieringsgapet sluts om resurserna inte ökar.”

Ibland framskymtar argument kring effektiviteten som förefaller egenomliga. Ett sådant är att vi inte ska tala om finansieringsproblemet och därmed om behovet av ökade framtida resurser. Det kan nämligen leda till att effektiviseringsarbetet avstannar. Den inställningen bygger på att effektiviteten på något automatiskt sätt ökar eller att lågprioriterad verksamhet försvinner, om tilldelningen av offentliga medel blir restriktiv. Förväntningar på ökade resurser skulle hålla tillbaka en sådan utveckling. Enligt den logiken ska sjukvården inte tilldelas mer resurser förrän den blivit effektivare.

Det är korrekt att ökad tilldelning av resurser kan hämma effektivitetsanstängningar. Svåra förändringsbeslut tas inte, ökade resurser gör att de kan undvikas. Men det är feltänkt att effektivitet uppstår med automatik, om resurstilldelningen stramas åt. Om det vore så enkelt,

borde man inte nöja sig med oförändrad resurstilldelning. Ännu högre effektivitet skulle ju med samma logik uppstå om vi minskade resurstilldelningen.

Att sätta press på en organisation på det tänkta sättet förutsätter att någon kan genomföra nödvändiga förändringar. Det finns ingen som entydigt har operativt ansvar för svensk sjukvård. När så inte är fallet kommer varje del av organisationen att skydda sina intressen och försöka överleva så gott det går med otillräckliga resurser. Den ambitionen behöver inte leda till höjd effektivitet. I några fall kan sådan uppstå, men sannolikt blir sjukvården sämre vid bristande resurstilldelning. Den konsekvensen har uppstått inom äldreomsorgen. En återhållen resurstilldelning till det området har möjligen lett till en viss effektivitetsökning, men framför allt observeras ett begränsat utbud under senare år.

Vi måste klara av att både hålla en stram budget för att tvinga fram effektiviseringar och argumentera för att resurserna på sikt behöver öka. Begränsning av vårdbehoven varken kan eller får bli hävstång för att nå högre effektivitet.

Felaktig föreställning V:

”Vi blir friskare och behöver inte högre standard.”

Ytterligare ett sätt att förminska finansieringsproblemet är att tona ned den framtida efterfrågan. Ofta framhålls att framtida generationer förväntas bli friskare som äldre, och de antas då inte behöva lika mycket vård och omsorg som tidigare generationer i samma ålderskategori. Nyare forskning visar dock att det numera saknas underlag för att dra sådana växlar på framtiden. Den senaste Långtidsutredningen räknar till skillnad mot tidigare utredningar inte med någon behovsreducering av det skälet.

Det är självfallet omöjligt att med säkerhet förutsäga om olika ålderskategorier av äldre medborgare om tjugo eller trettio år kommer att behöva marginellt mindre eller mer omsorg. När framtidsbedömningar görs måste dock utgångspunkten vara de behov som äldreforskningen håller för mest sannolik, och som baseras på den senaste utvecklingen av vårdbehovet. Om överlevnaden bland multisjuka och skröpliga äldre fortsätter att öka talar detta för ökade behov av både sjukvård och äldreomsorg.

Alltför optimistiska bedömningar av den demografiskt betingade efterfrågan i avsikt att reducera framtidsproblemet skjuter problemet framåt, vilket försvårar möjligheterna att lösa det.

Ett annat sätt att reducera den förväntade efterfrågan är att hävda att standarden inom vård och omsorg är så god att någon ytterligare betydande höjning av denna inte behövs. Det skulle i så fall innebära att den historiska trenden med ständigt förbättrad standard skulle brytas just nu.

Det är svårt att hitta något skäl till att medborgarna skulle prioritera konsumtion av välfärdstjänster lägre än annan konsumtion. Människor efterfrågar nya och bättre bilar, möbler av senaste design, kläder enligt rådande mode, hemelektroniken med bättre ljud- och bildkvalitet, mer upplevelserik fritid och så vidare. Varför skulle inte efterfrågan på bättre sjukvård och äldreomsorg vara lika stor? Det enda skälet till att så inte skulle vara fallet är svårigheterna att finansiera välfärdstjänsterna via skatter. En närmast absurd situation uppstår, när miljarder satsas i marknadsföring för att förmå oss att ständigt öka den privata konsumtionen, medan finansieringssvårigheter förhindrar konsumtion av det vi prioriterar minst lika högt.

Medborgarna kommer inte att godta en sjukvård som inte tillvaratar den medicintekniska utvecklingen. Kostnaden för denna är betydande, även om det också går att visa att den i vissa fall kan begränsa utgiftstrycket.

Men medborgarna efterfrågar en ännu högre ambitionsnivå. Den nivå som bestäms av den demografiska utvecklingen, och en sjukvård baserad på bästa tillgängliga medicinska teknik, är en basnivå. Härutöver finns kvalitativa krav som tillgänglighet, bemötande, tidpunkt för insatser, förmåga att hantera sammansatta och komplexa sjuk- och vårdproblem, individuellt utformade vårdtjänster, fullgod rehabilitering, individuellt utformad äldreomsorg enligt de äldres eget bestämmande och liknande. Exempel på sådana förbättringar kan hämtas ur det dagliga nyhetsflödet, där olika brister och förbättringsmöjligheter inom vård och omsorg löpande presenteras. Inte minst framförs i den politiska debatten önskemål om förbättringar. Utredningar och rapporter som förutsätter kvalitetshöjningar publiceras gång efter annan. Alla dessa förbättringskrav är inte kostnadsdrivande, men många är det.

Opinionsundersökningar bekräftar vidare att medborgarna även i fortsättningen önskar hög kvalitet hos dessa tjänster, och är beredda att

betala – kollektivt eller enskilt – för den högre kvaliteten.

En hög värdering av välfärdstjänsterna vård och utbildning finns inte bara i länder med skattefinansierade system. Man skulle möjligen kunna tro att vård, vars kostnader mer direkt belastar den enskilde, skulle vara mindre efterfrågad. Så är dock inte fallet. Även i länder med mer marknadsbestämd välfärdspolitik – exempelvis USA – ökar efterfrågan på hälso- och sjukvård mer än inkomsterna.

Den höga värderingen av välfärdstjänster förefaller ändamålsenlig. En god hälsa är förutsättningen för att kunna ta del av det goda liv som den ekonomiska utvecklingen erbjuder. Påtaglig ohälsa och för tidig död är i det avseendet förödande. Liknande resonemang kan föras om den sociala omsorgen. Det är svårt att uppskatta det goda livet om en undermålig äldreomsorg väntar i dess slutfas. Det är därför naturligt att sådan konsumtion prioriteras högt.

Det är svårt att hitta något argument för att medborgarna skulle prioritera konsumtion av välfärdstjänster lägre än annan konsumtion. De här anförda argumenten och omständigheterna talar närmast för att konsumtionen av välfärdstjänster skulle behöva öka mer än annan konsumtion. *Att påstå att medborgarna skulle acceptera dagens standard inom vård och omsorg är en undanflykt för att slippa diskutera den framtida finansieringen.*

1.7 Varför finns den viktigaste framtidsfrågan i politikens periferi?

Vi har beskrivit en situation som innebär att det finns ett stort framtida finansieringsproblem och att möjligheterna att lösa det ökar dramatiskt om det angrips tidigt. Det finns vidare inget intellektuellt hållbart argument för att skjuta problemet på framtiden. Varför spelar då denna fråga ingen central roll i svensk politik? Sannolikt därför att den upplevs som svår. Den är heller inte akut och därmed inte dagsaktuell. Måhända görs också politiskt taktiska bedömningar av olika slag.

Vi ska i det följande visa hur en ny politik kan inriktas, och hur en reformprocess kan läggas upp. Det finns inga enkla lösningar på problemet, men det är heller inte olösligt. Reformprocessen ska inte börja med de svåra lösningarna. De ska bli resultatet av processen och succes-

sivt mogna fram. Problemet lämpar sig knappast för taktiska utspel, tvärtom krävs ett visst politiskt samförstånd. Sådant samförstånd har uppstått tidigare i liknande frågor. I krisens Europa talar många om Sveriges förmåga att nå politiskt samförstånd när det verkligen gäller. Företrädare för kommunsektorn har visat att en gemensam problembild kan tecknas.

2. Den nya politikens inriktning

Våra slutsatser:

Alla medborgare ska få tillgång till den vård och omsorg som de vill betala för – kollektivt eller enskilt. Vårdsystemen ska anpassas till medborgarnas krav och betalningsvilja.

Den politiska uppgiften är att definiera en problembild, och att hålla samman en långsiktig reformprocess där lösningar söks inom olika områden. Under en sådan process klarnar successivt problem-bilden samtidigt som effekterna av olika åtgärder blir tydligare.

Olika åtgärder måste sättas in i rätt ordning. Den helt avgörande förutsättningen för ett framgångsrikt reformarbete är en realistisk bedömning av finansieringsgapet. En sådan analys måste leda processen.

2.1 Medborgare ska få den vård och omsorg de vill betala för – kollektivt eller enskilt

Finansieringsgapet skapas av förhållandet att medborgarnas efterfrågan på välfärdstjänster överstiger det utbud som dagens system förmår tillhandahålla. Det finns därmed två vägar att sluta gapet – antingen begränsa medborgarnas efterfrågan eller att öka utbudet. Finansieringen av ett ökat tjänsteutbud kan ske genom ökade skatteinkomster, höjd effektivitet, prioritering av äldreomsorg och sjukvård inom den offentliga utgiftsramen samt genom ökad privat finansiering. Vi anser att politiken ska inriktas på dessa åtgärder och inte sträva mot att begränsa och ransonera efterfrågan.

Det offentliga utbudet måste alltid ransoneras, eftersom tillgången

på skattemedel är begränsad. Resurserna fördelas efter en offentlig bedömning av vilka behov som är mest angelägna att tillgodose. I den meningen sker en ransonering. Men det förhållandet motiverar inte att medborgarnas egna ambitioner att komplettera det offentliga utbudet ska begränsas genom offentliga beslut. Vår utgångspunkt är att alla medborgare ska få tillgång till den vård och omsorg de vill betala för – kollektivt eller enskilt. Vi utesluter därför åtgärder som begränsar medborgarnas efterfrågan. Det är ingen godtagbar metod att sluta finansieringsgapet.

2.2 En komplex reformprocess som utgår från en definierad problembild

Den nationella politiken står inför två uppgifter. Den ena är att verkligen acceptera att det föreligger ett långsiktigt finansieringsproblem. Den andra är att leda en komplex politisk process med sikte på att sluta finansieringsgapet. Framgångsfaktorerna kommer att vara långsiktighet samt sammanhållning och samverkan mellan olika politikområden. Krav på långsiktighet och samverkan mellan olika områden är ibland svåra att leva upp till, men i detta fall är det nödvändigt.

Ett enda beslut kommer inte att lösa problemet

Reformarbetet kommer att behöva innefatta en rad åtgärder inom skilda politikområden. Det handlar inte enbart om sjukvård och äldreomsorg. Uppenbarligen måste skattepolitiska överväganden vara en del av den politiska processen. Skatteinkomsterna bestäms av skattebasernas utveckling. För att exempelvis öka antalet arbetade timmar i ekonomin krävs åtgärder som faller inom arbetsmarknadspolitik och utbildningspolitiken. Om äldreomsorgen och sjukvården ska prioriteras mot andra offentliga utgiftsområden berörs i princip alla utgiftsområden.

Ofta görs referenser till pensionsbeslutet när välfärdstjänsternas framtida finansiering diskuteras. Det beslutet är en god förebild i många avseenden. Men jämförelsen med det pensionsbeslut som fattades 1994 riskerar att frammana bilden av ett enda beslut som ska lösa välfärdstjänsternas framtida finansiering. I det avseendet leder jämförelsen fel.

För att klara den framtida finansieringen av sjukvård och äldreomsorg krävs många beslut inom skilda områden under lång tid. En jämförelse med klimatfrågan är i det hänseendet mer relevant. Det framtida klimathotet har aktualiserat ett brett spektrum av åtgärder under lång tid.

Avgörande att problembilden erkänns

Den första uppgiften – och själva starten på en politisk process – är att bestämma problembilden. Den uppgiften har kommunala politiska företrädare redan klarat av. Det är nu angeläget att den nationella politiska nivån gör sin bedömning av vilka finansieringsproblem som väntar i framtiden. En framgångsrik process förutsätter medvetenhet om att det finns ett framtidsproblem som allvarligt hotar välfärdspolitikens trovärdighet och grundvärderingar. Stora och svåra förändringar av det här slaget beslutas nämligen först efter det att de bedömts som oundvikliga. Så har det varit i historisk tid och så är det i dag. Det var exempelvis insikten om att det rådande ATP-systemet sannolikt skulle bryta samman en bit in på 2000-talet som drev fram pensionsbeslutet. Sådant krismedvetande krävs också för att få igång en framgångsrik beslutsprocess för att klara välfärdstjänsternas framtida finansiering.

Problembild och åtgärder ska successivt anpassas till den faktiska utvecklingen

Det första steget i en politisk process är således att bedöma finansieringsgapet och de åtgärder som krävs för att sluta det. Nästa steg är att bestämma inriktning av politiken inom aktuella områden. Ett tredje steg är den praktiska utformningen av olika åtgärder. Under resans gång bör åtgärder successivt anpassas till den aktuella bedömningen av finansieringsgapets omfattning. I förhållande till inledande föreställningar växer kanske problemet över tiden, kanske minskar det. Måhända utvecklas läkemedel och teknik som påtagligt sänker kostnaderna. Kanske visar det sig att andra länder tvingas till skattehöjningar i en omfattning som möjliggör även svenska skattehöjningar. Men den motsatta utvecklingen är också tänkbar och då förvärras framtidsproblemet.

Värderingen av olika åtgärder och deras bidrag till att sluta finansieringsgapet kommer också att ändras under processen. Åtgärder bör

anpassas efter sådana nya förutsättningar och efter en framtidsbild, som successivt blir allt klarare.

Vi föreslår sammanfattningsvis ett angreppssätt som innebär att problembild och åtgärder successivt anpassas till den faktiska utvecklingen.

2.3 Ökade skatteinkomster inte enbart en fråga om skattesatser

Våra slutsatser:

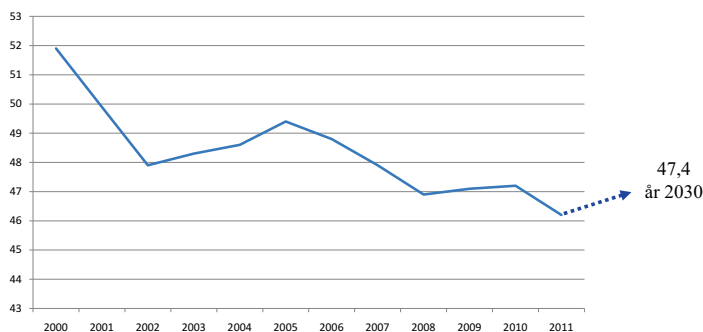
Frågan om ökade skatteinkomster genom höjda skattesatser kommer på allvar att kunna diskuteras först när en problembild etablerats.

I första hand bör skatteinkomsterna öka genom att skattebaserna vidgas, främst genom fler arbetade timmar i ekonomin.

Det bör också övervägas om finansieringen kan stärkas med medel som inte har beskattningens alla nackdelar men som ändå tillgodoser välfärdspolitikens syfte att omfördela.

Det ligger nära till hands att föreslå ökat skatteuttag, om den offentliga finansieringen ska stärkas. Det har varit den traditionella metoden. Som tidigare nämnts kom den dock till vägs ände under 1980-talet, då skattekvoten inte längre ökade. Under den senaste tioårsperioden har skattekvoten rentav varit trendmässigt sjunkande.

Figur 5. Skattekvotens utveckling 2000–2011



De sista årens värde är preliminära eller utgör prognos

.....> Markerar Långtidsutredningens prognos till 2030.

Figur 5 illustrerar den framskrivning som Finansdepartementets långtidsutredning gjort. Den visar stigande skattekvot. Utredningen utgår från en mekanisk framskrivning av de skatteinkomster som följer av oförändrade skattesatser. Skattebaserna förutsätts öka och då stiger skatteinkomsterna vid oförändrade skattesatser – skattekvoten förutsätts öka. En ökande skattekvot har varit utgångspunkt också för bedömningen av det finansieringsgap som redovisats i både den tidigare nämnda ESO-utredningen och i SKL-beredningens rapport. Utvecklingen under 2000-talet har dock varit på väg i andra riktningen. En fortsatt sjunkande skattekvot kommer att förvärra framtidsproblemet.

Det förefaller inte meningsfullt att diskutera ett höjt skatteuttag förrän det finns en politisk bedömning av den framtida problembilden. Skattekvoten har sjunkit under 2000-talet och det går inte att spåra någon tydlig politisk vilja eller praktisk möjlighet att radikalt öka skatteinkomsterna. Frågan om höjt skatteuttag är uppenbarligen lika känslig som frågan om mer privat finansiering och långsiktig prioritering av vård och omsorg framför andra utgiftsområden. Sådana frågor kommer inte att diskuteras på ett meningsfullt sätt av beslutsfattare förrän det upplevs som nödvändigt att göra sådana överväganden.

Självfallet måste dock även skattesatser och skatteuttag övervägas under den politiska processen. Lika lite som de historiska skattekvoterna kan betraktas som en norm för framtiden kan dagens skattekvot betraktas som given. Även om man accepterar högre skatter kan sådana dock bara ge ett partiellt bidrag till att sluta gapet. Skulle en allmän skatteutredning tillsättas inom den närmaste tiden, bör den självfallet också överväga i vilken omfattning den ökande efterfrågan på välfärdstjänster kan finansieras genom ökat skatteuttag.

Ambitionen att öka skatteinkomsterna måste i första hand riktas mot att vidga skattebaserna, främst genom fler arbetade timmar. Vi vill också föreslå att finansiering av annat slag övervägs – insatser som varken är ren beskattning eller ren privat finansiering. Förslagen har i första hand relevans för äldreomsorgen, eftersom vi känner särskilt stor oro för möjligheterna att skattefinansiera en acceptabel standard inom det området.

Överväg åtgärder mellan skatt och privat finansiering

Den skattefinansierade vården och omsorgen bidrar till två slag av för-

delning: mellan olika grupper och mellan livets olika skeden. Tjänsterna fördelas till dem som har störst behov av vård och omsorg, medan finansieringen är knuten till förmågan att betala skatt. De som har störst förmåga att betala skatt bidrar mest. För den enskilde fördelar skattefinansieringen också betalningen och behoven över livets olika skeden. Sålunda är behovet av äldreomsorg och sjukvård särskilt stort vid hög ålder, medan förmågan att bidra till finansieringen via skatteinbetalning är störst under den förvärvsaktiva tiden.

Enligt Nationalencyklopedin definieras skatt som tvångsbidrag till det allmänna utan direkt motprestation. I dag är rörligheten mellan länder stor. Kapital och kompetens söker sig till länder med lägre skatteuttag. Incitamenten till arbete försvagas om den erhållna inkomsten reduceras genom tvångsmässigt avdrag på lönen. Ett sådant avdrag medför heller ingen direkt nytta – motprestation – för löntagaren.

Om möjligheterna att ta ut renodlad skatt är begränsad bör andra möjligheter övervägas för att skapa önskvärd fördelning. Vi förordar därför att finansieringsfrågan i framtiden inte enbart ses som en fråga om renodlad skatt eller strikt privat finansiering. Det finns många olika finansieringsformer däremellan. Skattefinansieringens nackdelar kan delvis undvikas, men dess fördelningsmässiga effekter nås inte heller fullt ut.

I stället för skatt kan man tänka sig obligatorisk avgift. En sådan är tvångsmässig, men medför en motprestation. Möjligen kan höga obligatoriska avgifter lättare accepteras än hög skattenivå. Ett exempel på sådan finansiering skulle kunna vara en obligatorisk äldreomsorgsförsäkring.

En annan typ av finansiering är den avgift som betalas av den enskilde när vården och omsorgen utnyttjas. Sådana avgifter skulle kunna sättas höga och sedan kan nedsättning beviljas för dem med lägre inkomster. Det underlättar finansieringen utan att skapa oönskad fördelning.

Konsumtion av vård och omsorg, som betalas privat, kan ges skattemässiga fördelar. Sådana fördelar ges i dag pensionssparande. Med utgångspunkt i den ordningen skulle sparande till ålderdomen kunna utformas på samma sätt. Då vore det naturligt att inte medge uttag från sådant sparande förrän behov uppstår, eller vid fyllda 75 år eller senare. Då kan den enskilde överblicka det aktuella offentliga åtagandet för vård och omsorg och bedöma i vilken omfattning han eller hon själv vill utnyttja möjligheten att höja standarden. En sådan åtgärd skulle underlätta fördelningen från den förvärvsaktiva tiden till den tid då behovet av äldreomsorg och vård börjar öka.

Ett alternativ till frivilligt skattemässigt gynnat sparande är obligatoriskt sparande. Alla medborgare skulle exempelvis kunna åläggas att spara en viss andel av inkomsten från exempelvis 50 års ålder. Ett sådant sparande skulle ha likhet med en skatt genom det tvångsmässiga inslaget. Men sparandet skulle kunna betraktas som enskild egendom med enda inskränkningen att det inte får disponeras förrän vid exempelvis 75 års ålder. Man kan snäva in villkoren för uttag ytterligare, exempelvis uttag först då behov av äldreomsorg uppstår.

Om ett "ålderdomssparande" av det slaget skulle införas – oberoende av om det är subventionerat eller obligatoriskt – vore det en markering till medborgarna att den offentliga finansieringen inte som tidigare kan tillgodose alla individens krav på vård och omsorg. Alla möjligheter till privat konsumtion bör därför inte utnyttjas under den förvärvsaktiva tiden. Det gäller att själv föra över en del resurser från den tiden till det skede då vårdkonsumtionen blir hög.

Dessa exempel på åtgärder visar på bredden i möjliga framtida åtgärder. De representerar olika möjligheter att nå önskad fördelning mellan grupper och mellan livets olika skeden. De negativa effekterna blir inte lika framträdande som vid ett rent skatteuttag. Dock finns andra nackdelar med dessa mellanformer. På allvar går de knappast att diskutera förrän en problembild är accepterad. Fram till dess kommer nackdelarna att få störst uppmärksamhet.

2.4 Fler arbetade timmar stärker den offentliga finansieringen

Våra slutsatser:

Fler arbetade timmar i ekonomin skulle underlätta välfärdens framtida finansiering.

Det finns goda möjligheter att sänka inträdesåldern till arbetsmarknaden, liksom att höja utträdesåldern. Ett ökande antal äldre vill arbeta längre.

Åtgärder för att sänka inträdesåldern och höja utträdesåldern bör hållas samman i ett program inriktat mot långsiktiga mål. Ett sådant bör vara att utträdesåldern från arbetsmarknaden ska höjas i minst samma takt som levnadsåldern ökar.

Den genomsnittliga årsarbetstiden har halverats sedan 1900-talets början. Det är inte genom att arbeta mer som vi har blivit rikare. Det är ökad produktivitet som skapat tillväxt och välstånd. Men för att klara välfärdens framtida finansiering räcker det inte med fortsatta produktivitetshöjningar i ekonomin. Sådana kommer i och för sig att öka skatteinkomsterna, men också att driva upp de offentliga utgifterna. Höjd produktivitet medför nämligen högre löner, även för de offentligt anställda. Vidare medför allmänt höjda löner ökad ersättning för förlorad arbetsinkomst inom försäkringssystemen. De ökade skatteinkomsterna motsvaras därmed i allt väsentligt av högre utgifter.

Höjd produktivitet inom ekonomin är en i högsta grad önskvärd utveckling, men den löser inte problemet med den långsiktiga finansieringen. Däremot kommer fler arbetade timmar att underlätta finansieringen. En sådan utveckling leder till ökade skatteinkomster utan att de offentliga utgifterna behöver öka. För att öka antalet arbetade timmar måste dock den långsiktiga trenden mot kortare livsarbetstid brytas.

Stimulera yngre och äldre att arbeta fler timmar

Arbetslösheten är en central politisk fråga. Minskad arbetslöshet leder till fler arbetade timmar. Samma effekt uppnås om en del av dem som arbetar deltid övergår till att arbeta heltid. Sådana frågor bärs naturligen fram politiskt. Det parti som framgångsrikt kan bekämpa arbetslöshet stärker sin ställning. Det finns emellertid grupper som utan att vara arbetslösa skulle kunna arbeta fler timmar. Men ökad sysselsättning för dessa står inte i centrum för den politiska debatten. Det finns exempelvis inga starka politiska krafter som driver frågan om möjligheter för äldre att arbeta längre. I sådana frågor handlar det inte om att svara på ett politiskt tryck, utan politiken måste ta initiativ till förändring utifrån en långsiktig analys.

Vi diskuterar i det följande insatser på lång sikt för att öka antalet arbetade timmar hos två grupper där stor potential finns – ungdomar och äldre. Framför allt har vi uppmärksammat möjligheterna att senarelägga utträdet från arbetsmarknaden.

Varje års tidigare inträde på arbetsmarknaden för yngre och varje års senare utträde från arbetsmarknaden för äldre, har beräknats kunna täcka ungefär 10 procent av det framtida finansieringsgapet. Det är

ungefär den finansieringshjälp som redovisas i den tidigare nämnda ESO-utredningen och i SKL-beredningens rapport. Det betyder att två års senare utträde från arbetsmarknaden, och ett års tidigare inträde, skulle medföra att en tredjedel av det framtida finansieringsgapet skulle kunna slutas. Effekten är dock svårberäknad och styrs av vilka antaganden som görs om den framtida efterfrågan på välfärdstjänster. Likväl illustrerar dessa beräkningar vilken betydelsefull förbättring av den framtida finansieringen som skulle erhållas, om arbetslivet verkligen förlängdes.

När ett nationellt pensionssystem beslutades år 1913 var den formella pensionsåldern 67 år. Den återstående förväntade medellivslängden för en 67-åring var då drygt 12 år. I dag räknas 65 år som norm för pensionsuttag. Den återstående förväntade livslängden för 65-åringar närmar sig nu 20 år. Under de närmaste två decennierna beräknas den förväntade återstående livslängden för 65-åringar öka med mer än två år ytterligare. Om dessa förhållanden kopplas till ett förbättrat hälsotillstånd för personer i ålderskategorin 60–75 år, och ett arbetsliv som inte kräver samma kroppskrafter som tidigare, avtecknar sig betydande möjligheter att förlänga arbetslivet flera år genom senare utträde.

Tidigare start i arbetslivet

Inträdet på arbetsmarknaden har senarelagts under senare år. Till stor del kan detta förklaras med längre utbildningstid. Att 19-åringar numera inte fått sitt första arbete kan förklaras med utökad gymnasieutbildning. Men det övervägande flertalet 25-åringar borde ha fått ett sådant. Så var fallet i början av 1990-talet, då 90 procent av dessa hade fått sitt första arbete. Under 2000-talet gällde det däremot endast 70 procent, trots att högre studier borde ha hunnit avslutas vid 25 års ålder.

Andelen med högre utbildningsnivå har ökat. Samtidigt är studietiderna långa på högskolan. Studenterna är äldre än i jämförbara länder, både när de påbörjar sina studier och när de slutför dem. En helt annan tendens är att många ungdomar inte ens fullföljer gymnasiet, vilket försvårar inträdet på arbetsmarknaden.

Det gäller således att få fler ungdomar att fullfölja gymnasieutbildningen, samtidigt som incitamenten att avsluta högre utbildning inom utsatt tid måste öka. Vi konstaterar att det inte saknas förslag på hur dessa problem kan lösas. Den grundläggande skolutbildningen refor-

meras just nu. Olika metoder för att påskynda genomströmningen vid högre utbildning diskuteras, till exempel examensbonus, treterminssystem och avgiftsbeläggning av studierna.

Stärk drivkrafterna för senare utträde från arbetsmarknaden

I dag är den genomsnittliga utträdesåldern från arbetsmarknaden drygt 63 år. År 1980 var den några månader under 63 år, men steg sedan under 2000-talet. Skillnaden mellan utträdesåldern 1980 och 2009 uppgår dock endast till drygt 3 månader. På trettio år har således utträdesåldern höjts endast marginellt. Den trenden är helt otillräcklig för att möta finansieringsgapet. En kraftfull politik för förlängt framtida arbetsliv krävs.

Det finns förhållanden som stimulerar till ett längre arbetsliv, och det finns förhållanden som verkar i motsatt riktning. Många prioriterar fritid högt. De har en önskan att lämna arbetsmarknaden tidigt och få en lång ”tredje fas i livet”. Vidare finns en mental låsning till 65 år som pensionsålder. Den som närmar sig den åldern kan på ett socialt acceptabelt sätt ”tidigarelägga” pensioneringen. Och den som arbetar längre gör det på ”övertid”.

Dagens regelverk stärker föreställningen om 65 år som norm för pensionering. Det finns tydliga incitament att lämna arbetslivet vid den åldern. I vissa fall underlättas en ännu tidigare utträdesålder. Socialförsäkringarna och flera avtalade försäkringar på arbetsmarknaden utgår från 65 år som pensionsålder. Den som är äldre än 65 år förväntas sålunda pensionera sig och lämna arbetskraften vid arbetslöshet eller sjukdom. Vid ekonomiska kriser införs ofta möjligheter till tidig pensionering och avgångspensioner.

Det finns skatte- och avdragsbestämmelser som gör det förmånligt för arbetsgivaren att erbjuda en pensionslösning i stället för fortsatt anställning. Uttag av vissa avtalspensioner kan inte kombineras med fortsatt arbete. Arbetsgivarnas kostnader för tjänstepension för äldre arbetskraft är ofta mycket höga. Det beror både på att äldre ofta har en relativt hög lön och på att premierna i vissa system stiger med ökande ålder.

Både arbetstagare och arbetsgivare vill ha låg pensionsålder. Enligt opinionsundersökningar önskar många arbetstagare gå i pension tidigt,

och många arbetsgivare är ovilliga att anställa personer över 50 år. Många anser till och med att de anställda på deras företag borde gå i pension i förtid.

Det finns emellertid också förhållanden som verkar för höjd utträdesålder. Betraktelsesättet att 65 år är den naturliga pensionsåldern är inte lika självklart som tidigare. Den faktiska pensionsåldern har höjts något. Inom den statliga sektorn är den tendensen uppenbar. Många äldre vill arbeta även efter pensionsåldern om förutsättningarna är de rätta. Bemanningsföretag ser stora möjligheter att förmedla arbete till pensionärer. För att utnyttja den möjligheten krävs att de äldre får arbeta på sina villkor, vilket kan betyda deltid och att de själva får påverka arbetstiderna.

Det finns också ekonomiska incitament att senarelägga utträdet från arbetsmarknaden. Pensionssystemet innehåller ett sådant. Pension kan tas ut från 61 års ålder, men pensionen blir markant högre för den som senarelägger uttaget. Man har rätt att arbeta upp till 67 års ålder i den meningen att lagen om anställningstrygghet omfattar personer som inte nått den åldern. Vidare får de som fyllt 65 år dubbelt jobbskatteavdrag. För anställda som är födda 1938–1944 betalar arbetsgivare i dag bara ålderspensionsavgift. För anställda som är födda 1937 eller tidigare betalas varken socialavgifter eller särskild löneskatt.

Systemen för avtalspension ändras nu i riktning mot avgiftsbestämda system som stimulerar till längre arbetsliv. Några förmånsbestämda system finns alltjämt kvar. De stimulerar i regel inte till senare utträde.

Den framtida politiken måste ta sikte på att stärka drivkrafterna till längre arbetsliv och försvaga incitamenten att lämna arbetsmarknaden. För de flesta finns ett tydligt samband mellan den pension som erhålls och det individuella arbetslivets längd. De som arbetar längre får högre pension. Det sambandet finns inte beträffande offentlig sjukvård och äldreomsorg. Organisationerna på arbetsmarknaden ser fördelar med nuvarande ordning, som erbjuder möjligheter att lösa olika problem genom att äldre arbetskraft drar sig tillbaka.

De nämnda förhållandena kräver politiska insatser. Förändringsprocessen måste ske i två steg. Grundläggande är att skapa medvetenhet om det framtida finansieringsgapet och möjligheterna att minska detta genom fler arbetade timmar. Det skapar jordmån för politiska beslut som stimulerar till längre arbetsliv. De incitament som skapas genom

sådana beslut förutsätts i sin tur leda till individuella beslut om senare utträde från arbetsmarknaden.

Även om det på ett allmänt plan finns bred enighet om förlängt arbetsliv, kommer ett politiskt motstånd att uppstå när tydliga incitament för detta ska skapas. Tanken på en höjning av den tillåtna pensionsåldern till 62 år har redan stött på sådant motstånd. Det understryker vikten av en politisk process som inleds med att den framtida problembilden tecknas och att den får vara utgångspunkt för politiken. Först då kommer beslut om den typen av regelförändringar att kunna fattas.

Inled omedelbart arbetet med ett långsiktigt program för fler arbetade timmar

Det vore dock förspild tid att vänta på de politiska slutsatserna beträffande finansieringsproblemet innan åtgärder vidtas. Den allmänna politiska strävan mot ökad sysselsättning och medvetenheten om att det är önskvärt att senarelägga utträdet från arbetsmarknaden skapar grund för omedelbara aktiviteter. Följande kan initieras utan att det finns en accepterad problembild:

- Se till att äldre människor är medvetna om vilka ekonomiska incitament som i dag finns att arbeta längre.
- Påverka arbetsgivares och arbetstagares attityder till förlängt arbetsliv. Försök sudda ut 65-årsgränsen. Sprid goda exempel på äldre arbetskraft som stannar kvar längre i arbetslivet. Se till att relevanta utrednings- och forskningsresultat når rätt beslutsfattare. Initiera ny forskning och nya utredningar.
- Diskutera med arbetsmarknadens parter hur avtal skulle kunna ändras för att bättre stimulera till förlängt arbetsliv. Försök påverka dem att ta bort hinder.
- Förbered och lämna förslag till hur olika regler skulle kunna ändras för att bättre stimulera till ett förlängt arbetsliv.
- Överväg hur ett mål för senarelagt utträde från arbetsmarknaden ska formuleras. En utgångspunkt för sådana överväganden bör vara att den faktiska utträdesåldern ska stiga i minst samma takt som levnadsåldern ökar.

I ett senare steg – när den framtida problembilden framstår klarare –

anpassas ambitionerna till denna. Då kan även institutionella förändringar, som i dag förefaller svåra att besluta om, framstå som naturliga. Besluta om ett tydligt och mätbart mål för hur långt utträdet från arbetsmarknaden bör senareläggas. Klargör ansvaret för att nå målet. Redovisa regelbundet till riksdagen hur det nås.

Motsvarande program för yngre arbetskraft, och för andra grupper med låg sysselsättningsgrad, bör utarbetas. De samlade insatserna från sådana program borde leda till att den offentliga finansieringen kan stärkas markant inom ett par årtionden.

2.5 Högre effektivitet bidrar till att lösa problemet

Våra slutsatser:

Högre framtida effektivitet kan bidra till att sluta finansieringsgapet.

Ökad effektivitet är möjlig, och det finns kunskap om hur den kan förverkligas.

Statsmakterna och centrala myndigheter måste med ännu större kraft främja kommunsektorns strävan mot högre effektivitet. Ett långsiktigt nationellt effektiviseringsprogram bör utan dröjsmål utarbetas.

Kommuner och landsting har ansvar för sjukvård och äldreomsorg. Framställningen i det följande handlar om de åtgärder som den nationella nivån kan göra för att stödja kommunsektorn i dess ansträngning att effektivisera verksamheterna.

Vård och omsorg kan produceras ännu effektivare

Effektivitet mäts som kvoten mellan efterfrågat resultat och insatta resurser. Effektivitets- och produktivitetsökning brukar uttryckas i procent, och anger hur mycket effektivare en produktion blivit från ett år till ett annat. Produktivitet avser vad som producerats i förhållande till insatta resurser, oberoende av om produktionen efterfrågats. Inom marknadsstyrd verksamhet förutsätts det som producerats också vara det som efterfrågas. När man talar om produktivitetsutvecklingen inom svensk ekonomi avses därför i princip hur effektiviteten har utvecklats.

Nationalräkenskaperna sätter produktivitetsökningen till noll inom offentlig sektor, eftersom den är svår att mäta. Det finns ingen marknad som kan värdera produktionen. Det betyder emellertid inte att ökad effektivitet är omöjlig. Försök till mätning av den verkliga effektiviteten visar blandade resultat. Under vissa perioder och inom vissa områden har den ökat, men det finns också indikationer på sjunkande effektivitet.

Det viktigaste i detta sammanhang är att ökad effektivitet krävs för att underlätta framtida finansiering. Oförändrad effektivitet, hur hög den än må vara och vilka ansträngningar som i förfluten tid än må ha gjorts för att höja den, lämnar inget bidrag till framtida finansiering.

Finansieringsgapet uppstår för att efterfrågan överstiger tillgängliga resurser. Om finansieringsgapet ska reduceras, måste således mer eller bättre resultat åstadkommas med oförändrade resurser, eller samma resultat med mindre resurser, eller en kombination av dessa båda möjligheter. Effektiviteten – kvoten mellan resultat och resurser – måste således öka. Om den är oförändrad underlättas inte framtida finansiering. Om effektiviteten sjunker ökar finansieringsgapet.

En framtida finansiering underlättas exempelvis inte av det förhållandet att en mycket besvärlig men effektivitetshöjande strukturell förändring genomfördes under den tidigare perioden. Det krävs en ny förändring med sådan effekt om det framtida resursbehovet ska reduceras. Och den dyra investeringen i ny medicinsk teknik, som åstadkom dramatisk effekthöjning, måste följas av ytterligare en om finansieringsgapet ska slutas. Det nya arbetssättet som åstadkom bättre resultat i form av minskade köer måste följas av ett nytt ännu bättre arbetssätt, om framtida finansiering ska underlättas.

Under hela perioden 1980–2005 var produktivitetsökningen i svensk ekonomi i genomsnitt 2 procent per år. Det motsvarar på någon tiondel när ökningen av BNP. Det betyder i stora drag att vi ökade produktionen genom att arbeta effektivare, inte genom att arbeta fler timmar. Vi har, för att förenkla sambanden, fått högre lön per timme och den löneökningen har finansierats genom effektivare arbete.

Det nämnda förhållandet gäller inte inom offentlig sektor, om effektivitetsökningen där är noll. Då måste en 2-procentig löneökning tillföras skattevägen eller på annat sätt. Om så inte sker uppstår ett gap mellan efterfrågan och tillgängliga medel – finansieringsgapet – förutsatt att de offentliganställda ska ha samma löneutveckling. Men det betyder

också att om vi lyckas höja effektiviteten med 0,2 procent per år inom den offentliga verksamheten så har en tiondel av gapet slutits, förutsatt att efterfrågan ökar med 2 procent per år.

Vård och omsorg är personliga tjänster. Det är inte omöjligt att höja effektiviteten inom tjänsteområdet. Områden som parti- och detaljhandel samt kreditinstitut och försäkringsbolag har höjt den årliga produktiviteten markant under det sena 1900-talet. I USA ökade produktiviteten inom områdena utbildning, hälsa och sjukvård årligen med 0,6 procent mellan åren 1980 och 2005.

Den här typen av information leder till slutsatsen att det vore fullt möjligt att öka effektiviteten med några tiondelar, kanske en halv procent eller mer per år. Den föreställningen förstärks av de möjligheter till ökad effektivitet som dokumenterats i olika analyser, och som ofta tydliggörs vid kontakter med vården och omsorgen.

Men svårigheten att nå högre effektivitet beror inte bara på att det handlar om personliga tjänster. Det är en politikerstyrd verksamhet. Politikens målbild är komplex, många hänsyn ska tas. En företagsledare som verkar på marknadens villkor har den dominerande uppgiften att se till att företaget är effektivare än konkurrenterna. Därför genomförs åtgärder som nästan är omöjliga inom offentlig sektor. Ett företag kan exempelvis lägga ned lönsam verksamhet för att på annan plats nå ännu högre lönsamhet. Lokaliseringsbeslut inom offentlig sektor är betydligt mer komplicerade.

Detta skrivs i inledningen till en valrörelse. Frågan om effektivitet inom vården kommer knappast att spela någon roll i det sammanhanget. Möjligen kommer socialministern att framhålla hur han ökat tillgängligheten inom vården med hjälp av den så kallade kömiljarden. I det fallet var den bristande effektiviteten tydlig och upplevdes konkret av stora medborgargrupper. Men det kan mycket väl vara så att bättre möjligheter att analysera effektiviteten inom hela sjukvården skulle ha möjliggjort en mycket större framtida effektivitetshöjning än vad kömiljarden kan ha gjort. Knappast någon politiker skulle dock göra denna analysfråga till en valfråga. Segrar på det politiska fältet nås sällan genom att driva frågan om höjd effektivitet inom offentlig sektor.

Det omvandlingstryck som finns på marknaden, och det signalsystem som finns där, måste inom den offentliga sektorn ersättas av andra incitament. Med ett växande finansieringsgap blir detta särskilt

angeläget. Det finns exempel på sådana åtgärder. De öppna jämförelser som Socialstyrelsen och SKL presenterar är ett sådant. Hälsodata- och kvalitetsregister har skapat förutsättningar för de öppna jämförelserna. De indikerar områden med bristande effektivitet. Ambitionen att öka tillgängligheten inom vården med hjälp av kömiljarden är exempel på ett nationellt politiskt beslut för att driva fram ökad effektivitet. Detta projekt har utmärkts av tydliga mål, uppföljning och klara incitament till förändring. Därmed har omvandlingstryck skapats.

Inom offentlig sektor gäller det till synes paradoxala förhållandet att ökad effektivitet kan skapa finansieringsproblem. Nya möjligheter till starroperationer medförde sålunda att ingreppen kunde utföras utan inläggning i sluten vård. När fler kunde opereras på det sättet, sänktes kostnaderna för varje operation. Antalet utförda starroperationer kunde fördubblas mellan åren 1990 och 2002, vilket uppenbarligen var en markant välfärdsökning. Men de totala utgifterna för operationerna ökade i en omfattning som inte kunde mötas med resurstillskott. Köerna växte. Effektiviseringen blev ett ekonomiskt problem för den offentliga ekonomin.

Framsteg inom sjukvården kan numera hejda svåra sjukdomar hos äldre människor, vilket leder till längre liv men också ökade krav på äldreomsorg. Den ökade livskvaliteten och den ökade effektiviteten medför också höjda offentliga utgifter.

Högre effektivitet ses på marknaden som en möjlighet. Inom offentlig sektor kan den skapa problem, vilket kan hämma effektivitetsutvecklingen.

Det finns kunskap om hur effektiviteten kan öka

Kommissionen genomförde ett seminarium på temat hur den nationella nivån kan främja utvecklingen mot ökad effektivitet inom kommunsektorn. Företrädare för bland andra Socialdepartementet, SKL, Socialstyrelsen och vårdföretagare framförde en rad förslag till ökad effektivitet. Några av förslagen, som vi tolkade dem, var följande:

- Satsa på hälsofrämjande vård varhelst patienten kommer in i systemet. Vården ska fånga upp problem med rökning, fetma, stress, kondition och alkohol.
- Vården ska vara öppen för innovationer och nya typer av tjänster, vilket förutsätter mångfald.

- Kunskapsstyrningen bör förbättras genom nationella riktlinjer med beslutsstöd för öppna jämförelser och utvärdering.
- Arbetet med effektivitetsanalyser bör byggas ut. Det förutsätter utökning av befintliga register, utveckling av nya datakällor samt möjlighet att använda kostnadsdata i patientregistret.
- Intensifiera utvecklingen av nationellt IT-stöd. Det skulle påtagligt höja effektiviteten och undanröja en strukturell ineffektivitet som råder i dag. Gemensamma standarder och kompatibla system är viktigt.
- Överväg en ny myndighetsstruktur. Fördelningen av de centrala myndighetsuppgifterna är oklar.
- Inför i högre grad ersättningssystem som stöder utveckling och förbättring.
- Inför öppen kvalitetsutvärdering kopplad till ett belöningssystem.
- Öka den patientnära kliniska forskningen. Den kan snabbt ge resultat som leder till förbättringar och effektivisering.
- Bryt loss en större mängd öppenvård från de dyra sjukhusstrukturerna.
- Omfördela resurser till en utvidgad primärvård, som i större omfattning kan arbeta med fler specialister och tillgång till avancerad diagnostik. Vårdens struktur måste gå från att vara vertikal till att bli horisontell sett ur patienternas perspektiv.
- Ändra landstingsstrukturen. Den är starkt konserverande och fördyrande och leder ibland till 21 olika lösningar på samma problem.
- Förändrings- och utvecklingskompetens ska finnas hos ledningen och inom samtliga professioner.
- Utvärdera alla behandlingsmetoder på samma sätt som läkemedel prövas i dag. En statlig behandlingsförmånsnämnd bör utvärdera alla behandlingsmetoder utifrån deras samhällsekonomiska kostnadseffektivitet.
- Utarbeta en nationell plan för snabb introduktion och systematisk utvärdering av nya läkemedel och andra tekniker. Medicinsk och medicinteknisk utveckling är inte en del av problemet, utan en del i lösningen.
- Introducera nationella riktlinjer med tydliga mål för de behandlingsresultat som ska uppnås.

De olika förslagen utgör en provkarta på centrala åtgärder som kan vidtas för att öka kommunernas och landstingens förmåga att höja effektiviteten. Vi har inte haft möjlighet att bedöma och värdera de olika förslagen. De har emellertid den bredd som brukar karakterisera framgångsrik utveckling mot högre effektivitet. Det krävs processer, struktur, teknik och kompetens som verkligen främjar effektivitet. Åtgärdslistan innehåller exempel på åtgärder av det slaget. Möjligen saknas fler förslag om kompetenshöjning. Det kan ha berott på att äldreomsorgen inte spelade någon central roll under seminariet. Inom det området är sannolikt kompetensutveckling särskilt betydelsefull för att höja effektiviteten.

Vi måste ha råd med ökad effektivitet

Införandet av ny teknik samt kompetenshöjning är exempel på åtgärder som kan öka kostnaderna innan bättre resultat nås. Som tidigare nämnts kan resultatet av uppnådd ökad effektivitet också bli högre offentliga utgifter. Det kan sålunda krävas resursförstärkning för att nå högre effektivitet, och när en sådan nås kan utgifterna drivas upp än mer. Det förhållandet och en oförändrad resursram kan leda till ensidig kostnadsjakt. Man har helt enkelt inte råd med högre effektivitet såvida det inte handlar om att snabbt sänka kostnaderna. Dessa förhållanden får inte hindra utvecklingsarbetet.

Självfallet ska bättre resultat eftersträvas. Medborgarna efterfrågar hög kvalitet och anpassning till individuella behov. Effektivitetsarbetet måste därför intensifieras. Däremot accentuerar de nämnda förhållandena kravet på att det framtida finansieringsgapet möts med ett brett spektrum av åtgärder. Vi måste ha råd med ökad effektivitet.

Öka takten i effektiviseringsarbetet

Statsmakterna och berörda myndigheter måste i ännu högre grad stödja kommunsektorn i dess strävan att höja effektiviteten. För att nå det syftet måste olika förslag till bättre stöd värderas, konkretiseras och tidsmässigt läggas in i ett långsiktigt effektiviseringsprogram. Åtgärder med det syftet kommer att upplevas som än mer angelägna när en framtida problembild är accepterad. Arbetet med ett sådant program bör dock inledas omedelbart, och ett förslag bör vara klart när problembilden är etable-

rad. Då kan ett intensifierat effektiviseringsarbete få en flygande start.

Arbetet med information och jämförelser bör fortsätta och intensifieras. Det är en självklar del av ett nationellt effektivitetsprogram. Då krävs mer genomarbetade kvalitets- och effektivitetsanalyser som i sin tur kräver bättre kostnadsuppgifter och kvalitetsdata. Det borde vara lika naturligt att analysera och främja effektivitet som det nu är att ge ut nationella riktlinjer och rekommendationer för viktiga vårdområden. En ambitionsnivå bör sättas för sådana fördjupade analyser. En stor del av sjukvårdens resurser används för att möta de stora folksjukdomarna. Effekten av de resursinsatserna och deras användning bör analyseras med hög prioritet. En tidsgräns bör sättas för när sådana genomarbetade effektivitetsanalyser ska vara genomförda. En första analys inom ett utvalt område borde kunna vara klar inom något år.

En framgångsfaktor är ett gott samarbete mellan berörda myndigheter, SKL och regeringen. Den nivån ska utifrån ett nationellt perspektiv uppmuntra, stödja och påverka det arbete som sker i kommuner och landsting. I första hand bör det ske genom information. När effektivitetsanalyserna byggts ut finns bättre underlag för beslut inom kommuner och landsting. Sådant underlag kommer att ge tydliga indikationer på hur effektiviteten kan öka. I det läget bör centrala myndigheter inte bara nöja sig med att lämna information till de för verksamheten ansvariga utan även försöka påverka deras agerande. Tvingande åtgärder och frågan om utvidgade ekonomiska incitament kräver självfallet politiska beslut.

Det långa perspektivet måste präglade effektivitetsarbetet. De bästa lösningarna, som kanske är svåra att uppnå på kort sikt, får inte blockera att de näst bästa genomförs. Det bästa får inte bli det godas fiende. Ett långsiktigt program bör innehålla åtgärder som kan åstadkomma höjd effektivitet inom ett år och sådana som kräver tio.

Grunden för en effektiv offentlig vård och omsorg har i många avseenden redan lagts. Avgörande inför framtiden är att den grunden utvecklas och ansträngningarna intensifieras. Gårdagens effektiviseringsåtgärder räcker inte, och det finns i begränsad utsträckning en marknad som driver fram ökad effektivitet. Politiken har därför en nyckelroll. Den måste ta på sig uppgiften att både driva på och skapa möjligheter. Om det inte lyckas väntar ännu svårare beslut rörande exempelvis vilka andra offentliga insatser som ska reduceras för att skapa utrymme för mer och bättre vård.

2.6 Offentliga utgifter för sjukvård och äldreomsorg ska prioriteras högt

Våra slutsatser:

Inom den offentliga utgiftsramen måste vård och äldreomsorg prioriteras högt.

När framtida socialförsäkringssystem utformas måste en utgångspunkt vara att välfärdstjänster ska ges företräde framför utgifter för socialförsäkringar.

Det är svårt att diskutera en överföring av resurser från andra delar av den offentliga sektorn till området välfärdstjänster. Men om utvecklingen går mot alltför låg standard hos den offentligt finansierade vården och omsorgen, uppstår ofrånkomligen frågan om det finns andra områden som långsiktigt skulle kunna bantas till förmån för dessa tjänster.

Genomförda nedprioriteringar begränsar antalet nya möjligheter

Under det sena 1900-talet fanns offentliga utgiftsområden som kunde hållas tillbaka till förmån för välfärdstjänster. Dit hörde försvaret, bostadspolitikerna och socialförsäkringssektorn. Sedan sådana möjligheter har utnyttjats finns med nödvändighet färre kvar. Det var lättare att sänka ersättningarna inom olika socialförsäkringssystem från 90 till 80 procent av förlorad inkomst än det är att sänka från 80 till 70 procent. Och när försvarets ekonomi reducerats till en nivå som förutsätter att inget påtagligt militärt hot föreligger, är det svårt att motivera ytterligare neddragningar. Om utgifterna för stöd till bostadsbyggande sänkts ner mot noll, finns inga stora besparingar kvar att göra inom det området.

Även inom vårdsektorn har prioritering av utgifter skett. Inom äldreomsorgen har de tyngre vårdbehoven prioriterats. Hjälp med enkla tjänster har i många fall upphört. Möjligheten att upprepa den prioriteringen är naturligtvis begränsad.

Vilka offentliga utgifter kan medborgarna själva svara för?

Det finns i varje verksamhet utgifter som kan betecknas som mer eller

mindre överflödiga. När möjligheterna till sådana utgiftsreduceringar är uttömda, blir en långsiktig neddragning inom offentlig verksamhet en fråga om att medborgarna själva måste ta ansvar i samma grad som det offentliga engagemanget minskar. Ökat medborgaransvar kan då accepteras inom områden där medborgarna har realistiska möjligheter att själva tillgodose sina behov, och där viss olikhet mellan medborgarna kan godtas.

Om det offentliga utgiftsområdet betraktas mot bakgrund av dessa båda kriterier blir slutsatsen att enskilda medborgare inte själva kan svara för stora delar av den offentliga konsumtionen och investeringarna. Det gäller sådant som försvar, rättstatens uppgifter, infrastruktur och allmän förvaltning som skatteuppbörd och samhällsplanering. Det finns naturligtvis offentliga konsumtionsområden där medborgarna skulle kunna ta ökat finansieringsansvar. Avgifter vid vägtrafik och för högre utbildning är sådana exempel. Kulturkonsumtionen skulle kunna finansieras privat i ökad utsträckning. Möjligen kunde sådana inkomster tillföras vården och omsorgen. Sedan 1980 har dock annan offentlig konsumtion hållits tillbaka till förmån för välfärdstjänsterna. Då är det kanske inte realistiskt att förutsätta att den konsumtionen även fortsättningsvis ska hållas tillbaka till förmån för vården och omsorgen. Eventuella vägavgifter behövs kanske för byggande och drift av just vägar. Och rättsstatens olika verksamheter förefaller redan ha problem att fullfölja sina uppgifter.

Vi är övertygade om att när det framtida finansieringsproblemet har accepterats fullt ut, kommer detta att påverka den offentliga utgiftspolitik – och för den delen även den politik som bestämmer de offentliga inkomsterna. Prioriteringar som i dag förefaller främmande kommer att aktualiseras, och avgifter och inkomster som i dag betraktas som politiskt omöjliga att ens diskutera kan komma att beslutas. I det följande ska vi uppehålla oss vid prioriteringar mellan offentliga utgifter för socialförsäkringar och för sjukvård och äldreomsorg.

Välfärdstjänster viktigare än offentliga försäkringar

De delar av socialförsäkringssektorn som kompenserar för förlorad arbetsinkomst skulle medborgarna i viss utsträckning kunna svara för själva. Parterna på arbetsmarknaden har visat att det är möjligt. De system de byggt upp kompletterar de offentliga systemen. Vid sidan av

parternas kollektiva system utnyttjas möjligheter till individuella lösningar.

De båda offentliga utgiftsändamålen – försäkringar och välfärdstjänster – är i flera avseenden olika. Stora delar av de offentliga försäkringarna, som sjuk-, arbetslöshets- och arbetsskadeförsäkringen, har direkt koppling till arbetslivet och ersätter förlorad arbetsinkomst. Tjänsterna är däremot i liten utsträckning kopplade till arbetslivet. Och det är en allmän uppfattning att medborgarnas tillgång till sjukvård och äldreomsorg i princip inte ska vara beroende av anställning. Företagshälsovård och liknande – exempelvis insatser för att snabbt få anställda tillbaka efter sjukdom – utgör undantag från den principen. En annan olikhet är att de offentliga utgifterna för försäkringarna i princip ska anpassas till förutbestämda förmånsnivåer. Inom äldreomsorgen och sjukvården gäller den omvända ordningen. Nivån bestäms av tillgången på offentliga medel. Socialförsäkringarna har därmed getts en särskilt förmånlig ställning.

Vi har svårt att finna några skäl till att socialförsäkringarna ska ges en förmånsställning. Tvärtom är det vår bedömning att de offentliga utgifterna för sjukvård och äldreomsorg ska ges företräde när de vägs mot offentliga utgifter för transfereringar och socialförsäkringar. De senare kan medborgarna i betydande utsträckning finansiera själva – enskilt eller kollektivt. Den möjligheten är mer begränsad när det gäller sjukvård och äldreomsorg.

Denna prioritering brukar också komma fram vid opinionsundersökningar. Sålunda föredrar en klar majoritet ökad personaltäthet i barnomsorgen framför högre barnbidrag. På samma sätt prioriteras mycket klart ökad personaltäthet i äldreomsorgen framför högre pension.

En expertledd socialförsäkringsutredning, vars betänkande publicerades 2006, framhåller att arbetsmarknadens parter har särskilda förutsättningar att förvalta delar av socialförsäkringarna. De bör enligt utredningen ha det ekonomiska ansvaret för en självständig allmän försäkring, eftersom avgifterna påverkar förhandlingsutrymmet. I direktiven till den nyligen tillsatta parlamentariska socialförsäkringsutredningen anges att den ska analysera och överväga möjligheten att föra över ansvaret för delar av sjukförsäkringen från offentliga aktörer till arbetsmarknadens parter.

En sådan koppling förefaller rimlig och har flera förespråkare. För-

säkringar mot förlorad arbetsinkomst bör prioriteras mot löner och andra förmåner som förhandlas fram på arbetsmarknaden. Det blir då inte självklart att statsmakterna ska kunna överpröva den prioriteringen och hävda att de avgifter som överenskommits i förhandlingar mellan parterna inte kan förverkligas på grund av resursbrist inom det offentliga utgiftsområdet.

Mot den uppfattningen står förhållandet att de offentliga försäkringarna finansieras genom obligatoriska avgifter. Därmed betraktas de som en del av den offentliga utgiftsramen och bör därför också prioriteras inom denna. Man kan spetsa till denna konflikt mellan två prioriteringsgrunder genom följande tankeexperiment. Anta att löntagarna prioriterar inkomsttrygghet mycket högt och avstår från kontantlöneshöjningar till förmån för en ersättningsnivå som uppgår till 90 procent eller mer av förlorad arbetsinkomst. Samtidigt saknar den skattefinansierade äldreomsorgen medel till nödvändig personlig omvårdnad av de äldre. Det är klart att en sådan situation kommer att framtvunga politiska prioriteringar till förmån för omsorgen. De obligatoriska avgifterna för försäkringar kommer i så fall att växlas mot skatt, som kan finansiera vård.

Socialförsäkringarnas finansiering är en del av välfärdens finansiering

Denna konflikt mellan olika prioriteringsgrunder måste beaktas när socialförsäkringssystemen utformas. Vår grundläggande prioritering är klar. Socialförsäkringarnas finansiering är en del av välfärdens finansiering och i en ansträngd budgetsituation måste hela utgiftsområdet betraktas. Valfärdstjänsterna ska i en sådan situation ges företräde när de vägs mot utgifterna för socialförsäkringar. Det förhållandet måste vara en utgångspunkt för de förändringar som nu förebreds inom socialförsäkringsområdet.

2.7 Det offentliga åtagandet ska vara tydligt, förutsägbart och begripligt

Våra slutsatser:

Medborgarna måste veta vilken offentligt finansierad vård och omsorg de kan räkna med. Det är inte godtagbart att detta uppenbaras först när de är i behov av den.

Det offentliga åtagandet ska vara tydligt, förutsägbart och begripligt. Det reser följande krav:

- *Offentliga åtaganden ska utformas genom tydliga politiska beslut, som styr den löpande tillämpningen.*
- *Det offentliga åtagandet ska vara kopplat till nödvändiga finansiella resurser.*
- *Det offentliga åtagandet ska vara någorlunda enhetligt i olika delar av landet.*
- *Medborgarnas strävan att själva ta ansvar för åtgärder som faller utanför det offentliga åtagandet ska underlättas.*

Prioriteringar av olika insatser inom vården har alltid gjorts, men så länge medborgarna erbjöds allt fler förmåner och bättre standard kunde dessa ske i det tysta. I dag och i morgon råder inte den situationen. Behovet av prioriteringar har vuxit och kommer att växa. Medborgarna måste själva ta större ansvar för sin välfärd i framtiden. Prioriteringar måste därför ske öppet och utmynna i offentliga åtaganden, som ger medborgarna möjlighet att överblicka vilken vård och omsorg de kan räkna med. Det offentliga åtagandet ska vara tydligt, förutsägbart och begripligt. Det är också ett demokratiskt krav att medborgarna kan överblicka resultatet av sina skattebetalningar.

Debattera öppet vilka behov som ska tillgodoses via offentlig finansiering

Angelägna behov ska tillgodoses på ett likvärdigt sätt för alla medborgare. Den värderingen bör vara grunden för det offentliga åtagandet. Tolkningen av begreppen *likvärdigt* och *angelägna* har dock ändrats, när förutsättningarna ändrats.

När skattekvoten inte längre kunde höjas, har det offentliga åtagandet inom hela välfärdspolitiken blivit mer restriktivt. Man kan för den skull inte hävda att grundvärderingarna ändrats. I det nya pensions-systemet sätts snävare gränser för vilka behov av pensioner som ska tillgodoses. Ersättningsnivåerna inom socialförsäkringssystemen har sänkts. Den bostadspolitik som innebar omfattande stöd till nyproduktion av bostäder med förutbestämd standard har övergivits till förmån för ett system med i huvudsak marknadsstyrd produktion. Kommunerna prövar numera behovet av äldreomsorg mer restriktivt. Flera landsting har genomfört så kallade utbudsbegränsningar inom sjukvården, vilket innebär att vissa behov inte längre tillgodoses.

Ett exempel på olika tolkningar av begreppet likvärdigt erbjuder 1950-talets debatt om sjukförsäkringen. Skulle den ersätta förlorad inkomst eller ges lika till alla oberoende av inkomst? Två olika tolkningar av begreppet likvärdighet stod då mot varandra. Behandlas alla medborgare lika om de får samma ersättning, eller betyder likabehandling att man får ersättning för förlorad arbetsinkomst? Som bekant vann tolkningen att förlorad inkomst skulle ersättas, vilket betyder att den som tjänar mest får mest ersättning. Dock finns tak för hur mycket av förlorad arbetsinkomst som ersätts.

Den nationella politiken har sedan 1990-talet medvetet undvikit en öppen debatt om hur behoven inom välfärden ska prioriteras. Sålunda framställdes pensionsreformen felaktigt som att den innebar oförändrade förmåner. Sänkningen av förmånsnivåerna inom socialförsäkringssystemet skedde i hägnet av 1990-talskrisen. Vid samma tid upphörde det omfattande stödet till bostadsbyggande. Efter krisen återställdes inte förmåner och stöd till tidigare nivåer.

Ett undantag från detta mönster utgör de prioriteringar och utbudsbegränsningar som gjorts inom flera landsting under de allra senaste åren. De prioriteringar som alltid gjorts har i dessa landsting genomförts öppet och föregåtts av en politisk process. Syftet med prioriteringarna har uttalats tydligt.

Medborgarna kommer att behöva ta ökat ansvar för finansieringen av välfärdstjänster. Det finns ingen grund för att hävda att utvecklingen mot ökat medborgaransvar skulle avstanna och inte mera komma att beröra vården och äldreomsorgen. Den utvecklingen har för övrigt redan inletts genom kommun- och landstingsbeslut. Därför är det hög tid att

dessas frågor hamnar på den nationella politiska agendan och diskuteras öppet.

Riksdagens riktlinjer och prioriteringar inom sjukvård och äldreomsorg är mycket allmänt hållna. Allmänt gäller att behoven ska vara styrande. Hälso- och sjukvårdslagen framhåller att vård ska ges till hela befolkningen på lika villkor. Den som har störst behov ska ges företräde. Riksdagen har fastställt tre huvudprinciper för sjukvården. Den ena kallas *människovärdesprincipen* och innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. *Behovs- och solidaritetsprincipen* innebär att resurserna bör inriktas mot de största behoven. Den tredje principen avser val mellan olika verksamheter eller åtgärder. En rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, ska eftersträvas – den så kallade *kostnadseffektivitetsprincipen*.

Kommunerna har ansvar för äldreomsorgen inom ramen för socialtjänstlagen. Kommunens skyldighet enligt lagen är att erbjuda alla som vistas i kommunen det stöd och den hjälp de behöver. De äldre ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Det kommunala självstyret medför att varje kommun har stor frihet att besluta om i vilken utsträckning, i vilka former och till vilken kostnad som de äldres behov ska tillgodoses. Några nationella riktlinjer för prioritering finns inte. Kommunernas beslut enligt socialtjänstlagen kan prövas i domstol.

En avgörande fråga är hur behovsbedömningen, och därmed prioriteringen, ska göras när avståndet växer mellan medborgarnas efterfrågan och tillgängliga skattemedel.

Vården och omsorgen måste prioriteras på ett begripligt och förutsägbart sätt

Vi har inte haft möjlighet att gå in på frågor som rör hur enskilda insatser inom vården och omsorgen ska prioriteras. I stället har vi diskuterat vad som krävs för att prioriteringar ska utmynna i tydliga, förutsägbara och begripliga offentliga åtaganden. Sådana krävs nämligen för att medborgarna ska ha möjlighet att överblicka vilken vård och omsorg de kan räkna med.

Ambitionen att redovisa det offentliga åtagandet rörande pensioner är hög. Via ett orange kuvert får medborgarna hjälp att bedöma vilken offentligt finansierad pension de kommer att få.

Det offentliga åtagandet beträffande grundläggande skolutbildning är i långa stycken förutsägbart och begripligt. Läroplaner och kursplaner anger vilken utbildning som ska förmedlas till barn och ungdomar. Nationellt bestäms och konkretiseras innehållet i dessa dokument. Eleverna förutsätts förstå de krav som kursplaner och betygskriterier innehåller och lärarna förutsätts stödja och hjälpa dem så att innehållet blir begripligt. Problemet inom utbildningsområdet förefaller vara att utbildningssystemet inte lever upp till åtagandet i alla delar, vilket naturligtvis försvagar tilltron till detta.

Vården och omsorgen lever i begränsad utsträckning upp till kraven på tydlighet, begriplighet och förutsägbarhet. Inom vissa delar – exempelvis tandvården – är det möjligt för en medborgare att klara ut vilken vård som är offentligt finansierad och omfattningen av den finansieringen. Andra delar – exempelvis äldreomsorgen – lever i mycket begränsad omfattning upp till det kravet. Det är knappast möjligt att få någon klarhet om vilken äldreomsorg man kan räkna med. De centrala riktlinjerna är mycket allmänt hållna och behovsbedömningen görs i varje kommun för sig och beror på dess ekonomiska förutsättningar och prioriteringar. Thorslund visar i sin rapport att ett gap har uppstått mellan dagens resurser och gårdagens alltså gällande normer för vilka behov som ska tillgodoses inom den offentligt finansierade äldreomsorgen.

De öppna prioriteringar som flera landsting genomfört har utmynnat i utbudsbegränsningar. Konkret beskrivs vad som inte längre ingår i det offentliga åtagandet. I dessa landsting är det därigenom möjligt att åtminstone överblicka vilken vård som inte finansieras offentligt.

Det ansvar som det offentliga inte tar blir med nödvändighet medborgarnas eget ansvar. När utvecklingen går mot ökat ansvar för medborgarna är det djupt otillfredsställande att de inte kan överblicka vilken sjukvård och äldreomsorg de kan räkna med. Att medborgarna får veta i vilken omfattning deras efterfrågan kan tillgodoses först när de behöver tjänsterna är inte godtagbart.

Ett arbete måste snarast inledas i syfte att skapa tydliga offentliga åtaganden, som möjliggör för medborgarna att själva ta ansvar för sådant som inte innefattas i dessa. Vissa krav måste tillgodoses för att det offent-

liga åtagandet ska bli tydligt, förutsägbart och begripligt.

Tydliga politiska beslut ska styra den löpande tillämpningen

Det offentliga åtagandet ska grundas på politiska beslut och prioriteringar. Dessa ska ge en styrande inriktning för den löpande tillämpningen. Sådana beslut ska föregås av en politisk process, som ger legitimitet åt inriktningen. Och inriktningen ska vara så tydlig att den skapar förutsägbarhet för medborgarna. Mycket allmänt hållna inriktningsbeslut medger i stort sett vilken tillämpning som helst. Tydlig inriktning snävar in tillämpningen och skapar därmed större förutsägbarhet. Den beskrivna ordningen är i princip densamma som gäller inom andra områden. Riksdagen stiftar lagar och mycken möda läggs ned på att uttrycka dessa så tydligt att domstolarnas tillämpning underlättas. Riksdagen har tydligt angett hur pensionsförmåner ska bestämmas. Den löpande tillämpningen handhas sedan av en särskild myndighet. Den offentligt finansierade tandvårdens omfattning bestäms principiellt av riksdagen, men en särskild myndighet verkställer riksdagsbesluten.

Angelägenhetsgradering + säkerställd utgiftsram = åtagande

Om prioriteringar enbart får karaktären av angelägenhetsgradering uppstår inget verkligt åtagande. Socialstyrelsens nationella riktlinjer innehåller exempelvis rekommendationer om prioriteringar i en skala från 1–10, det vill säga en rangordning. Den fråga som då återstår att besvara är hur högt upp på skalan som ekonomin medger åtgärder. Först om en angelägenhetsgradering kombineras med en säkerställd resursram kan verkliga åtaganden skapas.

Landstingens utbudsbegränsningar förefaller ha gått till så att resursramen inom angivna områden sänkts med visst belopp. Inom en sådan sänkt ram har sedan prioriterats vilka tjänster och utbud som ska utgå. Då skapas klarhet om vad som inte ingår i det offentliga åtagandet.

Varje prioritering har ett förlopp som innebär att vissa insatser utesluts på grund av bristande resurser. Det nuvarande förfarandet inom sjukvården och inom äldreomsorgen innebär att sådana beslut ofta fattas i en akut budgetsituation, och heller inte föregås av en angelägenhetsgradering. Beslutet kan fattas av den ansvarige läkaren eller biståndshandläggaren. Den aktuella budgetramen medger helt enkelt inte vissa

insatser. Resultatet av en sådan ordning blir svårbegripligt för medborgarna och innebär heller inte någon förutsägbarhet.

Någorlunda enhetligt i olika delar av landet

Det offentliga åtagandet ska vara någorlunda enhetligt i olika delar av landet. Det kommunala självstyret måste respekteras. Det är inte rimligt att hävda självstyrelseprincipen och sedan inte tillåta kommun- och landstingsledningar att besluta om olika ambitionsnivåer inom sjukvården och äldreomsorgen. Dock verkar de skillnader som kommer fram vid öppna jämförelser inte alltid handla om olika politiska ambitioner. I många fall förefaller traditioner och tillfälligheter spela en betydande roll när skillnader uppstått.

Medborgarnas acceptans av stora skillnader är emellertid liten. Det anses som naturligt att standarden är någorlunda likvärdig i olika delar av landet.

Lösningen på denna konflikt kan vara att utforma standardnivåer som alla kommuner och landsting ska upprätthålla – en minimistandard. Medborgarna vet då att de, oavsett var de bor, kan räkna med en förutbestämd standard. Den kan bli högre, men tillåts inte bli lägre.

Medborgarnas eget ansvarstagande ska underlättas

De åtgärder som faller utanför det offentliga åtagandet blir med nödvändighet medborgarnas eget ansvar. Det kan tas på olika sätt. Den mycket dyra medicinen, som prioriteras bort från det offentliga åtagandet på grund av dess alltför begränsade effekt, kan få eller inga medborgare köpa själv. Det egna ansvaret måste då tas genom att avstå från den. De insatser som inte beviljas en åldring utförs kanske av en anhörig. Det är en form av medborgaransvar. Inom äldreomsorgen och inom delar av sjukvården kan det vara aktuellt att den berörda vårdtagaren själv vill betala för vissa tjänster som inte finansieras offentligt.

Medborgarna kommer att vilja använda sin köpkraft för att tillförsäkra sig bättre vård och omsorg än vad det offentliga åtagandet innebär. Deras eget ansvarstagande för behov som faller utanför det offentliga åtagandet ska därför underlättas. Det sker inom andra områden. När det nya pensionssystemet beslutades var en viktig princip att systemet skulle vara lätt att förstå och löpande information skulle ges till den enskilde om den beräknade pensionen. Pensions-

sparande, både enskilt och via avtal på arbetsmarknaden, stimuleras genom förmånlig beskattning.

Inom sjukvården och omsorgen är det i dag långt ifrån självklart att medborgarnas eget ansvarstagande underlättas. Tvärtom försvåras det i vissa fall. Ofta genom att det inte är möjligt att köpa tilläggstjänster. Den åldring som vill ha fler duschtillfällen än vad kommunen bedömer som behövligt kan sällan köpa till fler sådana. Ofta förutsätts då att en annan utförare än den kommunala äldreomsorgen ska utföra extratjänsten – en anförvant eller en kommersiell entreprenör. En kommun har i dag inte rätt att tillhandahålla tilläggstjänster.

Överst på listan över insatser som tas bort inom sjukvården i Jämtlands län anges att man ska sluta genomföra öronkontroller efter okomplicerade öroninflammationer hos barn över två år. Den förälder som likväl önskar få en sådan genomförd måste vända sig till en annan utförare än landstinget. Medborgaren med hörselproblem önskar sig kanske en annan lösning än den landstinget erbjuder. I många fall får denne i så fall själv bekosta hela den önskade utrustningen.

Det finns många exempel av det här slaget, och de speglar alla förhållandet att det offentliga förutsätts svara för alla behov. Någon ytterligare insats förutsätts inte behövas. Om en sådan trots allt aktualiseras ska den ske helt utanför den offentliga verksamheten. På ett olyckligt sätt byggs murar mellan privat och offentligt finansierad verksamhet.

Ibland försvaras denna ordning med principiella argument. Det som är skattefinansierat ska vara likvärdigt för alla. Det försvaret haltar eftersom det inom vissa områden är fullt möjligt att själv köpa till ytterligare behandling. Det gäller för tandvården. Sålunda är en brygga för att täcka en lucka mellan tänderna (entandslucka) ersättningsberättigad, däremot inte ett implantat, som är några tusen kronor dyrare. Men det är fullt möjligt för en vårdtagare att själv betala extrakostnaden för ett implantat och därmed få ett sådant i stället för en brygga (så kallad utbytesåtgärd). Inom läkemedelsområdet finns också vissa möjligheter till egen finansiering av insatser som går utöver det offentliga åtagandet. Inom privat producerad skattefinansierad äldreomsorg är det också möjligt att köpa tilläggstjänster.

Självfallet ska skattefinansierade insatser ges på likvärdiga villkor till alla. Men i det här fallet handlar det om insatser som går utöver skattefinansieringen. Det principiella argumentet mot att tillhandahålla till-

läggstjänster håller därmed inte. Om man likväl ska försöka förstå den bristfälliga argumentationen så förefaller den utgå från att det offentliga borde stå för de insatser som inte längre ingår i det offentliga åtagandet. Det borde vara möjligt att få duscha så många gånger man vill inom äldreomsorgen och det borde vara möjligt att få den bortprioriterade provtagningen utförd. Det skulle med andra ord finnas något slags gråzon, där det offentliga inte förmår ta ansvar, men där den enskilde ändå inte ska få ta det. Ofta utgår nog den tanken från förutsättningen att det offentliga åtagandet på sikt ska bli mer generöst. Om medborgarna verkligen börjar ta eget ansvar kommer en sådan utökning att försvåras. Därför bör sådant ansvar förhindras, eller åtminstone försvåras. Tanken kunde möjligtvis vara begriplig om det var fråga om en högst tillfällig neddragning. Så är ju inte fallet. Därmed innebär det felaktiga synsättet att medborgarnas villighet att själva betala för att få sina behov tillgodosedda ska stå tillbaka i avvaktan på att en orealistisk förhoppning om ökade offentliga förmåner ska infrias. Det är naturligtvis ett oacceptabelt synsätt.

Ovanstående argumentation ligger nära ett annat resonemang, som vänder sig mot offentliga åtaganden över huvud taget. Sålunda hävdas att ett offentligt åtagande som säkerställer vissa miniminivåer kommer att etablera de nivåerna som tak och inte som golv. Därmed hålls standardutvecklingen tillbaka. Mot det kan man hävda att om miniminivåer hade funnits skulle kanske prioriteringarna inom äldreomsorgen inte ha blivit så markanta som de faktiskt blev under senare år.

Ett motsatt argument är att möjligheten att på egen bekostnad höja standarden kommer att driva upp den offentligt finansierade nivån till "onödiga" nivåer. Om man kan köpa till en extra provtagning som inte bedömts som så angelägen att den ingår i det offentliga åtagandet, kommer det att uppstå ett tryck på att alla ska få en extra provtagning. Man kan möjligen hävda att de båda argumenten tar ut varandra. Viktigare är kanske att det allmänna problemet är begränsad möjlighet till offentlig finansiering. Det framtida huvudproblemet är därför inte att standarden kommer att höjas "onödigtvis". Trycket är i motsatt riktning.

En synpunkt på kombinationen av offentlig och enskild finansiering är av mer praktiskt slag. Det anses vara svårt att hålla isär de båda finansieringsformerna. En tendens att ge företräde för dem som betalar själva kan uppstå. Det problemet måste mötas med ett tydligt och finansierat offentligt åtagande. Den som betalar själv tar då inte från någon annan.

Det förutsätter att det offentliga åtagandet verkligen är tydligt och inte urholkas i ett besvärligt ekonomiskt läge. Den offentliga sjukvården och äldreomsorgen är, som tidigare framhållits, ett slags försäkringssystem. Den avgörande kvalitetsaspekten hos sådana system är att medborgaren/försäkringstagaren verkligen kan lita på att hjälp finns när den behövs. Det ursprungliga åtagandet får självfallet inte reduceras till förmån för någon som betalar mer. Det gäller att stå för gjorda åtaganden. Det borde vara lika självklart inom offentlig verksamhet som det är inom privat försäkringsrörelse.

Debatten om gräddfiler brukar avse förhållandet att några får bättre behandling med hjälp av en "tjock plånbok". Det förhållandet präglar all privat finansiering. Men i det här fallet gäller att ingen får sämre behandling. Den extra duschen och den extra undersökningen skulle inte flera få, om några hindrades att betala den själv. Inom ramen för det offentliga åtagandet ska alla få den goda behandling som den offentliga ekonomin tillåter. Den som har störst behov ska prioriteras högst.

Alla ska ha intresse av att den offentliga finansieringen täcker angelägna behov, och kvaliteten ska vara hög hos de offentligt finansierade tjänsterna. Den privata finansieringen ska avse kompletterande insatser. Därför är det viktigt att betrakta den samlade politiken för framtida finansiering. Det gäller i första hand att stärka den offentliga finansieringen. Även en framgångsrik politik i det avseendet kommer emellertid att behöva sätta en gräns för hur långt det offentliga åtagandet kan sträcka sig. Medborgarna måste få veta var den gränsen går. Det kommer att vara helt främmande att fortsätta försvåra för människor att skaffa sig högre standard än den offentliga finansieringen kan erbjuda. Det går i varje fall inte att hitta några rationella skäl för en sådan inställning. Vi har tidigare diskuterat olika åtgärder för att möjliggöra för människor att köpa tilläggstjänster. Det är en mer konstruktiv väg än att försvåra för några att köpa sådana.

Att planera sitt liv efter egna önskemål

De flesta människor når det skede i livet när äldreomsorg behövs. Man förmår inte längre själv klara sin personliga vård och annat som är nödvändigt för välbefinnande och livskvalitet. Andra människor ska ge hjälp av mycket privat karaktär. Den som tänker igenom den situationen har

säkert uppfattningar om hur de vill att den perioden i livet ska utformas, hur de vill att olika behov ska tillgodoses. Men det tänkandet är i långa stycken meningslöst. I stort sett alla människor är hänvisade till den äldreomsorg som hemkommunen erbjuder. Där bestäms vilka behov varje individ har och hur de ska tillgodoses. Behovsbedömningen är beroende av kommunens aktuella ekonomi, vilka politiska riktlinjer som kommunledningen fastställt för äldreomsorgen, hur biståndshandläggaren tolkar dessa samt vilken personal som kommer att utföra tjänsterna och hur de bedömer behoven. Vissa valmöjligheter kan finnas. Men det går inte att i förväg med säkerhet bedöma vilken standard som kommer att finnas. Det är heller inte säkert att det går att komplettera den med ytterligare tjänster som anpassas till personliga önskemål. Inte ens den som vill betala själv kan säkert räkna med att få sina egna upplevda behov tillgodosedda. Grundförutsättningen är att andra bedömer vilka behov de äldre har.

Andra avgörande förhållanden i livet kan vi planera i större utsträckning. En medelålders person kan således mycket väl planera sin ekonomi som pensionär. Barns skolgång och senare högre utbildning kan planeras. Det är ganska klart vad som tillhandahålls offentligt, vilka valmöjligheter som finns och vilka egna kompletteringar som är möjliga. En kombination av offentliga insatser och marknad skapar dessa möjligheter under många skeden i livet.

Äldreomsorgen tillhandahålls i dag på ett sätt som påminner om behandlingen av ett akut sjukdomstillstånd. Det ligger i sakens natur att man i den situationen knappast kan ange vilka behov man upplever, eller var och hur man vill bli behandlad. Man är helt beroende av andras bedömning. Men livets sista år är sällan en fråga om akuta insatser. I många fall handlar det om flera år med hjälpbehov, men också med livskvalitet som bland annat beror på hur omsorgen utförs. Det skedet i livet bör självfallet kunna planeras i förväg av varje medborgare. Men en avgörande förutsättning för sådan planering är att man känner det offentliga åtagandet och själv kan komplettera det.

Utarbeta offentligt åtagande för främst äldreomsorgen

Vi anser det särskilt angeläget att fastställa det offentliga åtagandet för äldreomsorg enligt de kriterier vi satt upp. Ett förberedande arbete kan

inledas innan en problembild är etablerad. Som ett första steg borde dagens offentliga åtagande inom äldreomsorgen illustreras i aggregerade termer. Thorslunds tidigare nämnda rapport innehåller en ansats till en sådan beskrivning. Därefter borde principer formuleras för hur åtagandet borde vara. I ett tredje steg konstrueras en standardnivå som kan gälla som ett nationellt offentligt åtagande.

När det möjliga offentliga åtagandet kan överblickas bör även andra reformer övervägas. Alternativ finansiering – exempelvis äldreomsorgsförsäkring – blir meningsfullt att diskutera om man kan överblicka vad försäkringen skulle kunna omfatta. En nationell äldreomsorgspeng skulle också kunna diskuteras. Det skulle vara en betydande förändring och innebär att staten i någon mening tar över finansieringsansvaret från kommunerna. Andra åtgärder för att underlätta konsumtionen av äldreomsorg kan bli aktuella. Vi nämnde tidigare sådant som höga men inkomstprövade avgifter, skattemässigt fördelaktigt sparande som just tar sikte på det sena skedet av livet, obligatoriskt sparande som blir disponibelt när behovet av äldreomsorg närmar sig. Grundförutsättningen för meningsfulla sådana diskussioner är dock att det framtida offentliga åtagandet inom äldreomsorgen kan överblickas.

I princip finns samma behov av tydligt offentligt åtagande inom sjukvården. Ett första steg bör vara att utarbeta tydliga nationella principer och riktlinjer för prioriteringar. Detta skulle vara en naturlig fortsättning på det arbete som redan bedrivits, och skulle utgöra ett stöd för landstingen. Sådana riktlinjer är en nödvändig grund för att i nästa steg utforma konkreta nationella åtaganden. Vi har dock respekt för de svårigheter som den mångfasetterade sjukvården erbjuder när det gäller att ta ett sådant andra steg. Vi har av tidsskäl inte haft möjlighet att fördjupa oss i den frågan.

3. Sammanfattande förslag

Våra förslag till åtgärder:

Den regering som har ansvar efter valet bör tillsätta en brett sammansatt parlamentarisk utredning med uppgift att:

- beskriva problemet med välfärdens framtida finansiering;*
- bedöma vilka åtgärder som krävs för att lösa det;*
- lämna förslag till den fortsatta politiska hanteringen.*

Tre expertbetonade arbetsgrupper bör samtidigt tillsättas. De ska förbereda beslut om:

- 1. ett långsiktigt effektiviseringsprogram;*
- 2. ett långsiktigt program för fler arbetade timmar;*
- 3. riktlinjer för det offentliga åtagandet inom vård och omsorg.*

Beredningsarbetet bör läggas upp så att riksdagen kan fatta beslut om välfärdens framtida finansiering under den kommande mandatperioden. Ett sådant beslut bör innehålla:

- en bedömning av den framtida problembilden;*
- huvudstrategier för hur framtidsproblemet ska lösas;*
- en viljeinriktning för hur och när riksdagen ska följa upp och successivt anpassa besluten till nya förutsättningar.*

Avgörande för ett framgångsrikt reformarbete är att framtidsproblemet erkänns av flertalet beslutsfattare. Därför är vårt viktigaste förslag en brett sammansatt parlamentarisk utredning. Den ska ha som huvuduppgift att beskriva det framtida finansieringsproblemet. SKL-beredningens arbete har just syftat till att nå en sådan bred acceptans av det framtida finansieringsgapet. Beredningen illustrerar dess storlek genom

att ange vilken kommunalskattehöjning som krävs för att sluta det. Sådana beräkningar måste göras för att bedöma framtida finansieringsmöjligheter.

Vi anser dock inte att riksdagen exakt ska binda sig för storleken på det framtida finansieringsgapet. I stället bör framtidsbedömningen ta sikte på att beskriva problemets omfattning och de åtgärder som krävs för att lösa det. Vår bedömning är att det krävs många åtgärder inom flera områden. Det gäller både att stärka den offentliga finansieringen och att prioritera vilka behov som ska tillgodoses inom ramen för det offentliga åtagandet. Det är bedömningar av det slaget som riksdagen bör göra. Ett sådant riksdagsbeslut ska den parlamentariska utredningen förbereda.

Vårt förslag är att reformarbetet läggs upp så att riksdagen fattar successiva beslut. Allteftersom problembilden klarnar, och effekten av olika åtgärder kan utvärderas, ska politiken anpassas till ny kunskap.

En parlamentarisk utredning bör kunna slutföras och riksdagsbeslut fattas under den mandatperiod som inleds i år. Man kan önska att ett arbete av detta slag hade inletts tidigare. Nu finns ingen tid att förlora. Det tog nästan 20 år från det att en politisk process inleddes till dess att ett nytt pensionssystem trädde i kraft. Den betänketiden finns inte i detta fall. En kraftfullt driven reformpolitik krävs. Det finns skäl som talar för att den parlamentariska utredningens betänkande bör beredas parallellt med betänkandet från den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Den ska vara klar i maj 2013.

Ett antal åtgärder för att underlätta den framtida finansieringen kan vidtas redan nu, utan att avvakta riksdagens bedömning av problembilden. De handlar om åtgärder som är motiverade även om det inte hade funnits något finansieringsgap, och där bred anslutning finns om behovet av ökade insatser.

Ständigt ökande effektivitet krävs för att lösa det framtida finansieringsproblemet. Det finns betydande möjligheter och många uppslag till hur den centrala nivån kan stödja kommuner och landsting i det avseendet. Det arbetet måste dock komma till uttryck i ett långsiktigt program. Uppgiften att utarbeta ett sådant bör omedelbart inledas. Det arbetet behöver inte drivas i en parlamentarisk kommitté utan beslut om ett sådant program kan förberedas av en mer expertbetonad arbetsgrupp.

Det finns stora möjligheter till ökade skatteinkomster genom att öka antalet arbetade timmar. Ett långsiktigt program med det syftet bör utarbetas och målsättas. Programmet bör främst inriktas på att undanröja hinder och stärka drivkrafterna för tidigare inträde på arbetsmarknaden och senare utträde från den. En arbetsgrupp med uppdrag att arbeta fram ett förslag till sådant program bör tillsättas. Under arbetet bör gruppen aktivt verka för fler arbetade timmar inom ramen för dagens regelsystem.

Det är djupt otillfredsställande att medborgarna inte vet vilken sjukvård och äldreomsorg de kan räkna med. Vi har särskilt studerat läget inom äldreomsorgen och funnit ett växande gap mellan uttalade ambitioner och de verkliga förhållandena. Förändringar av det slaget bör föregås av en öppen debatt. Vi anser att det offentliga åtagandet ska vara tydligt, begripligt och förutsebart. Arbetet med att utforma ett sådant måste utgå från dagens faktiska situation. Hur skulle ett sådant åtagande formuleras med utgångspunkt från dagens resursramar och gjorda prioriteringar? När den situationen har åskådliggjorts, kan det diskuteras hur framtida åtaganden bör utformas och vilka prioriteringar som blir aktuella. Beslut i de avseendena kan förberedas av en arbetsgrupp.

Vårt förslag är således att tre arbetsgrupper tillsätts som arbetar parallellt med den parlamentariska kommittén. I många fall kan arbetsgruppernas förslag förverkligas omedelbart. I andra fall bör beslut fattas i anslutning till att riksdagen fattar det övergripande beslutet om välfärdens framtida finansiering.

Det vore en styrka för svensk välfärdspolitik om en bred samsyn kunde nås om huvuddragen i den framtida politiken. Det borde vara möjligt att nå samförstånd om den framtida problembilden. SKL har visat att det är möjligt. På ett allmänt plan borde en gemensam syn också kunna präglade politikens huvudsakliga inriktning inom olika områden. Däremot kommer det inte att vara möjligt att sluta breda långsiktiga överenskommelser om sådant som skatters höjd och prioriteringar mellan olika offentliga utgiftsområden. Det är heller inte nödvändigt och knappast ens önskvärt ur demokratisk synvinkel. Däremot är det en fördel för medborgarna och för möjligheten att effektivt leverera efterfrågade tjänster, om grundstrukturen för det offentliga åtagandet inom vård och omsorg ligger fast, präglas av stabilitet och förutsägbarhet samt inte ändras varje gång som den politiska majoriteten skiftar.

4. Vårt underlag

Seminarier

Under våren har kommissionen anordnat fyra seminarier, där experter på respektive område presenterat aktuella tankar. Särskilt utvalda personer har också bjudits in. Dessa arrangemang har bidragit med stor kunskap och inspiration i arbetet.

Seminarium den 17 mars:

Fler arbetade timmar, senare utträde från arbetsmarknaden

Kommissionens utgångspunkt/hypotes inför seminariet var följande:

Fler arbetade timmar i svensk ekonomi skulle påtagligt stärka den offentliga finansieringen av välfärdstjänster. Kommissionens utgångspunkt/hypotes är att det finns betydande outnyttjade potentialer när det gäller att öka antalet arbetade timmar. Seminariet inriktas på möjligheterna att senarelägga utträdet från arbetsmarknaden, det vill säga fokus på den äldre arbetskraften.

Hur kan möjligheter skapas på arbetsmarknaden? Vad förmår de äldre att utnyttja dem? Vad har gjorts och vad bör göras? Skulle ett samlat program, med målet att utträdesåldern från arbetsmarknaden ska höjas i samma takt som återstående livslängd ökar, vara möjligt och genomförbart? Vilka åtgärder krävs och i vilken ordning kan de genomföras?

Inledare på seminariet var Hans Olsson, Pensionsmyndigheten, Björn Lindgren, Svenskt Näringsliv, Robert Dybeck, Manpower, Peter Larsson, Sveriges Ingenjörer samt Bodil Umegård, Kommunal. I publiken fanns ytterligare ett femtontal inbjudna.

Seminarium den 14 april:

Prioritering mellan socialförsäkringar och välfärdstjänster

Kommissionens utgångspunkt/hypotes inför seminariet var följande:

Om den offentliga utgiftsramen inte tillåter att nödvändig efterfrågan på välfärdstjänster kan tillgodoses så finns skäl för att dessa bör prioriteras före transfereringar. Flera förhållanden talar för att medborgarna själva – enskilt eller kollektivt – har större förutsättningar att själva ta ansvar för inkomsttrygghet än sjukvård och äldreomsorg. En sådan uppfattning är emellertid inte självklar, och det är inte givet hur en sådan uppfattning skulle kunna genomföras i praktiken.

Inledare på seminariet var Annika Sundén, tidigare sekreterare i Socialförsäkringsutredningen, Anna Ekström, Saco, samt Hans Olsson från Pensionsmyndigheten. I publiken fanns ytterligare ett tjugotal inbjudna.

Seminarium den 20 april:

Ökad effektivitet som stöd för framtida finansiering

Kommissionens utgångspunkt/hypotes inför seminariet var följande:

Ökad effektivitet skulle underlätta den framtida finansieringen av välfärden. Ofta betraktas dock effektivitet enbart som en fråga om att sänka kostnader. Effektiviteten måste bedömas utifrån det resultat som åstadkoms. En effektiv verksamhet ska prestera resultat, vars upplevda värde överstiger kostnaderna för att nå dem. Det kräver processer, struktur, teknik och kompetens som verkligen främjar effektivitet. För att uppfylla de förutsättningarna kan rentav ökade kostnader krävas innan bättre resultat nås.

- Vilka politiska beslut på central nivå skulle ytterligare stärka och främja den strävan mot ökad effektivitet som finns på lokal och regional nivå?
- Hur kan en stödjande verksamhet på nationell nivå utvecklas på lång sikt och vad kan göras på kort sikt?

Inledare på seminariet var Richard Murray, Stefan Ackerby, SKL, Lars Erik Holm, Socialstyrelsen, Roger Molin, SKL, Bertil Lindahl, UCR (Uppsala Clinical Research), Elvie Isaksson, Lönntantsgården, Olivia Wigzell, Socialdepartementet, Carola Lemne, Praktikertjänst, Anders Blanck, LIF (de forskande läkemedelsbolagen) och Eva Fernvall från kommissionen. I publiken fanns ytterligare ett fyrmtotal inbjudna.

Seminarium den 27 april:

Det offentliga åtagandet och medborgarnas ansvar

Kommissionens utgångspunkt/hypotes inför seminariet var följande:

När resurser inte kunde tillföras sjukvården och äldreomsorgen på samma sätt som tidigare blev prioriteringsfrågor allt viktigare. Det finns all anledning tro att prioriteringar blir ännu viktigare i framtiden. Alla behov inom sjukvården och äldreomsorgen kan inte tillgodoses genom offentlig finansiering. Grundläggande för välfärdspolitiken är att medborgarna kan lita på det offentliga åtagandet. Sjukvård och äldreomsorg är i grunden offentliga försäkringssystem. Avgörande för deras trovärdighet är att människor kan lita på att den förväntade vården finns vid uppkommen sjukdom eller om personlig omvårdnad behövs. Vi har anlagt ett medborgar- och ett demokratiperspektiv på dessa frågor och även sneglat på andra samhällsområden. Vår grunduppfattning är att det offentliga åtagandet ska vara tydligt, förutsägbart och begripligt för medborgarna.

Inledare på seminariet var Gunilla Hulth-Backlund, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Christina Kärvinge, Socialstyrelsen, Stefan Ackerby, SKL, Mats Thorslund, Karolinska Institutet, Berit Rollén, kommissionen, samt Anne-Marie Lindgren från Arbetarrörelsens Tankesmedja. I publiken fanns ytterligare ett tjugotal inbjudna.

5. Några källor

Avsnittet Behovet av ny politik

Allmänna källor är Finansdepartements långtidsutredningar, särskilt den senaste:

SOU (2008), *Långtidsutredningen 2008 : huvudbetänkande*.

Stockholm: Fritze (Statens offentliga utredningar 2008:105).

SKL-beredningens rapport:

SKL (2010), *Framtidens utmaning : välfärdens långsiktiga finansiering*.

Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting,

<www.skl.se/web/Framtidens_utmaning.aspx>.

ESO-rapporten:

Borg, Per (2009), *Den långsiktiga finansieringen : välfärdspolitikens klimatfråga*. Stockholm: Finansdepartementet (ESO 2009:1).

Jämförelserna mellan statlig och kommunal konsumtion bygger på egen bearbetning av underlag från SCB.

Dessutom nämns:

Svenska Kommunförbundet (2002), "Kommunala framtider : en långtidsutredning om behov och resurser till år 2050". Stockholm (Pressmeddelande 3 december; cirkulär nr 2002:114).

Den forskningsrapport som nämns är

Klevmarken, Anders & Lindgren, Björn, red (2008), *Simulation an ageing population : a microsimulation approach applied to Sweden*.

Bingley: Emerald Group Publishing.

Jämförelsen med SKL-rapporten har gjorts av Anders Klevmarken och lämnats till kommissionen under hand.

Bedömningen att äldreomsorgen var överdimensionerad år 1980 finns i: Börjesson, Per-Lennart (2008), *Välfärdsmysteriet : kommunsektorns utveckling 1980–2005*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

I den skriften finns också en analys av finansieringen under perioden 1980–2005.

Finansdepartementets beräkningar av den finanspolitiska hållbarheten på sikt finns i:

Riksdagen (2010), "2010 års ekonomiska vårproposition". Stockholm (Proposition 2009/10:100), <www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=37&dok_id=GX03100>.

Jämförelserna mellan statlig och kommunal konsumtion bygger på egen bearbetning av underlag från SCB.

Mats Thorslunds rapport:

Thorslund, Mats (2010), *Äldreomsorgens utmaningar : i dag och i framtiden*. Underlagsrapport till Timbro/Arena Idé-kommissionen rörande välfärdens framtida finansiering. Aging Research Center, Karolinska Institutet/Stockholms universitet.

Finns även tillgänglig på Arenas och Timbros hemsidor.

Avsnittet Den nya politikens inriktning

Uppgifter om högre studier och om de anställdas och företagens syn på förtida pension är tagna från LU 2008 (SOU 2008:105), se ovan.

Uppgifterna om utträdesåldern från arbetsmarknaden kommer från Pensionsmyndigheten (Hans Olsson).

Underlaget rörande hinder och möjligheter för äldre att förlänga arbetslivet är huvudsakligen tagna från:

Sjögren Lindquist, Gabriella & Wadensjö, Eskil (2009), *Arbetsmarknaden för de äldre*. Stockholm: SNS förlag (Finanspolitiska rådet; Studier i finanspolitik 2009:7).

Uppgifterna om opinionen avseende barnbidrag och pension kommer från en Synovate-undersökning utförd på uppdrag av SKL: Synovate (2008), "Svenska folket om finansiering av välfärden". Undersökning utförd på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting.

Den expertledda socialförsäkringsutredningens betänkande är: SOU (2006), *Mera försäkring och mera arbete : betänkande av Socialförsäkringsutredningen*. Stockholm: Fritze (Sveriges offentliga utredningar 2006:86).

Redogörelsen för det offentliga åtagandet beträffande grundläggande skolutbildning är hämtad från: Skolverket (2000), *Grundskolan : kommentarer till kursplaner och betygskriterier*. Stockholm: Statens skolverk.

Exemplet på utbudsbegränsning från Jämtlands läns landsting finns i: Jämtlands läns landsting (2009), "Beslutade utbudsbegränsningar : version 5.0". Östersund: Landstingsfullmäktige, 22 april, <www.jll.se/download/18.5e94d7681203488329d800036016/Beslutade+utbudsbegr%C3%A4nningar+Landstingsfullm+090422+rev+5_0.pdf>.

6. Våra direktiv

Den viktigaste välfärdspolitiska framtidsfrågan får inte gömmas undan

I många avseenden betraktar Arena Idé och Timbro välfärdspolitiken från vitt skilda utgångspunkter. Båda tankesmedjorna finner det emellertid oacceptabelt att den viktigaste framtidsfrågan inte är föremål för politisk debatt. Frågan om välfärdens långsiktiga finansiering undviker alla politiska partier, trots att expertutredningar och forskningsrapporter återkommande pekar på ett växande gap mellan medborgarnas efterfrågan på vård och omsorg och möjligheterna att tillgodose denna via traditionell skattefinansiering. I avsikt att föra frågan högt upp på den politiska agendan, och därmed få till stånd en politisk process har Arena Idé och Timbro beslutat att tillsätta en gemensam kommission. Den ska arbeta parallellt med att båda organisationerna driver egna projekt avseende välfärdspolitikens utveckling på sikt.

Den problembild som tecknas i olika rapporter utgår från att medborgarnas efterfrågan på vård och omsorg ökar. Ökningen beror på den ökande andelen äldre, och kravet på stigande standard inom vård och omsorg. Den växande efterfrågan kräver med nuvarande system ökande skatteinkomster. Vård och omsorg är i avgörande omfattning personliga tjänster, vilka inte kan effektiviseras på samma sätt som industriell produktion. Men de som utför dessa tjänster förutses få samma löneutveckling som gäller för ekonomin i övrigt. Med de förutsättningarna måste skatteinkomsterna öka mer än BNP, vilket betyder stigande skattekvot. Denna ökade från 10 till 50 procent mellan åren 1930 och 1980. Självklart kan inte den utvecklingen upprepas. Å andra sidan kommer oförändrade skattesatser, med i övrigt oförändrade förhållanden, att leda till en uppseendeväckande ökning av den privata konsumtionen i förhållande till den offentliga konsumtionen, som knappast ökar alls. Nya vägar

måste uppenbarligen sökas för att finansiera välfärdstjänsterna.

Svårigheterna att finansiera välfärden har redan gjort förändringar av välfärdssystemen nödvändiga. Förmåner har begränsats, tillgängligheten har minskat med växande köer som följd. Privata försäkringar, inte minst sjukvårdsförsäkringar, har ökat.

Kommissionen ska bedöma det framtida finansieringsgapets omfattning och vilka andra åtgärder än höjda skatter som påtagligt kan bidra till att sluta gapet. Kommissionen ska teckna den övergripande bilden på ett sådant sätt att en politisk debatt initieras och stimuleras. Ett tjugoförårspektiv bör anläggas. Ett långt perspektiv ger en tydligare problembild och gör det lättare att både diskutera problemet och dess lösning samt att successivt genomföra nödvändiga åtgärder.

Ambitioner och åtgärder ska ansluta till den svenska traditionen. En sådan är att angelägna behov som utbildning, sjukvård och omsorg ska tillgodoses på ett likvärdigt sätt för alla medborgare. En av välfärdspolitikens kärnfrågor är därför vilka behov som är av den angelägenhetsgraden att de ska finansieras offentligt. Den bedömningen måste grundas på en uppfattning om vilket offentligt finansiellt utrymme som står till buds i framtiden. Det utrymmet kan påverkas genom politiska beslut.

Den ekonomiska ramen för offentliga insatser kan ökas genom en politik som leder till fler arbetade timmar i ekonomin. Vidare kan ökade möjligheter för offentliga insatser skapas om produktionen av tjänsterna utförs effektivare. Kommissionen ska bedöma i vad mån dessa båda åtgärder kan bidra till att sluta finansieringsgapet. En tydlig probleminsikt borde stimulera till långsiktiga och ambitiösa program avseende sysselsättning och effektivitet.

De utredningar som gjorts pekar snarast på att det inte kommer att vara möjligt att stärka den offentliga finansieringen i tillräcklig omfattning. I så fall krävs åtgärder av annat slag. Omprioritering inom offentlig sektor är en sådan. Utrymme för vidgade insatser inom vård och omsorg skapas då genom att reducera ambitionerna inom andra offentliga utgiftsområden. Vidare aktualiseras frågan om att överföra ett större ansvar för finansieringen till medborgarna själva. Kommissionen ska bedöma i vilken omfattning sådana åtgärder krävs och diskutera hur de i så fall skulle kunna utformas.

Det är inte rimligt att kommissionen ska pröva hela det offentliga

utgiftsområdet och avväga det mot finansieringsbehovet avseende vård och omsorg. Däremot torgförs ibland tanken på större restriktivitet med det offentliga åtagandet inom socialförsäkringsområdet för att på det sättet säkerställa högre ambitioner avseende de här aktuella tjänsterna. Kommissionen bör diskutera om en sådan prioritering inom det offentliga utgiftsområdet är möjlig och lämplig. Möjligheten att lägga större ansvar på arbetsmarknadens parter för socialförsäkringar nämns i sammanhanget.

Dagens politiska debatt rygggar inför frågan om att överföra ansvar till medborgarna. Men sådana åtgärder kan också anknyta till svensk tradition. Det förhållandet att skatteinkomsterna inte ökade i relation till BNP efter 1980 har lett till flera omprövningar i den riktningen. Sålunda innebär det nya pensionssystemet att staten definierar sitt åtagande mer restriktivt samtidigt som medborgarnas eget ansvar har ökat. Det ökade ansvaret underlättas på olika sätt. Information ges till varje medborgare om innebörden av det offentliga pensionsåtagandet. De får därmed underlag för egna bedömningar avseende önskvärd pensionsnivå. Medborgarnas kompletterande pensionsförsäkringar – både de som tecknas av enskilda medborgare och de som kollektivt förhandlas fram mellan arbetsmarknadens parter – underlättas genom förmånlig beskattning.

Ett exempel på hur det offentliga åtagandet starkt begränsats är den systemförändring inom bostadspolitik som beslutades år 1992. Den offentliga finansieringen reducerades markant och försörjningen med nya bostäder överlämnades i princip till marknaden.

Ett exempel på en systemförändring där de offentliga ambitionerna förblivit mycket höga är skolområdet. Privat finansiering är praktiskt taget inte tillåten. Det offentliga åtagandet avseende finansiering tar sig uttryck i en skolpeng. Den förutsätts vara så hög att privat finansiering inte ska behövas.

Den nyligen beslutade tandvårdsreformen har inte syftat till att minska det offentliga åtagandet. Däremot preciseras åtagandet i avsikt att det statliga stödet ska nå de individer som har störst behov av tandvård. Merparten av den vuxna befolkningen ska skyddas mot höga kostnader. Långsiktig förutsägbarhet eftersträvas i detta avseende. Reformen innebär emellertid också att ekonomiska incitament skapas för alla vuxna medborgare att genomföra regelbundna tandvårdsbesök. Därigenom stimuleras medborgarna att ta eget ansvar för sin tandvård.

De nämnda systemförändringarna har fått olika utformning och avsett skilda medborgarbehov. Det finns dock ett par gemensamma drag. Ett är att det offentliga åtagandet och den offentliga finansieringen preciseras mycket tydligt. Långsiktig förutsebarhet eftersträvas i det avseendet. Ett annat är att tydliga regler anges för medborgarnas egna kompletterande insatser. Likaså regleras den verksamhet som bedrivs av privata aktörer, som försäkringsbolag, fristående skolor och tandläkare. De regler som utfärdas syftar till att säkerställa välfärdspolitiska mål och kompletterar därmed det offentliga åtagandet och finansieringen.

Kommissionen ska pröva om det mönster som etablerats under de senaste årtiondena kan vara en utgångspunkt även för att angripa framtidsproblemet inom vård och omsorg. Skulle det vara möjligt att tydligare precisera det offentliga åtagandet och den offentliga finansieringen inom de områdena? Om en tydlig gräns sätts för det offentliga åtagandet och det åtagandet inte i rimlig grad motsvarar medborgarnas efterfrågan, uppstår spørgsmålet om hur politiken ska förhålla sig till medborgarnas önskan att själva finansiera kompletterande insatser. Ska privat finansiering uppmuntras och stimuleras, eller ska sådan hindras och kanske rentav förbjudas? I den mån medborgarna måste betala sådana insatser själva bör övervägas olika möjligheter att underlätta sådan finansiering, eftersom förmågan att betala själv är ojämnt fördelad.

Kommissionen ska diskutera dessa frågor principiellt. Den bör också välja ett av områdena och konkretisera hur det offentliga åtagandet och finansieringen skulle kunna utformas och vilka regler som bör gälla för privat finansiering inom äldreomsorgen. Motsvarande analys beträffande sjukvården kan göras mer skissartad.

En tredje svensk tradition är att söka breda och praktiska lösningar på avgörande samhällsproblem. Den pensionsreform som principbeslutades 1994 var en anpassning till en ny ekonomisk och social verklighet. Under den politiska processen fram till det beslutet utvecklades en samsyn beträffande de nya förutsättningarna för ett pensionssystem. Det gamla systemet bedömdes inte långsiktigt hållbart. Den samsynen ledde fram till beslut som säkerställer pension till alla, samtidigt som det nya systemet löpande anpassas till de ekonomiska och sociala förutsättningarna. Därmed nåddes långsiktig stabilitet och hållbarhet. Systemet är vidare i rimlig grad förutsebart för medborgarna. Kommissionen ska lägga upp sitt arbete och presentera sitt resultat så att beslut om en lik-

nande process framstår som naturligt beträffande vård och omsorg. Förhoppningen är att en sådan process ska utmynna i beslut som anpassar de här aktuella välfärdssystemen till framtida ekonomiska och sociala förutsättningar, och som samtidigt håller fast vid den svenska traditionen att alla medborgare ska behandlas på ett likvärdigt sätt.

Kommissionen ska ledas av Per Borg. Övriga ledamöter är Eva Fernvall, Jens Magnusson, Niklas Nordström, Berit Rollén, Lars Tobisson och Monica Werenfels Röttorp. Utredningsarbetet ska avslutas i början av juni 2010. Därmed kan en färdigtryckt rapport, som beräknas uppgå till cirka 50 sidor, presenteras i början av juli. Den snäva tidsramen begränsar självfallet möjligheterna att ta fram helt nytt underlag. I allt väsentligt ska kommissionen utgå från de utredningar och forskningsrapporter som redan finns.