

Klarar vi sjukvården?

Precis som i det gamla pensionssystemet är principen för sjukvårdens finansiering i allt väsentligt att dagens unga betalar skatt som går till utgifter för dagens äldre. Detta ansågs emellertid vara ett ohållbart sätt att finansiera pensionerna i framtiden, eftersom de äldre då kommer att vara så många fler i förhållande till de yrkesverksamma än vad som är fallet idag. Är finansieringen av sjukvården därmed också ohållbar? Om ja, kan något göras?

1. Inledning

Äldre personer utnyttjar mer sjukvård än yngre. Samtidigt är det de yngre – yrkesaktiva – som betalar huvuddelen av sjukvårdsutgifterna genom skatterna de betalar in. (Det är sant att äldre också betalar skatt, men eftersom pensionerna betalas via skatten så är de allra flesta pensionärer inte nettobetalare av skatt.) Detta innebär i praktiken att sjukvården finansieras genom ett fördelningssystem (pay-as-you-go) liknande det gamla pensionssystemet: snarare än att varje generation sparar ihop till sin egen pension medan de är yrkesaktiva, betalar de som är unga idag för dem som är gamla idag.

Ett renodlat fördelningssystem ansågs emellertid vara ett ohållbart sätt att finansiera pensionerna i framtiden eftersom de yrkesaktiva då kommer att vara mycket färre i förhållande till pensionärerna än de är idag. I *Figur 1* visas hur antalet individer 65 år och äldre i framtiden förväntas bli fler i förhållande till de yrkesaktiva. Med detta hot tornande upp sig vid hori-

sonten lyckades också riksdagen införa ett nytt pensionssystem som till del är fonderat. Hur kommer det sig att inga liknande mått och steg har vidtagits för sjukvårdens räkning? Det har knappast ens diskuterats. Behövs det inte? En åldrande befolkning kanske inte utsätter sjukvården för samma påfrestningar som pensionerna utsätts för? Eller är anledningen istället att det inte går att göra något åt saken. Är det omöjligt att tänka sig ett fonderat system för sjukvårdsfinansiering?

I denna artikel ska jag diskutera båda frågorna. Dels varför jag tror att sjukvårdens finansiering verkligen kommer att utsättas för påfrestningar när befolkningen åldras, men också varför jag tror att det går att göra något åt det.

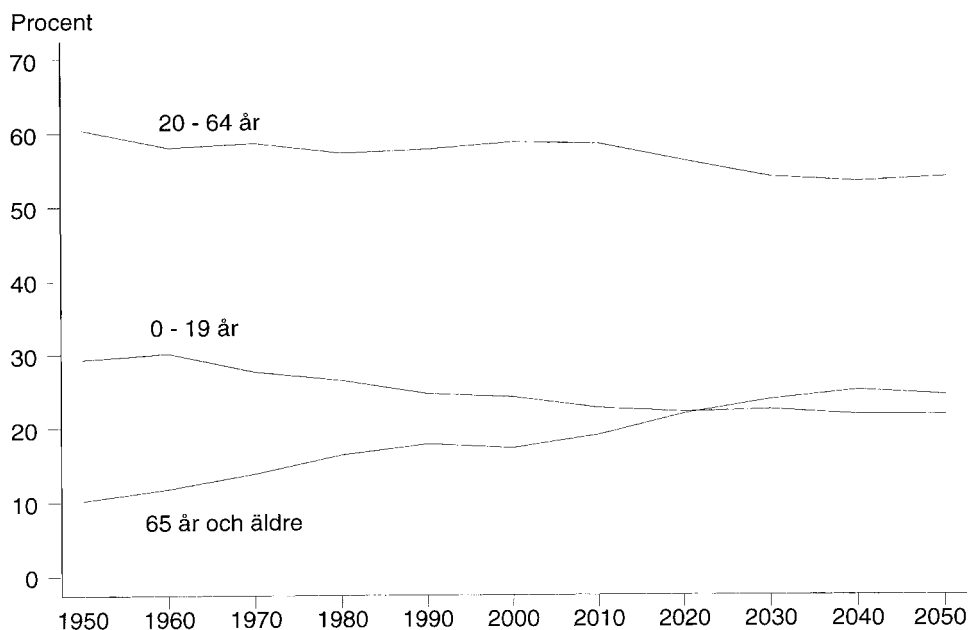
2. Orsaken till befolkningens åldrande spelar roll

För finansieringen av pensionerna spelar det ingen roll varför befolkningen åldras. Det är antalet pensionärer som är avgörande, oavsett om detta ökar för att vi lever allt längre eller för att pensionärgenerationerna är stora.

Men för sjukvården spelar orsaken till befolkningens åldrande roll. Om det är för att vi lever allt längre så behöver inte

DOUGLAS LUNDIN är filosofie doktor i nationalekonomi och verksam vid Centrum för hälsoekonomi, Handelshögskolan i Stockholm.

Figur 1 Befolkningsutvecklingen i olika åldersgrupper.



finansieringsbördan för de yrkesaktiva öka alls. Detta är fallet om ett längre liv inte innebär fler år av intensivt sjukvårdsutnyttjande, utan att dessa år bara skjuts framåt i livet. Om ett längre liv däremot innebär fler "sjuka" år, ja då ökar naturligtvis sjukvårdsutgifterna och därmed finansieringsbördan för de yrkesaktiva.

Om befolkningen istället åldras för att generationerna varierar i storlek (dvs att nativiteten varierar) och att framtida pensionärgenerationer är stora i förhållande till de yrkesaktiva generationerna, ja då kommer vi också att få problem. Detta innebär ju nämligen att om till exempel 3 yrkesaktiva betalar sjukvården för en äldre person idag, så är samma förhållande kanske 2:1 om fyrtio år (SCB [2000, s 29]).¹

Vilken är då anledningen till att västvärldens befolkning åldras? Ja, visst lever vi längre liv. Medellivslängden har i Sverige ökat med cirka tio år sedan femtiotalet. Och kanske kan denna process

fortsätta i oförminskad takt ett tag till – åtminstone om genteknologin håller vad den lovar. Men förlängningen av livet är en långsam och kontinuerligt pågående process. Den är varken ny eller accelererande. Det kan därmed inte vara huvudanledningen till den framtida "äldrechocken".

Huvudanledningen är istället att de generationer som snart går i pension är stora generationer. När 1940-talets stora barnkullar når 65-årsåldern ökar antalet ålderspensionärer radikalt, från 1,5 miljo-

¹ Om sjukvårdsutnyttjandet bland äldre minskar kraftigt i framtiden på grund av att framtidens pensionärer är friskare än dagens, skulle detta naturligtvis vara en motverkande effekt. Men att detta skulle ske verkar inte troligt. Att befolkningen har blivit allt friskare i det förgångna har inte hindrat sjukvårdsutnyttjandet från att öka. Det finns ingen anledning att tro att det skulle bli så i framtiden heller. (Se diskussion nedan.)

ner år 2004 till 1,9 miljoner år 2015 då samtliga fyrtyotalister har nått pensionsåldern. Därefter fortsätter ökningen ytterligare 25 år till 2040 då antalet beräknas bli 2,4 miljoner. Om man istället tittar på antalet "äldre äldre" (individer över 80 år), vilket kanske är mer relevant för sjukvårdsutnyttjandet eftersom den mesta sjukvården utnyttjas de sista åren i livet, så ger det väsentligen samma bild. På 2020-talet blir det en dramatisk tillväxt i antalet "äldre äldre" från ca 500 000 till 750 000 på endast tio år. Återigen är det de stora födelsekullarna på 1940-talet som påverkar utvecklingen (SCB [2000]).

Detta innebär då också att vi skulle ha ett verkligt problem framför oss; den åldrande befolkningen kommer att innebära en tyngre sjukvårdsbörda för framtida yrkesaktiva. Tycker ni detta är bekymmersamt? Vänta bara, det ska bli värre. De äldre blir inte bara fler, de utnyttjar allt mer sjukvård per person också.

3. Ny teknologi – ett problem?

Det har i olika studier kunnat konstateras att sjukvårdsutgifterna per åldring ökar väldigt kraftigt över tiden. Ekman [2001] beräknar att kostnaderna per capita för de äldsta, 75+, ökade med 89 procent åren 1976–97, medan utgifterna för 45–64-åringar höll sig konstanta under samma period (se *Tabell 1*). Utvecklingen är liknande i andra OECD-länder. Cutler & Meara [1997] räknar till exempel ut att utgifterna per pensionär (individer 65 år och äldre) i USA har ökat med 8 procent

per år under perioden 1953 till 1987. Detta är mer än för någon annan grupp (spädbarn undantaget, där den årliga ökningen varit 9,8 procent).

Vad är orsaken till de kraftigt stigande utgifterna för äldre? Den första tänkbara förklaringen är sämre hälsa, att äldre idag är mycket sjukare än äldre var på femtio-talet. Men nu finns det ingenting som tyder på detta. Tvärtom så blir de äldre som grupp bara friskare och friskare för varje år som går.

Den andra tänkbara förklaringen är teknologisk utveckling. Ekonomer är inte överens om mycket. Det enda exemplet som brukar nämnas är värdet av frihandel. Men ytterligare ett skulle kunna läggas till: att teknologisk utveckling är vad som förklarar den ständiga ökningen av sjukvårdsutgifterna (Fuchs [1996]). Medan teknologisk utveckling inom andra sektorer ofta är kostnadsbesparande så har den i sjukvården istället varit inriktad mot kvalitetsförbättringar, som inneburit kostnadsökningar. Det har gått så långt så att det närmast ses som ett problem – hur hejdar vi den teknologiska utvecklingen?

Notera att detta är en utbudsförklaring. Ofta brukar olika efterfrågeförklaringar nämnas när expansionen av den offentliga sektorn ska förklaras, till exempel att inkomstelasticiteten för offentligt tillhandahållna varor är större än ett.

Behandlingen av äldres sjukdomar verkar ha genomgått en särskilt snabb teknologisk utveckling. Ta hjärt-kärlsjukdomar som exempel – välfärdssjukdomen framför andra och den vanligaste dödsorsaken.

Tabell 1 Sjukvårdsutgifter per capita i olika åldersgrupper 1976, 1985 och 1997

Ålder	1976	1985	1997	Skillnad 1976–97 %
0–14	4 468	5 101	5 985	34,0
15–44	7 184	7 202	8 014	11,6
45–64	12 646	12 167	12 483	–1,3
65–74	22 404	26 138	27 573	23,1
75<	51 336	79 186	97 092	89,1

Källa: Gerdtham [1993] och Ekman [2001]. Anm: 1997 års priser.

Sjukdomen yttrar sig ofta inte förrän i högre ålder, även om indikationer kan skönjas tidigt genom högt blodtryck och höga halter av blodfetter. Enorma tekniska framsteg har skett på alla plan: primär prevention, akut behandling och sekundär prevention. 1950 bestod behandlingen av hjärtinfarkt av något som bäst kan benämnas *vaksam väntan*, det vill säga vänta och hoppas att patienten kryar på sig. Sedan dess har den ena behandlingen efter den andra utvecklats: hjärtkatetrisering, bypassoperation och senast ballongsprängning. Utvecklingen har tvevelsutan inneburit välfärdsvinster men knappast kostnadsbesparingar. Den tidigare icke-behandlingen var billig men folk dog av den. Nu räddas man till livet, men till höga kostnader.

Många andra sjukdomar har gått från ej behandlingsbara till behandlingsbara. En utveckling som förmodligen kommer att fortsätta. Alzheimer är i huvudsak ej behandlingsbar idag, men kan bli det – till höga kostnader – i framtiden.

Vad jag diskuterar i denna artikel är äldres sjukvård, och alltså inte äldreomsorg. Jag tror det är viktigt att man skiljer på dessa, eftersom kostnadsutvecklingen bestäms av delvis olika faktorer. Äldreomsorg är mer personal- än teknikintensiv. Äldreomsorgens största bekymmer inför framtiden torde därmed vara tillgång på personal och allt högre lönekostnader när bristen på arbetskraft driver upp lönerna. Men en annan skillnad mellan sjukvård och äldreomsorg är också att för äldreomsorg finns det ett substitut till det som kommunen erbjuder; att vårdas hemma. Offentliga utgifter för äldreomsorg kan därmed minska om utbudet av hemvård ökar. Att så har skett på senaste tiden, åtminstone i USA, visas i Lakdawalla & Philipson [1998]. Anledningen är att sedan mitten av 1980-talet har skillnaden i förväntad livslängd mellan män och kvinnor minskat, vilket innebär att kvinnor – som för det mesta är den part som lever längst i ett äktenskap – lever

allt färre år helt ensamma, och därmed i mindre utsträckning vänder sig till det offentliga eller marknaden för att få vård.

4. Varför införs tekniken?

Men det är något som fattas denna förklaring till kostnadsökningarna. Att ny teknologi blir tillgänglig innebär ju inte att den måste införas. Men införd blir den, för det allra mesta.

Även om läkaren i sin egenskap som främsta medicinska expert är den som i någon mening avgör vilken teknologi som ska användas så måste också politikerna skjuta till pengar. Ytterst borde det därmed vara politikerna som avgör sjukvårdens tekniska nivå. Vad man därmed skulle vilja ha en förklaring till är varför politikerna har ansett det vara kloka beslut att införa tekniken och därmed expandera vårdutgifterna på annan konsumtions bekostnad så mycket som skett de senaste femtio åren?

Det kan inte uteslutas att besluten återspeglar politiska styrkeförhållanden hos väljarna. Expansionen av sjukvårdsutgifterna kan vara resultatet av att äldre blivit en viktigare väljargrupp. De har åtminstone blivit fler. Andelen personer i åldern 65 år eller äldre har ökat från 10 procent år 1950 till 17 procent år 1999 (SCB [2000]). Är de därmed också politiskt starkare?

Strömberg [1999] har studerat saken. Han undersöker om medianåldern för väljarna i en kommun spelar någon roll för hur stor andel av den kommunala budgeten som satsas på äldreomsorg. Tanken är följande: Huvuddelen av svenska kommuners utgifter går till verksamheter som utnyttjas enbart av de kommunmedborgare som befinner sig i en viss ålder: dagis, skola och äldreomsorg. Därmed borde väljarna skilja sig åt vad gäller hur stor andel av de kommunala utgifterna de önskar ska gå till dagis och skola å ena sidan och äldreomsorg å andra sidan. Ju äldre man blir desto större andel vill man för-

modligen ska gå till äldreomsorg eftersom det är mer aktuellt för en själv eller för ens familj att utnyttja denna.

Strömberg finner sedan också detta samband i sin empiriska analys: ju äldre medianväljaren är i en kommun, desto större andel av de offentliga utgifterna går till äldreomsorg. Han menar också att detta inte är ett resultat av att behovet av äldreomsorg är större i kommuner där medianväljaren är äldre – den effekten har han rensat bort.

I Borge & Rattsø [1995] studeras också hur demografin påverkar sammansättningen av de kommunala utgifterna, denna gång i Norge. Här är det hur andelen kommuninvånare i olika åldrar – snarare än medianåldern – påverkar sammansättningen som man undersöker. Deras resultat går, vad jag förstår, på tvärs med Strömbergs: ju fler äldre invånare i kommunen (vilket innebär en högre medianålder), desto lägre sjukvårdsutgifter per äldre person.

Det är alltså en öppen fråga huruvida fler äldre också innebär att de är politiskt starkare i betydelsen att de erhåller mer offentliga utgifter per person. Men oavsett hur det är med den saken, har jag svårt att se att detta kan vara huvudförklaringen till att sjukvårdsutgifterna har ökat så mycket.

I en uppsats av Philipson & Becker [1998] erbjuds en annan förklaring till att politikerna har tillåtit sjukvårdsutgifterna öka så kraftigt de senaste decennierna – en förklaring som inte handlar om att äldre har blivit mer politiskt inflytelserika. Det finns en komplementaritet mellan ett offentligt pensionssystem och god hälsa, menar författarna. Ett offentligt pensionssystem av fördelningstyp innebär att pensionärerna erhåller en annuitet – man får en viss summa utbetalad varje månad så länge man lever. Den som lever ett långt liv behöver därmed inte leva ett liv med lägre materiell levnadsstandard än den som lever ett kort liv, som ju skulle vara fallet om man sparade ihop till sin egen pension. Införandet av offentligt finansie-

rade pensionssystem, som skett i hela västvärlden efter andra världskriget, skulle därmed ha haft effekten att folk önskar leva längre liv.

Längre liv skaffar man sig genom att investera mer i sin hälsa, menar Philipson och Becker. Helt enkelt sköta om sig lite bättre. Men också sjukvården har förmågan att förlänga liv. Dödligheten i till exempel hjärt-kärlsjukdomar har minskat drastiskt de senaste femtio åren tack vare förbättrad sjukvård (Cutler & Kadiyala [1999]). De äldres intresse av livsförlängande sjukvård kan därmed ha ökat som ett resultat av att generösa offentliga pensionssystem införts. Det verkar inte osannolikt att politiker också tar hänsyn till detta och tillhandahåller mer sjukvård.

Mig veterligen har teorin emellertid inte testats empiriskt. Men även om en effekt av detta slag kan finnas så tror jag inte heller detta är huvudförklaringen till att sjukvårdsutgifterna har ökat så kraftigt.

Jag lutar istället åt att ny teknologi helt enkelt har införts för att det, på det hela taget, inneburit välfärdsförbättringar. Tidigare fanns inte så mycket medicinsk teknologi att tillgå som gjorde någon nytta. Men vartefter bättre och bättre teknologi blir tillgänglig väljer man att införa den. Även om marginalnyttan av alla behandlingar inte är så imponerande alla gånger så är den genomsnittliga nyttan ofta hög. Det finns inget som tyder på att expansionen av sjukvården sammantaget inneburit välfärdsförluster, och skett genom att grupper som själva gynnats av höga sjukvårdsutgifter fört resten av väljarkåren bakom ljuset.

Låt mig summera diskussionen så här långt. Var för sig kommer demografi och teknologi att öka kostnaderna för sjukvården i framtiden. Demografi för att fyrtio-talisterna är så många. Teknologi främst för att vi kan förvänta oss att behandlingar mot tidigare ej behandlingsbara sjukdomar utvecklas. Och effekterna förstärker naturligtvis varandra. Bibehåller vi det ”fördelningssystem” för sjukvårdens

finansiering vi har idag, innebär högre kostnader att den intergenerationella omfördelningen måste öka – allt mer resurser slussas från unga till gamla. Högre kostnader innebär alltså ett problem i sig, men att de dessutom ska lämpas över på individer som inte har en egen direkt nytta av det som finansieras är ytterligare ett problem.

Här återkommer jag till politiken. Generationskonflikten kommer att bli allt tydligare och kan komma att dominera den politiska dagordningen i framtiden. Bördorna kommer förmodligen att delas. Yrkesarbetande får betala mer i skatt. Äldre får också betala mer i skatt, men en gissning är att de äldres börda framförallt blir att man inte med automatik får tillgång till den senaste teknologin. Och visst behöver den medicinska kapprustningen hejdas – all ny teknologi är inte bra. Men samtidigt vill vi ha råd med de bra upptäckter och innovationer som görs; som till exempel genteknologin och stamcellsforskningen kan leda till.

5. Vad kan göras?

Jag har hittills diskuterat den första frågan som ställdes i inledningen: Är anledningen till att inget gjorts för att säkra framtidens sjukvård, att inget behöver göras – den åldrande utsätter inte sjukvårdsfinansieringen för några påfrestningar? Mitt svar är alltså nej, påfrestningarna kommer. Kan det då istället vara för att det inte går att göra något åt saken?

Den uppenbara lösningen är fondering. Ett fonderat system är immunt mot förändringar i befolkningstillväxt, eftersom varje generation sparar ihop till sin egen sjukvård. Det kan ske på olika sätt. Fonderingen kan antingen vara individuell eller kollektiv, och antingen privat eller offentlig. Vi har då fyra möjliga varianter: *individuell-privat*, *individuell-offentlig*, *kollektiv-privat* och *kollektiv-offentlig*.

I USA finns det några debattörer som tycker att individuell fondering är en bra

idé (Fuchs [2000] och Savings [2000]): Medan du är ung sparar du ihop till den sjukvård du tänker utnyttja medan du är gammal. *Privat-individuell* fondering innebär att du sparar om du vill och så mycket du vill, medan *offentlig-individuell* fondering antingen innebär ett tvångsparande eller att staten först beskattar dig och sedan skapar ett personligt sjukvårdskonto åt dig.

Den främsta fördelen med individuell fondering är att man slipper moral hazard,² det vill säga att folk överutnyttjar sjukvård för att de inte betalar marginalkostnaden för sitt utnyttjande. Detta är vad som tilltalar amerikanerna. Men individuell fondering, privat såväl som offentlig, lider av ett fundamentalt problem: Man utnyttjar inte möjligheterna till riskspridning. Sjukvård betalas så gott som alltid via försäkring eftersom både sjukdom och tillfrisknande är så oförutsägbart. Inte alla gamlingar är storkonsumenter av vård. Även bland äldre står de allra sjukaste för huvuddelen av sjukvårdsutgifterna (Cutler & Meara [1997]). *Tabell 2* ger en antydning om detta, genom att ange hur stor andel av individerna i varje åldersgrupp som utnyttjar slutenvård. (Helst skulle man förstås vilja visa detta genom data över olika individers livstidsutnyttjande av vård. Men jag har inte funnit några sådana data för Sverige.) Pengar från individuella konton kan därmed knappast utnyttjas för betalning av den riktigt dyra sjukvården – pengarna skulle sina ganska snabbt för den som blir allvarligt sjuk. Och medan vissa får slut på pengar på sina sjukvårdskonton lyckas andra inte göra av med sina. Däremot kanske det är en lösning för rutinsjukvård

² Här används termen moral hazard i den betydelse som är brukligt när man diskuterar sjukförsäkring, dvs att man överutnyttjar sjukvård när man är försäkrad. Det är alltså inte för att beskriva en beteendeförändring som gör sannolikheten för sjukdom mer trolig.

Tabell 2 Slutenvårdsutnyttjande i olika åldersgrupper

Åldersgrupp	Andel individer som utnyttjar slutenvård, %
65–69	15,2
70–74	19,6
75–79	25,2
80–84	31,5
85+	38,1

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

som mer eller mindre alla äldre utnyttjar. Men å andra sidan är det ju inte denna vård som är problemet. Kostnadsexplosionen sker inte på vårdcentralen utan på intensivvårdsavdelningen. Jag kan med andra ord inte se att individuell fondering skulle vara en lösning på problemet.

En *privat-kollektiv* lösning skulle vara om försäkringsbolag erbjöd sjukvårdsförsäkring med långtidskontrakt för äldre – en privat åldringssjukförsäkring. I femtioårsåldern tecknar man en försäkring som man betalar in premier för under tjugo års tid, till exempel, och som sedan betalar ens sjukvård under resten av livet. Förutom att en sådan lösning skulle vara en mycket främmande fågel i det svenska sjukvårdssystemet, så förutsätter det att något försäkringsbolag vill erbjuda den. Idag erbjuds inte några sådana försäkringar, vad jag vet. Och det är ganska talande att till och med i USA, den privata sjukförsäkringens förlovade land, finansieras äldres sjukvård via skatt (det så kallade Medicare-systemet). Anledningen till att den privata försäkringsmarknaden fungerar dåligt för äldre, är förmodligen att det för sådana långtidsförsäkringar är ännu svårare än vanligt att hantera problemen förknippade med sjukförsäkring: *adverse selection* och *moral hazard*.

Det verkar med andra ord riskfyllt att förlita sig på den *privata-kollektiva* lösningen på äldrechocken.

Den *offentliga-kollektiva* lösningen är att staten inrättar en fond, finansierad med en skatt, antingen på alla yrkesaktiva

eller bara på de som är i sluttampen av sitt yrkesliv (som Anna Hedborg föreslagit i Dagens Nyheter (Hedborg [2001])). I USA har sådana fonder inrättats, s k *trust-funds*, för både pensioner och äldres sjukvård. Fördelarna med en sådan fond är flera: till skillnad från individuella lösningar sker det en riskspridning. Dessutom, eftersom den är skattefinansierad, sker en viss omfördelning. Men det finns också problem. Det första är övergångsproblemen. Precis som med övergången till fonderade pensioner får de idag medelålders betala sin sjukvård två gånger. Ett annat problem är de politiska riskerna. Mycket kan hända från det att jag som ung avsätter pengar i en fond till dess att jag behöver sjukvård på ålderns höst. Vilka garantier kan lämnas att pengarna inte är förskingrade, använda för något annat ändamål, vid det laget? Paul Krugman menar till exempel i en rad krönikor i New York Times att George Bush med sina skattesänkningar håller på att förskingra USA:s *trust-funds* för Social Security och Medicare (Krugman [2001]).³

6. Avslutning

Det ”fördelningssystem” vi har för finansiering av sjukvården har hittills tjänat oss väl. De som idag är gamla har sett en medicinteknologisk revolution genomföras under sin livstid, och tack vare tillväxten i aggregerad inkomst har samhället haft råd med att sprida användandet av

³ I Lundin & Saez Marti [2001] studeras detta problem i en teoretisk modell. Problemet visar sig inte vara att man inte kan upprätthålla en fond. Problemet är snarare för mycket stabilitet än för lite, i betydelsen variation i fondens storlek när villkoren i ekonomin förändras, till exempel förändrad befolkningstillväxt. Detta beror på att politikerna inte vill förlösa det förtroendekapital man lyckats ackumulera genom att inte tömma fonden. Om man tömt den, för att den inte behövs, kan det vara svårt att bygga upp den nästa gång den behövs.

den nya tekniken. I Cutler & Sheiner [2000] beräknas avkastningen på Medicare för olika generationer, det vill säga skillnaden mellan sjukvårdsutgifter och inbetalning till systemet under denna generations livstid. För kohorten född 1910 var denna avkastning hela 28 procent. Detta ska jämföras med avkastningen i pensionssystemet, som Leimer [1994] beräknar till 8,4 procent för samma kohort. Hade vi istället haft ett fonderat system, där varje generation sparar ihop till sin egen sjukvård, hade förmodligen inte dagens äldre haft råd med lika stora sjukvårdsutgifter.

Men på lång sikt, i steady state, måste avkastningen i ett fördelningssystem vara lika med tillväxten i aggregerad inkomst. Det faktum att avkastningen varit mycket högre än så i det förgångna visar att systemet inte är i aktuarisk balans. För eller senare måste alltså avkastningen falla, och jag tror att vi har kommit dit här nu. För dagens yrkesverksamma generationer blir avkastningen låg. Kanske rent av negativ, så att varje generation faktiskt får ut mindre än man betalat in, om befolkningsminskningen blir kraftig och tillväxten i ekonomin låg.

Under dessa omständigheter är det bättre med något slags fondering, där avkastningen är åtminstone lika med obligationsräntan. Det behöver inte vara en hundraprocentig fondering, utan största delen av äldres sjukvård kan fortfarande betalas med löpande skatteintäkter – det är till och med att föredra ur risksynpunkt (se Lindbeck & Persson [2000]). Men att genomföra en viss fondering är ett minimum av åtgärd politikerna kan göra för att klara oss igenom den demografiska transitionen.

Referenser

Borge, L-E & Rattsø, J, [1995], "Demographic Shift, Relative Costs and the Allocation of Local Public Economic Consumption in Norway", *Regional Science &*

Urban Economics, vol 25, s 705–726.

Cutler, D & Kadiyala, S, [1999], "The Economics of Better Health: The Case of Cardiovascular Disease", Harvard University och NBER, opublicerat manuskript.

Cutler, D & Meara, E, [1997], "The Medical Costs of the Young and Old: A Forty Year Perspective", NBER Working Paper 6114.

Cutler, D & Sheiner, L, [2000], "Generational Aspects of Medicare", *American Economic Review*, vol 90, s 303–307.

Ekman, M, [2001], "Consumption and Production by Age, With Emphasis on Health Care Expenditures" i *Two Essays in Health Economics*, lic avhandling, Handelshögskolan i Stockholm.

Fuchs, V, [1996], "Economics, Values, and Health Care Reform", *American Economic Review*, vol 86, s 1–24.

Fuchs, V, [2000], "Medicare Reform: The Larger Picture", *Journal of Economic Perspectives*, vol 14, s 57–70.

Gerdtham, U, [1993], "The Impact of Aging on Health Care Expenditure in Sweden", *Health Policy*, vol 24, s 1–8.

Hedborg, A, [2001], "Låt 40-talisterna betala", *Dagens Nyheter*, 25 januari 2001.

Krugman, P, [2001], "Truth and Lies", *New York Times*, 28 augusti 2001.

Lakdawalla, D & Philipson, T, [1998], "The Rise in Old Age Longevity and the Market for Long-Term Care", NBER Working Paper 6547.

Leimer, D R, [1994], "Cohort-Specific Measures of Lifetime Net Social Security Transfers", Office of Research and Statistics Working Paper Series No 59, Social Security Administration, Washington DC.

Lindbeck, A & Persson, M, [2000], "Mindre risk med fondsparande", *Dagens Nyheter*, 21 oktober 2000.

Lundin, D & Sáez-Martí, M, [2001], "Intergenerational Redistribution, Health Care, and Politics", SSE/EFI Working Paper Series, No 486, Handelshögskolan i Stockholm.

Philipson, T, & Becker, G, [1998], "Old-Age Longevity and Mortality Contingent Claims", *Journal of Political Economy*, vol 106, s 551–573.

Savings, T, [2000], "Making the Transition to Prepaid Medicine", *Journal of Economic Perspectives*, vol 14, s 85–98.

- Statistiska Centralbyrån, [2000], *Sveriges framtida befolkning. Befolkningsframskrivning för åren 2000–2050*, SCB-Tryck, Örebro.
- Strömberg, D, [1999], "Demography, Voting, and Public Expenditures: Theory and Evidence from Swedish Municipalities", opublicerat manuskript, Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet.