

Välfärdsstaten i den fjärde åldern?

*En betraktelse av hur ett åldrande
forskningsområde drabbas av politikens
demens*

BOKANMÄLAN

Det är allmänt känt att de industrialiserade ländernas befolkningar åldras snabbt och att denna utveckling har kännbara konsekvenser för såväl arbetsmarknaden som för offentliga utgifter för pensioner, sjukvård och äldreomsorg. För Sveriges del förväntas försörjningskvoten (dvs antalet äldre per person i förvärvsaktiv ålder) öka från nuvarande 28 till 40 år 2050. Även om detta är en påtaglig ökning, kommer Sverige relativt lindigt undan. I Tyskland väntas kvoten stiga från 31 till 59 under samma period (United Nations 2008). En översikt över prognostiserade förändringar ges i figur 1 nedan.

I figuren presenteras tre serier för tre länder: Sverige, Tyskland och USA. Den första är försörjningskvoten 65+. Denna kvot beräknas öka med 44 procent över de kommande decennierna, vilket är en blygsam ökning i internationell jämförelse. En annan relevant kvot är befolkningen 80+ per invånare i förvärvsaktiv ålder. Denna alternativa kvot beräknas öka med ca 90 procent, vilket är betydande, men ändå en avsevärt mindre ökning än i många jämförbara länder. För det tredje visar figuren antalet dödsfall totalt (i femårsintervall) per person i arbetsför ålder. Denna siffra är viktig i den mån åldersrelaterade kostnader framför allt uppträder i livets slutskede. På detta område är den prognostiserade ökningen knappt 22 procent, vilket återigen är betydligt mindre än i många jämförbara länder.

Även om olika mått ger olika magnitud på de demografiska förändringarna, torde det stå klart att dessa förändringar

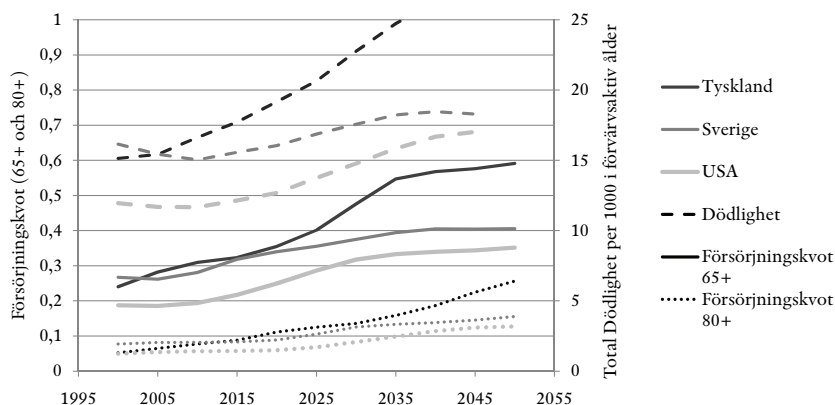
kommer att ha en omfattande inverkan på efterfrågan på äldreomsorg. De flesta omsorgstagare är 80 år eller äldre; i Sverige är andelen 80 procent (SALAR 2009). Då en ökande medellivslängd får till följd att denna grupp ökar oproportionerligt snabbt, förs i många länder en diskussion om huruvida nuvarande modeller för finansiering av äldreomsorg är hållbara i framtiden. Flera länder har också redan gett efter för det demografiska trycket och koncentrerat omsorgstjänsterna på de mest behövande (Karlsson 2004).

Men även för pensionssystemet har de demografiska förändringarna som bekant betydande konsekvenser. Flera länder står i begrepp att höja pensionsåldern. I USA och Tyskland kommer pensionsåldern successivt att höjas under de kommande decennierna: den tyska pensionsåldern kommer att vara 67 år 2029. I Storbritannien höjs i ett första steg pensionsåldern för kvinnor så att den matchar männens år 2020. Därefter kommer den gemensamma pensionsåldern att höjas till 66 år mellan 2024 och 2026; slutmålet är 68. Sverige utmärker sig däremot genom att inte ha någon lagstadgad pensionsålder, även om det finns vissa restriktioner i när olika delar av pensionen får tas ut.

Vid sidan av de omedelbara effekterna av åldrandet finns det dock en rad andra aspekter som måste beaktas i en diskussion av den offentliga sektorns långsiktiga finansiering. En sådan är hur hälsa och vårdbehov bland de äldre utvecklas när den förväntade livslängden stiger. En annan viktig fråga är hur förändringar i olika relativpriser kan tänkas påverka de olika samhällsekonomiska kalkylerna. De demografiskt känsliga offentliga utgifterna fördelar sig framför allt över transfereringar, arbetsintensiva tjänster och kunskapsintensiva tjänster och det finns skäl att anta att väldigt olika mekanismer har betydelse för deras långsiktiga utveckling.

Tommy Bengtsson
(red): *Population
Ageing – A Threat
to the Welfare State?
The Case of Sweden*,
Springer-Verlag,
2010, 138 sidor, ISBN
978-3-642-12611-6.

Per Borg, Eva Fernvall,
Jens Magnusson,
Niklas Nordström,
Berit Rollén, Lars
Tobisson och Monica
Werenfels Röttorp:
*Vi har råd med fram-
tiden. Men då krävs
en långsiktig och sam-
manhållen politik för
välfärdens finansiering*,
Arena Idé och Timbro,
2010, 79 sidor, ISBN
978-91-7566-
773-7.



Figur 1
Den demografiska förändringen. Prognoser av försörjningskvot 65+ och 80+ samt mortalitet för Sverige, Tyskland och USA

Källa: Egna beräkningar baserade på United Nations (2008).

I en nyligen utgiven antologi (Bengtsson 2010) diskuterar ett antal ledande svenska experter hur olika välfärdsprogram påverkas när demografin förändras. Under Professor Tommy Bengtssons redaktörskap har ekonomer och ekonomhistoriker fått ge sin bild av hur åldrandet påverkar några olika politikområden, såsom pensioner, äldreomsorg och sjukvård. Texterna är över lag kritiskt resonerande och jämför för- och nackdelar med olika reformansatser. En sak som är iögonenfallande i nästan alla bokens kapitel är att befolkningens åldrande beskrivs som ett problem som pockar på politiska lösningar. Det är förvisso konsekvent att den dystra vetenskapen har problem med en utveckling som ger oss ett par extra levnadsår per decennium, men det kan vara bra att komma ihåg att denna uppfattning kanske inte delas av alla. Dessutom är det, vilket jag ska återkomma till nedan, viktigt att definiera exakt vari "problemet" består.

En preliminär definition levereras av Tommy Bengtsson och Kirk Scott i ett av bokens inledande kapitel. Efter att ha konstaterat att den förändrade åldersstrukturen hittills framför allt varit en produkt av sjunkande fertilitet,

studerar de båda hur konsumtion och arbetsinkomster fördelar sig över livscykeln. Därvid gör de båda författarna den oroande observationen att de allra äldsta konsumerar för mer än 500 000 kr om året, medan deras arbetsinkomster är försumbara. Multiplicerar man dessa åldersspecifika koefficienter med respektive kohorts andel i befolkningen, kan man räkna fram ett underskott under antagandet att befolkningsstrukturen är det enda som ändras. Bengtsson och Scott finner att detta underskott under de kommande fyra decennierna kommer att stiga till 350 procent av dagens nivå.

Antagandena som ligger till grund för denna framskrivning är naturligtvis i vissa delar orimliga. Obalansen uppstår framför allt på grund av de äldres konsumtion, vilken i sin tur främst utgörs av sjukvårdstjänster. Således förutsätter den beräknade obalansen att all extra konsumtion som uppstår hämtas från utlandet, vilket verkar osannolikt. Tvärtom kommer det ökande antalet åldringar till större delen att få sin kostsamma vård av svenska läkare, vilkas inkomster inte räknas in i miljardunderskottet.

Icke desto mindre är Bengtsson och

Scotts beräkningar värdefulla, då de antyder att det framför allt är sjukvårdens kostnader som kan skapa obalans när befolkningen åldras. Denna iakttagelse knyter an till en debatt som de senaste decennierna förts inom både epidemiologi och hälsoekonomi, vilken befattar sig med frågan vad som händer med morbiditeten bland de äldre när medellivslängden ökar. De hypoteser som formulerats – vilka i grunden handlar om i vilken mån det är friska eller sjuka år som läggs till livet (Gruenberg 1977; Fries 1980) – fick inledningsvis väldigt blandade svar. På senare år tycks dock en konsensus ha utvecklats om att det i första hand faktiskt är en förskjutning av sjukligheten som iakttas när livslängden ökar (Payne 2007). Dock gäller detta inte nödvändigtvis för alla typer av vårdbehov och för alla länder.

Inom hälsoekonomin finns en parallell diskussion som går under namnet *red herring hypothesis*. I detta fall handlar det om sjukvårdskostnader och i vilken mån dessa i första hand är en funktion av åldern eller av återstående livslängd. Den ursprungliga studien av Zweifel m fl (1999) har utsatts för hård kritik från många håll och metoderna har förfinats över tiden. En huvudkritikpunkt har varit att det strider mot våra föreställningar om kausalitet att en orsak (återstående livslängd) föregås av dess verkan (vårdkostnader i dag) samt att variabeln återstående livslängd egentligen bara är en proxy för morbiditet. Icke desto mindre kan en analys av *red herring*-hypotesen vara av stort värde då den uteslutande bygger på variabler som låter sig mätas och prognostiseras i demografiska framskrivningar. Som synes i figuren ovan är det av avgörande betydelse om det är åldern eller kort återstående livslängd som ger upphov till en åldersprofil i de offentliga utgifterna. Ett typiskt resultat i denna litteratur är att sjukvårdens kostnader till betydande del

sammanhänger med återstående livslängd, medan det omvända förhållandet tycks råda för äldreomsorg (de Meijer m fl 2009).

I Bengtssons antologi är det framför allt Björn Lindgren och Carl Hampus Lyttkens som befattar sig med denna frågeställning. Precis som Bengtsson och Scott noterar de att sjukvårdskostnaderna har en markant åldersprofil: kostnaderna för en genomsnittlig nittioåring ligger på över 400 000 kr, medan motsvarande siffra för den arbetande befolkningen ligger i spannet 100 000–200 000 kr. Det är framför allt slutenvård som ökar explosionsartat med ålder, medan primärvård och öppen specialistvård är förhållandevis konstant eller rentav avtar med åldern.

Lindgren och Lyttkens använder sig av Finansdepartementets SESIM-modell för att analysera hur sjukvårdskostnaderna kan tänkas utvecklas till följd av befolkningens åldrande. SESIM-modellen är en dynamisk mikrosimuleringsmodell, där en individs hälsa utvecklas beroende på en rad faktorer, som t ex inkomst och familjeförhållanden. För att se hur kostnaderna påverkas av en förbättrad hälsa i befolkningen låter man individerna i modellen successivt ”föryngras” med avseende på hälsa och mortalitet. I jämförelse med ett basscenario utan förbättrad hälsa är effekten marginell och man kan rentav observera en ökning i den mån fler överlever till högre, vårdkrävande åldrar. Dock bör det påpekas att modellen inte kopplar samman mortalitet och hälsa, varför det nedslående resultatet eventuellt drivs av antagandena i modellen.

Lindgren och Lyttkens slår fast att befolkningens åldrande sannolikt kommer att leda till betydande ökning i de volymer som efterfrågas i sjukvården och diskuterar sedan olika sätt att hantera denna ökning. Man konstaterar att det knappast går att sätta sitt hopp till

teknologiska framsteg då den tekniska utvecklingen i sig är kostnadsdrivande – framför allt i interaktion med en åldrande befolkning. Inte heller en reformering av sjukvårdssektorn verkar vara rätt väg att gå, även om författarna noterar att ökad konkurrens kan ge upphov till effektivitetsvinster. I stället landar man i slutsatsen att ökade kostnader för sjukvården sannolikt reflekterar invånarnas preferenser och att politiken därför bör inriktas på att försöka allokera resurser bort från sektorer som kan tänkas generera lägre samhällsekonomisk nytta.

I detta sammanhang finns det anledning att ifrågasätta om inte författarna är väl pessimistiska vad den teknologiska utvecklingen anbelangar. Kostsamma innovationer uppstår i en växelverkan mellan världens sjukvårdssystem och de företag som driver på utvecklingen. Att den medicinska forskningen i hög grad inriktas på kostnadsdrivande teknologier hänger sannolikt i viss mån samman med systemfel i det amerikanska sjukförsäkringssystemet (jfr Fuchs 1986; Finkelstein 2007; jfr Acemoglu m fl 2006, för ett resultat i motsatt riktning). Mycket talar dock för att dessa systemfel på sikt är ohållbara, samt att USA kommer att förlora sin roll som ledande konsument av sjukvård. Därmed torde det öppnas möjligheter för en forskningsinriktning som ligger bättre i linje med beslutsfattarnas preferenser.

En annan aspekt som möjligen delvis förbises av Lindgren och Lyttkens är efterfrågesidans betydelse. Mycket talar för att ett system med ett offentligt monopol för sjukvårdsförsäkringen har lättare att hantera vissa aspekter av kostnadsutvecklingen. Detta gäller inte bara monopsonistens förmåga att hålla lönerna i sjukvårdssektorn nere, utan också möjligheten att få tillgång till ny medicinsk teknologi till förmånligt pris. Dessutom finns effektivitetsvinster att göra i ett så kallat *single payer*-system.

Ett lämpligt motexempel utgör i detta fall det tyska sjukförsäkringssystemet, där ett fragmenterat privat och ett fragmenterat offentligt system existerar sida vid sida. Man har i Tyskland inte bara en mycket kostnadsineffektiv vård (Or m fl 2005), man har också haft anmärkningsvärt svårt att enas om ett rationellt system för samhällsekonomisk lönsamhetsbedömning av behandlingar (jfr Schulpher och Claxton 2010).

En liknande invändning kan resas mot det resonemang som förs i Andreas Berghs avslutande kapitel. Bergh ger en mycket koncis och informativ översikt över den svenska välfärdmodellens utveckling. Han slår fast att den svenska modellen i vissa avseenden är död, men att den generella välfärdspolitiken, och stödet för densamma, ändå fortlever. Vidare konstaterar Bergh – delvis i kontrast mot de andra bidragen i antologin – att den demografiska omvälvningen är en övergångsperiod. Trots detta menar han att det är lätt att måla den svenska välfärdens framtid i dystra färger och diskuterar ett antal möjliga lösningar på problemen. Därvid ägnas särskild uppmärksamhet åt möjligheten att tillåta privata tilläggsförsäkringar. I den mån de övre inkomstskikten tillåts att toppa upp det offentliga utbudet med kompletterande försäkringar kan deras stöd för den generella välfärden bibehållas. Mot detta skulle kunna invändas att kombinationen låg inkomstspredning och en generellt hög kvalitet på offentlig service borde ge upphov till samma effekt – och det är denna kombination som traditionellt betraktats som den svenska modellens styrka.

Sammanfattningsvis ger Bengtssons antologi en mycket initierad och mångsidig bild av de utmaningar den svenska välfärdsstaten står inför. Några av Sveriges ledande experter ger sin syn på hur systemet kan reformeras för att stå pall när befolkningen åldras och de bjuder på

en hel del intressanta uppslag för reformer. Det enda jag egentligen saknar är en analys som går på tvärs med de sektoriella rågångarna och försöker anlägga ett helhetsperspektiv. De demografiska förändringarna har likartade men ändå distinkta implikationer på olika områden och därför kan en bredare analys rikta uppmärksamheten mot intressanta synergieffekter. Den äldrevårdsförsäkring som diskuteras av Per Gunnar Edebalk är ett sådant exempel. Det förs sedan ett par årtionden en diskussion om möjliga marknadsmisslyckanden i de länder där det offentliga åtagandet på äldreomsorgens område är begränsat (jfr Pauly 1990). På senare år har MIT-professorn Amy Finkelstein och hennes medförfattare i ett antal artiklar försökt ge ett svar på varför efterfrågan på privata äldrevårdsförsäkringar är så låg, trots den omfattande finansiella risk som ett vårdbehov i livets slutskede ger upphov till. Bland förklaringsmodellerna finns bristande rationalitet från konsumenternas sida, men också problem på utbudssidan (Brown och Finkelstein 2007). De privata försäkringar som erbjuds på den amerikanska marknaden uppvisar påtagliga anomalier i jämförelse med vanliga sjukförsäkringar: premierna är betydligt högre än det aktuariiska värdet och förmånerna som betalas ut är försedda med så många begränsningar att de i normalfallet bara täcker en liten del av de faktiska omsorgskostnaderna. Ett annat effektivitetsproblem som identifierats är att det behovsprövade offentliga systemet fungerar som en implicit skatt på privata försäkringar (Brown och Finkelstein 2008).

Som en lösning på åtminstone några av dessa problem har det föreslagits att äldrevårdsförsäkringar skulle kunna läggas samman med pensionsförsäkringar (Murtaugh m fl 2001). En sådan kombinerad produkt förväntas ge upphov till ett flertal effektivitetsvinster. De risker

som försäkras – lång livslängd respektive omsorgsbehov – är negativt korrelerade. Detta innebär att de individer som är kostsamma ur pensionsförsäkringens perspektiv är attraktiva ur äldrevårdsförsäkringens – och vice versa. Således kan de individer som har problem att få försäkringsskydd till rimliga villkor på den ena marknaden, förbättra sin ställning på marknaden avsevärt när produkterna kombineras.

Därutöver är en kombinerad produkt betydligt mindre känslig för fel i de demografiska prognoserna än vad de båda försäkringarna är var och en för sig.

För Sveriges del skulle man exempelvis kunna föreställa sig att en dylik försäkring tillhandahålls i kombination med tilläggspensionerna – antingen inom ramen för det statliga systemet, eller i samband med avtalspensionerna. Visserligen skulle detta leda till att individer med dålig förankring på arbetsmarknaden lämnas utanför, men de länder som infört socialförsäkringar på detta område har uppenbarligen lyckats hantera problemet (Karlsson m fl 2004).

Så långt den akademiska diskussionen. Jag tänkte nu avslutningsvis göra några reflexioner kring hur motsvarande debatt förs bland politiska aktörer. En av styrkorna med den svenska modellen som framhålls av Andreas Bergh är att den svenska utredningstraditionen gett upphov till en politisk debatt i Sverige som är rationell, pragmatisk och konsensusinriktad. Ett aktuellt exempel som kan användas för att testa den tesen är den s k Borgkommissionens rapport, vilken gavs ut av två tankesmedjor förra sommaren (Borg m fl 2010). Slutrapporten har det tämligen intetsägande namnet *Vi har råd med framtiden* och i den presenteras en rad uppmaningar till den regering som utsetts att leda landet efter 2010 års val. Huvudbudskapet i skriften är att det kommer att uppstå ett avsevärt ”finansieringsgap” och att ett omfattan-

de politiskt reformarbete är nödvändigt för att hantera konsekvenserna.

Borgkommissionens rapport är en intressant skapelse. I vissa delar snävar den in debatten betänkligt, som när den radar upp ett antal, delvis kontroversiella, ”felaktiga föreställningar”, vilka man tydligen inte får eller bör hysa. I andra delar är den märkligt oförmögen att sätta ned foten – som när man kommer till den föga revolutionerande slutsatsen att ”alla medborgare ska få tillgång till den vård och omsorg de vill betala för – kollektivt eller enskilt” (s 29). Rapportens huvudsyfte verkar vara att frågorna kring välfärdsstatens framtida finansiering ges högre prioritet på den politiska dagordningen. Därför är det något ironiskt att kommissionens huvudförslag är att frågan ska begravas i diverse olika utredningar. Vän av ordning skulle här möjligen inflika att kommissionen hade kunnat börja med att läsa någon av de otaliga utredningar som redan producerats på ämnet, som t ex den ovan recenserade boken. I övrigt är det tunt med konkreta förslag, men man har trots allt lyckats enas om att finansieringsgapet bäst sluts genom ett ökat antal arbetade timmar i ekonomin. Dessutom menar man att välfärdstjänster i framtida prioriteringar ska ha företräde framför transfereringar.

Sammanfattningsvis verkar Borgkommissionen inte ha lyckats få till stånd den politiska korsbefrukning mellan höger och vänster som tycks ha varit dess syfte. Tvärtom finns det tydliga indikationer på att man ömsesidigt förstärkt sina sämsta sidor. Från höger kommer katastrofscenariot som kan användas som hävstång för omfattande neddragningar av det offentliga åtagandet. Från vänster kommer en social ingenjörskonst som luktar 1960-tal, där politiker fattar de avgörande besluten i människors liv och medborgarna har att foga in sig i den stora Planen. Man

tycks därvid ha missat att många av de demografiska utmaningarna är betydligt lättare att hantera om man anlägger ett individperspektiv.

Borgkommissionens rapport lever således inte upp till den stolta tradition av bildad politisk debatt som Andreas Bergh beskriver. Dess misslyckande kan eventuellt föras tillbaka på partiernas kris: det kanske inte är lätt hitta politiskt aktiva som är kapabla att utföra en intellektuellt redig analys. Samtidigt manar exemplet till eftertanke inom forskarvärlden. Borgkommissionen drar paralleller till klimatförändringarna, vilka för med sig en rad olika problem av olika dignitet. På samma sätt innebär befolkningens åldrande att välfärdsstaten ställs inför en rad relaterade men olika artade utmaningar. För att få till stånd en initierad politisk debatt är det viktigt att vi som forskar kring de här frågorna ger en differentierad bild och framhåller de inneboende skillnaderna mellan olika politikområden. Vidare är det uppenbart att det trots flera decennier av forskning fortfarande finns omfattande luckor i vår kunskap om hur demografin påverkar välfärdssystemen. Olika statliga organ använder sedan länge sofistikerade prognosmodeller för att modellera utfallet av olika policystrategier, men i dessa modeller är det ofta oklart vad som är antaganden och vad som är utfall. Det skulle därför vara önskvärt med en samordnad forskningsinsats, som kombinerar makro- och mikroekonomiska perspektiv, samt teori och empiri, och ger sig i kast med att modellera hur politiken och demografin tillsammans påverkar arbetsutbud, relativpriser, välfärdssystem och offentliga finanser i en liten öppen ekonomi som den svenska.

Martin Karlsson

Juniorprofessor för tillämpad ekonometri, Technische Universität Darmstadt

REFERENSER

- Acemoglu, D, D Cutler, A Finkelstein och J Linn (2006), "Did Medicare Induce Pharmaceutical Innovation?", *American Economic Review Papers and Proceedings*, vol 96, s 103-107.
- Bengtsson, T (red) (2010), *Population Ageing – A Threat to the Welfare State? The Case of Sweden*, Springer-Verlag, Berlin och Heidelberg.
- Borg, P, m fl (2010), *Vi har råd med framtiden. Men då krävs en långsiktig och sammanhållen politik för välfärdens finansiering*, Arena Idé och Timbro, Stockholm.
- Brown, J R och A Finkelstein (2007), "Why is the Market for Long-term Care Insurance so Small?", *Journal of Public Economics*, vol 91, s 1967-1991.
- Brown, Jeffrey R och A Finkelstein (2008), "The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-Term Care Insurance Market", *American Economic Review*, vol 98, s 1083-1102.
- Finkelstein, A (2007), "The Aggregate Effects of Health Insurance: Evidence from the Introduction of Medicare", *Quarterly Journal of Economics*, vol 122, s 1-37.
- Fries J (1980), "Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity", *New England Journal of Medicine*, vol 303, s 130-135.
- Fuchs, V (1986), *The Health Economy*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Gruenberg, E M (1977), "The Failures of Success", *Milbank Memorial Foundation Quarterly/Health and Society*, vol 55, s 3-24.
- Karlsson M, L Mayhew, R Plumb och B Rickey (2004), "An International Comparison of Long-Term Care Arrangements: An Investigation into the Equity, Efficiency and Sustainability of the Long-term Care Systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States", Cass Business School, London, <http://www.cass.city.ac.uk/arc/reports/ARP%20156.pdf>.
- De Meijer, C, M Koopmanschap, T Bago d'Uva och E van Doorslaer (2009), "Time To Drop Time-To-Death? – Unravelling The Determinants of LTC Spending In The Netherlands", HEDG Working Paper 09/33, University of York.
- Murtaugh, C, B Spillman och M Warshawsky (2001), "In Sickness and in Health: An Annuity Approach to Financing Long-term Care and Retirement Income", *Journal of Risk and Insurance*, vol 68, s 225-253.
- Or, Z, J Wang och D Jamison (2005), "International Differences in the Impact of Doctors on Health: A Multilevel Analysis of OECD Countries", *Journal of Health Economics*, vol 24, s 531-560.
- Pauly, M (1990), "The Rational Non-Purchase of Long-Term Care Insurance", *Journal of Political Economy*, vol 98, s 153-168.
- Payne, G, A Laporte, R Deber och P C Coyte (2007), "Counting Backward to Health Care's Future: Using Time-to-Death Modeling to Identify Changes in End-of-Life Morbidity and the Impact of Aging on Health Care Expenditures", *Milbank Quarterly*, vol 85, s 213-257.
- SALAR (2009), "Developments in Elderly Policies in Sweden", SALAR, Stockholm.
- Schulpher, M och K Claxton (2010), "Sins of Omission and Obfuscation: Iqwig's Guidelines on Economic Evaluation Methods", *Health Economics*, vol 19, s 1132-1136.
- United Nations, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs (2008), *World Population Prospects: The 2008 Revision*, United Nations, New York.
- Zweifel, P, S Felder och M Meiers (1999), "Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring", *Health Economics*, vol 8, s 485-496.