



En modell för att beskriva det framtida resursbehovet för vård och omsorg om äldre



MISSIV

DATUM
2002-04-23
ERT DATUM
2001-05-22

DIARIENR
2001/260-5
ER BETECKNING

Socialdepartementet
Äldreberedningen (S 1998:08)
103 33 STOCKHOLM

Uppdrag att utarbeta en modell för att beskriva det framtida resursbehovet för vård och omsorg om äldre

Statskontoret fick den 22 maj 2001 i uppdrag av Äldreberedningen (S 1998:08) att utarbeta en modell för att beskriva det framtida resursbehovet för vård och omsorg om äldre.

Uppdraget redovisas i bifogad rapport (2002:10) Kan man mäta det framtida resursbehovet för vård och omsorg om äldre?

I rapporten görs en beskrivning, analys och värdering av olika utredningar och studier som genomförts med syfte att uppskatta det framtida resursbehovet inom området. På grundval av denna analys redovisas i rapporten ett förslag till en modell för att beskriva och beräkna det framtida resursbehovet för vård och omsorg om äldre.

Direktör Thomas Pålsson, chef för Enheten för styrningsfrågor har beslutat i detta ärende. Avdelningsdirektör Lena Schröder, föredragande, och organisationsdirektör Leif Lundberg var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Enligt Statskontorets beslut

Lena Schröder

INNEHÅLL

<u>SAMMANFATTNING</u>	6
<u>Antalet äldre i dag och i framtiden</u>	7
<u>Hälsa och funktionsförmåga i dag och i framtiden</u>	7
<u>Genomsnittskostnaderna i dag och i framtiden</u>	8
<u>Icke offentligt finansierad vård och omsorg, i dag och i framtiden</u>	8
<u>Kunskapsluckor</u>	10
<u>Slutsatser</u>	10
<u>1</u> <u>INLEDNING</u>	13
<u>2</u> <u>DE ÄLDRES BEHOV</u>	15
<u>3</u> <u>SCB:S BEFOLKNINGSPROGNOS</u>	17
<u>Prognosens antaganden</u>	18
<u>4</u> <u>VAD SÄGER EXISTERANDE PROGNOSE OM DET FRAMTIDA</u> <u>RESURSBEHOVET?</u>	21
<u>Dataunderlag</u>	21
<u>Enkla linjära framskrivningar</u>	22
<u>Komplexa linjära framskrivningar</u>	23
<u>5</u> <u>FAKTORER SOM PÅVERKAR DE ÄLDRES HÄLSA OCH</u> <u>FUNKTIONSFÖRMÅGA</u>	33
<u>Individrelaterade faktorer</u>	33
<u>Samhälls- och omgivningsrelaterade faktorer</u>	35
<u>6</u> <u>ICKE OFFENTLIGT FINANSIERAD VÅRD OCH OMSORG</u>	37
<u>Omfattningen i dag</u>	37
<u>Framtida utveckling</u>	40
<u>7</u> <u>DE GENOMSNITTLIGA ENHETSKOSTNADERNA</u>	47
<u>8</u> <u>SLUTSATSER</u>	49
<u>REFERENSER</u>	53

Sammanfattning

Det är aldrig lätt att sja om framtiden. Ju mer avlägsen denna framtid är desto osäkrare blir bedömningarna. Detta gäller även de framtida behoven av resurser för vård och omsorg om de äldre. I denna rapport diskuteras möjligheterna att bedöma resursbehovet under de närmaste 40 åren. Enligt SCB:s befolkningsprognos för denna period kommer antalet personer i åldrarna 65 – 79 år att öka från en dryg miljon år 2000 till 1.300.000 - 1.450.000 individer 40 år senare. Sannolikt kommer resursbehoven för vård och omsorg att i första hand bestämmas av utvecklingen av antalet personer som är 80 år och äldre, som ökar från drygt en halv miljon till 600.000 - 1.000.000 individer år 2040. Den kraftigaste ökningen inträder under början av 2020-talet.

De flesta prognoser som hittills gjorts bygger på enkla framskrivningar, där huvudalternativet i SCB:s befolkningsprognos över antalet äldre multipliceras med dagens genomsnittskostnader för vård- och omsorg om de äldre. Batljans och Lagergrens (2001) prognos är ett undantag, eftersom den kombinerar huvudalternativet i SCB:s befolkningsprognos med två alternativa antaganden om den framtida utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga. Ännu fler alternativa antaganden används i den prognos som utarbetats av EU:s ekonomisk-politiska kommitté. Av bägge dessa prognoser framgår att förändringar i antagandena medför mycket stora skillnader för bedömningarna av det framtida resursbehovet, i synnerhet när prognosperioden sträcker sig över en period på 40 år eller längre.

Hur behovet av resurser för vård och omsorg kommer att utvecklas i framtiden påverkas av ett flertal faktorer. För en del av dessa faktorer finns kunskap om utvecklingen under de senaste decennierna, för andra faktorer saknas information om både utvecklingen och dagsläget. För ytterligare några faktorer är det inte möjligt att få information om den framtida utvecklingen. Både behoven av vård och omsorg och kostnaderna för dessa insatser avgörs av individernas preferenser. På vilka sätt värderingar, attityder och livsstilar kommer att förändras under en så lång tid som fyrtio år är inte möjligt att förutsäga, men det är ytterst sannolikt att en förändring kommer att äga rum. Morgondagens äldre har levt sina liv under helt andra betingelser än dagens äldre och kommer därför sannolikt att ha helt andra önskemål och behov än vad som är fallet i dag.

Även om vi i en tänkt idealisk modellvärld skulle ha fullständig kunskap om den hittillsvarande utvecklingen av alla relevanta faktorer, skulle det ändå vara omöjligt att med säkerhet avgöra den framtida utvecklingen under en så lång period som de närmaste 40 åren. Det vore därför missvisande att hävda att det finns en enda utveckling av resursbehovet som i dag kan sägas vara mer sann än andra tänkbara utvecklingsvägar.

Oavsett dessa svårigheter är det dock nödvändigt att ha en uppfattning om inom vilka gränser den tänkbara utvecklingen ligger. Om det skulle visa sig svårt att klara den framtida vården och omsorgen med nuvarande finansie-

ringsformer, måste nämligen beslut om alternativa finansieringsformer fattas relativt snart. Den modell för bedömning av det framtida resursbehovet, som diskuteras i denna rapport, är inte tänkt att bilda underlag för en prognos i egentlig mening, utan för en *konsekvensanalys*, som beräknar effekterna av förändringar i modellens antaganden.

Den modell vi förespråkar innehåller fyra grundläggande variabler, vars sannolika utveckling kommer att påverkas av ett flertal svårbedömbara omständigheter.

De fyra grundläggande variablerna är på ”behovssidan” utvecklingen av antalet äldre och av deras hälsa och funktionsförmåga. Kostnaderna för att täcka dessa behov påverkas av utvecklingen av genomsnittskostnaderna för vård- och omsorgsinsatserna minskat med den icke offentligt finansierade vården och omsorgen.

Antaganden om utvecklingen av ovanstående fyra faktorer måste göras separat för män och kvinnor och gruppen äldre indelas i 5-årsklasser.

Antalet äldre i dag och i framtiden

Av dessa faktorer är utvecklingen av antalet äldre den som är lättast att bedöma, framtidens äldre är ju redan födda. Hur många de äldre blir i framtiden avgörs således av dödligheten i olika åldersgrupper, eftersom effekterna av invandring och utvandring av SCB bedöms ha mindre betydelse. SCB gör i sina befolkningsprognoser *tre* alternativa antagandena, som alla bygger på den faktiska utvecklingen under den senaste 10-årsperioden. Trots att det är relativt enkelt att bedöma antalet äldre i framtiden, leder även små förändringar i antagandet om dödligheten i de äldre åldersgrupperna, till stora konsekvenser när prognosperioden sträcker sig så långt fram i tiden som 40 år. Antagandet om låg dödlighet leder till exempel år 2040 till nästan en halv miljon fler personer över 80 år jämfört med antagandet om hög dödlighet.

Hälsa och funktionsförmåga i dag och i framtiden

Utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga är ännu svårare att bedöma. Det är naturligt att högre levnadsålder även innebär förbättrad hälsa i de äldre åldersgrupperna. Svenska och internationella studier tyder också på att så är fallet. Svagheter i det empiriska underlaget är att dessa studier avser förändringar under en relativt kort tidsperiod. För Sveriges del saknas också för närvarande uppgifter om utvecklingen av hälsa och funktionsförmåga för dem som är 85 år och äldre. Inom några år kommer det dock att finnas tillgång till säkrare uppgifter om denna åldersgrupp från SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (Äldre-ULF) och Institutet för sociala forsknings levnadsnivåundersökningar (Äldre-LNU). För ett begränsat antal kommuner kommer det därutöver att finnas uppgifter från forskningsprojektet SNAC (the Swedish National Study on Ageing and Care).

Även om det om några år blir möjligt att med större säkerhet fastställa utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga, är det inte givet att den iakttagna trenden kan skrivas fram för ytterligare 40 år. En mängd individ- och samhällsrelaterade faktorer kommer att påverka utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga. Tillgängliga data angående en del av dessa faktorer antyder att de äldres hälsa skulle kunna förbättras i snabbare takt än vad som varit fallet under de senaste 20 åren. Andra data pekar i motsatt riktning. Modellen bör därför innehålla *tre* alternativa antaganden angående utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga. Huvudalternativet i denna modell bör utgå från en framskrivning av den förbättring av de äldres hälsa och funktionsförmåga som kunnat iakttas i ULF, kompletterat med nya data från Äldre-ULF, Äldre-LNU och SNAC. Ett mer pessimistiskt alternativt antagande är att de äldres hälsa och funktionsförmåga kommer att vara oförändrad under den kommande 40-årsperioden. Realismen i detta pessimistiska antagande avgörs av den fortsatta utvecklingen av hälsa och sjukskrivningar i den aktiva befolkningen. Om 1990-talets ökning av ohälsa och långa sjukskrivningar fortsätter även in på 2000-talet måste det pessimistiska antagandet ses som ett realistiskt alternativ. Slutligen bör eventuellt även ett mer optimistiskt alternativt antagande prövas i modellen. En förutsättning för att detta antagande skall vara realistiskt är att det sker ett genombrott i behandlingen av Alzheimers sjukdom.

Genomsnittskostnaderna i dag och i framtiden

Vad gäller genomsnittskostnaderna för vård- och omsorgsinsatserna, pekar tillgängliga fakta i dag mot ökade genomsnittskostnader. Rekryteringsläget inom vård och omsorg redan i dag är ansträngt. Till detta kommer att genomsnittsåldern bland dem som arbetar i dessa sektorer är hög, vilket innebär att pensionsavgångarna kommer att bli omfattande under de närmsta åren. Hur mycket relativlönerna inom dessa sektorer kommer att behövas höjas och under hur lång tid är svårt att bedöma. Förutom av eventuella förändringar i de relativa lönerna, kommer kostnaderna att påverkas av den så kallade Baumols lag, dvs. den ojämna produktivitetsutvecklingen mellan varu- och tjänsteproduktion kommer att innebära att tjänsterna blir dyrare.

Ovanstående bedömningar av kostnadsutvecklingen vilar på antagandet om oförändrad kvalitet, omfattning och inriktning på vård- och omsorgstjänsterna. Ett sådant antagande är inte realistiskt. Verksamhetens omfattning, kvalitet och inriktning kommer att påverkas av såväl den medicintekniska utvecklingen som av förändringar i individernas preferenser. Dessa osäkerheter medför att modellen måste innehålla tre alternativa antaganden angående utvecklingen av de framtida genomsnittliga kostnaderna.

Icke offentligt finansierad vård och omsorg, i dag och i framtiden

Det är även svårt att bedöma är de äldres framtida möjligheter att få tillgång till icke offentligt finansierad vård och omsorg, det vill säga frivilliga insat-

ser och den privatfinansierade omsorg som köps på marknaden. Frivilliga insatser från anhöriga, vänner och grannar har mycket stor betydelse i dag. Det är här angeläget att införskaffa uppgifter om den nuvarande omfattningen på dessa insatser och om vilka personer det är som utför omsorgsinsatserna.

Inom några år kommer Äldre-ULF och Äldre-LNU att kunna ge information om omfattningen i dagsläget och utvecklingen under de senaste 10 åren. För ett begränsat antal kommuner kommer därutöver SNAC-projektet att kunna ge såväl fördjupad kunskap om omfattningen av de anhörigas insatser, som de anhörigas egen uppfattning om eventuella svårigheter att få tiden att räcka till.

Den framtida omfattningen av frivilliginsatserna kommer främst att påverkas av utvecklingen av andelen ensamboende äldre och närheten till anhöriga och vänner. Det är även tänkbart att utvecklingen av den framtida förvärvsfrekvensen och arbetsintensiteten i den äldre förvärvsaktiva befolkningen kommer att få betydelse.

I vilken utsträckning dagens pensionärer köper (svarta eller vita) omsorgstjänster från privata företag är inte tillräckligt utrett. Även här kommer Äldre-ULF, Äldre-LNU och SNAC att ge information om både dagsläget och den hittillsvarande utvecklingen.

Den framtida viljan och förmågan att privatfinansiera omsorgstjänsterna kommer att påverkas av hur pensionsinkomsterna utvecklas för morgondagens pensionärer. Dagens yngre pensionärer har avsevärt högre inkomster än vad som gäller för tidigare generationer. Samma positiva utveckling kommer sannolikt att även gälla för de som är födda på 1930- och 1940-talen. För senare generationer är dock utvecklingen av pensionsinkomsterna mera osäker och i högre grad avhängig av den samhällsekonomiska utvecklingen i stort.

Tillgängliga fakta pekar åt olika håll när det gäller den sannolika framtida omfattningen av de vård- och omsorgstjänster som inte finansieras med offentliga medel. Om könsrollsmönstren ändras så att männen i högre grad kan ge vård och omsorg åt sina hustrur kan frivilliginsatserna öka. Även 30- och 40-talisternas framtida inkomster ger vissa möjligheter till en ökning av den privatfinansierade servicen. Å andra sidan kan en fortsatt ökning av andelen ensamboende äldre och den kvinnliga förvärvsintensiteten innebära minskat utrymme för frivilliga insatser från anhöriga. Samma sak gäller om den makroekonomiska utvecklingen får till konsekvens att de som är födda på 1950-talet och senare inte har lika goda inkomster som tidigare generationer. Det är därför rimligt att bygga modellen på tre alternativa antaganden: ökad, minskad och oförändrad omfattning av de icke offentligt finansierade vård och omsorgsinsatserna.

Kunskapsluckor

Det finns ingen möjlighet att införskaffa data för att göra en helt säker bedömning av det framtida resursbehovet för vård och omsorg om de äldre. Viss kompletterande information skulle dock kunna reducera osäkerheten angående utvecklingen av två av de variabler som ingår i den tänkta modellen, nämligen utvecklingen av hälsa och funktionsförmåga hos de allra äldsta och av de insatser som inte är offentligt finansierade. Redan planerade och påbörjade undersökningar (Äldre-ULF, Äldre-LNU och SNAC) kommer inom ett par år att kunna ge ett bättre underlag för att formulera antaganden angående den framtida utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga. Även bedömningen av den framtida utvecklingen av de icke offentligt finansierade insatserna kan göras mindre osäkra när dessa data är tillgängliga. Kompletterande information angående de anhörigas åsikter och kostnaderna för privatfinansierad (svart och vit) omsorg vore önskvärd. Därutöver behöver kunskapsunderlaget förstärkas med initierade bedömningar av den medicintekniska utvecklingen, i synnerhet vad gäller behandlingen av demenssjukdomar.

Slutsatser

De osäkerheter som är förknippade med en långsiktig prognos över det framtida behovet av resurser för vård och omsorg om de äldre, leder till slutsatsen att det är vilseledande att använda en modell som gör anspråk på att känna till den sanna utvecklingen av de faktorer som styr det framtida resursbehovet. För att reducera osäkerheten i prognosen är det nödvändigt att använda en modell som utnyttjar alternativa antaganden angående utvecklingen av *samtliga* de fyra variabler som ingår i modellen. Beräkningar baserade på alternativa antaganden kan utnyttjas för känslighetsanalyser, dvs. hur mycket förändras kostnadsbehoven om förändringar görs i något eller några av modellens antaganden. Underlaget för dessa alternativa antaganden bör vara den faktiska utvecklingen under ett antal år samt bedömningar av den framtida utvecklingen. Den modell vi förespråkar sammanfattas i figur 9 i Slutsatskapitlet.

En modell med fyra variabler med tre alternativa antaganden angående utvecklingen av var och en av variablerna leder till hundratals olika möjliga prognoser angående det framtida resursbehovet. Medelantagandena för de fyra variablerna utgör modellens huvudalternativ. Hög- och lågkostnadsalternativen består i princip av de antaganden som ger den högsta respektive lägsta kostnadsutvecklingen i modellen. Det bör dock beaktas att vissa variabler sannolikt samvarierar. Det förefaller mindre sannolikt att hög dödlighet och starkt förbättrad hälsa inträffar samtidigt. På samma sätt är det osannolikt med en samvariation av hög kvinnlig förvärvsfrekvens, hög grad av sjukfrånvaro hos kvinnor i de aktiva åldrarna och ökade frivilliginsatser från anhöriga.

Den högsta och lägsta kostnadsutvecklingen kommer att bilda det intervall inom vilket resursbehoven kommer att hamna enligt modellens antaganden.

Det är här viktigt att framhålla att gränserna på detta intervall bygger på den sannolika utvecklingen utifrån den kunskap som är tillgänglig i dag. Även om detta intervall är stort går det inte att utesluta att resursbehoven i verkligheten kommer att ligga utanför intervallets gränser. Osäkerheten ökar ju längre fram i tiden prognosen sträcker sig. Det är därför angeläget att modellen revideras om och när den verkliga utvecklingen visar att antagandena är orealistiska.

1 Inledning

Stora födelsekullar under och efter andra världskriget i kombination med minskad dödlighet i de äldre åldersgrupperna innebär att befolkningen blir allt äldre i framtiden. Andelen individer i yrkesaktiv ålder kommer därmed att minska i förhållande till andelen äldre. Detta har givit upphov till farhågor att försörjningsbördan för de yrkesaktiva kan komma att bli svårhanterlig med nuvarande finansieringsformer. Den åldrande befolkningen är inget specifikt svenskt fenomen, utan gäller i större eller mindre utsträckning i alla OECD-länder.

Påfrestningarna på de offentliga finanserna till följd av den åldrande befolkningen kommer bland annat att bestå av de framtida behoven av resurser för vård och omsorg. Storleksordningen på dessa resursbehov har diskuterats i ett flertal rapporter och debattartiklar. Uppskattningarna av de framtida kostnaderna varierar starkt mellan olika bedömare.

Mot denna bakgrund har Äldreberedningen givit Statskontoret i uppdrag att utarbeta en modell för hur det framtida resursbehoven för de äldres vård och omsorg kan uppskattas och beskrivas på cirka 40 års sikt. Modellen behöver inte innehålla några faktiska skattningar av resursbehoven, utan skall ge en bild av vilka faktorer som påverkar behoven och hur dessa faktorer samverkar. Vidare ingår i uppdraget att beskriva, värdera och analysera de uppgifter om de framtida resursbehoven som redovisas i olika studier och utredningar inom området samt att ge förslag till eventuella ytterligare utrednings- eller forskningsinsatser som är nödvändiga för att bedöma de framtida resursbehoven.

Det ingår inte i uppdraget att göra överväganden om de framtida resursbehovens finansiering och personalförsörjning.

Rapporten har genomförts som en litteraturstudie av svenska och internationella studier och rapporter. Synpunkter på manuskriptet har lämnats av Marja Lemne, Gunnar Wetterberg och på kapitel 6 av Marta Szebehely (Socialhögskolan i Stockholm).

Den tankemodell vi här presenterar är uppbyggd kring fyra grundstenar, nämligen, utvecklingen av:

- antalet äldre
- de äldres hälsa och funktionsförmåga
- genomsnittskostnaderna för vård- och omsorgsinsatserna.

Modellen avser enbart behoven av offentligt finansierade resurser. De kostnader som uppstår till följd av ovanstående tre faktorer måste därför reduceras med:

- tillgången till icke offentligt finansierad vård och omsorg.

I kapitel 2 förs en diskussion av hur begreppet resursbehov kan uppfattas och definieras. Det följande kapitlet redovisar hur SCB:s befolkningsprognoser är uppbyggda samt vilka konsekvenser som förändringar i antaganden medför för prognosen av antalet äldre i framtiden. Det fjärde kapitlet klassificerar, analyserar och värderar ett antal svenska och internationella prognoser om det framtida resursbehovet för vård och omsorg om de äldre. I de följande kapitlen 5 – 7 presenteras och värderas det aktuella kunskapsläget samt identifieras kunskapsläget för ett antal faktorer som bestämmer det framtida behovet av resurser för vård och omsorg, nämligen de äldres hälsa och funktionsförmåga (kapitel 5), icke offentligt finansierad vård och omsorg (kapitel 6) och de genomsnittliga enhetskostnaderna (kapitel 7). I det avslutande kapitel 8 presenteras slutsatserna i form av en modell, som bygger på alternativa antaganden angående utvecklingen av modellens fyra grundstenar.

2 De äldres behov

Det är långt ifrån självklart hur begreppet *resursbehov* skall uppfattas och definieras. Resurserna för vård och omsorg bestäms i ett samspel mellan utbud och efterfrågan, där mycket tyder på att ”utbudet skapar sin egen efterfrågan”. Historiskt sett har resurserna för vård och omsorg i stor utsträckning bestämts av tillgångssidan. I hela OECD-området finns ett klart positivt samband mellan ländernas ekonomiska utveckling och de resurser som avsatts till vård och omsorg. För Sveriges del har Gerdtam och Jönsson (1991) beräknat åldersfaktorns betydelse för sjukvårdskostnaderna under perioden 1970 – 1985. Under denna period ökade sjukvårdskostnadernas andel av bruttonationalprodukten (BNP) från ca 7 procent till cirka 9 procent. Befolkningens ålderssammansättning kunde endast förklara en mindre andel (13 %) av denna kostnadsökning. Det finns således mycket som tyder på att behoven bestäms av tillgången på resurser och att de framtida kostnaderna för vård och omsorg om de äldre kommer att bestämmas av den samhällsekonomiska utvecklingen i stort. I detta sammanhang kan också nämnas att även den samhällsekonomiska utvecklingen i stort påverkas av den demografiska utvecklingen (se Lindh [2001]).

I denna rapport har vi emellertid valt att inte diskutera behoven från tillgångssidan, utan utgå från den sannolika utvecklingen av de äldres behov av vård och omsorg. Det finns olika traditioner att definiera behov. Inom sjukvården har Prioriteringsutredningen haft till syfte att finna kriterier för hur knappa resurser skall kunna fördelas till olika sjukvårdsbehov. Omvårdnadslitteraturen diskuterar behoven utifrån individens förmåga att klara olika dagliga aktiviteter och konstruerat olika index¹ som operationaliserar begreppet behov. I sådana index kan ingå individens fysiska och psykiska förmåga att klara dagliga aktiviteter som att göra inköp, klä sig, sköta sin hygien och laga mat.

Inom den nationalekonomiska litteraturen är behoven endast något som utgör en grund för individens efterfrågan på varor och tjänster på en marknad. Utifrån den individuella ”nyttofunktionen” bestäms sedan efterfrågan av individens inkomster och preferenser. Vård- och omsorgstjänsterna ges huvudsakligen i form av offentligt subventionerade tjänster och frivilliga insatser från anhöriga, vänner och grannar. Utvecklingen av efterfrågan i konventionell ekonomisk mening kommer därför endast att beröra de vård- och omsorgstjänster som kan köpas på marknaden. I överförd bemärkelse kan dock efterfrågan också tolkas som den process där behoven leder till politiska krav på resurser för vissa ändamål. Vissa bedömare anser att 40-talistgenerationen, till följd av sin storlek, kan utgöra en stark politisk kraft för resurser till de behov av vård och omsorg som uppstår när de blir äldre. Till detta kommer bedömningen att 40-talisterna, till skillnad från tidigare generationer, under sitt aktiva liv har erfarenhet av att ställa krav på den offentliga servicens omfattning och kvalitet.

¹ Dessa index brukar kallas ADL, det vill säga Activities of Daily Life.

Såväl den samhällsekonomiska som den privatekonomiska utvecklingen kommer att påverka de framtida kostnaderna för offentligt finansierad vård och omsorg. Ansatsen i denna rapport är dock att huvudsakligen diskutera behoven utifrån individens hälsa och behov av stöd och hjälp med dagliga aktiviteter. I de rapporter som vi utgår från definieras dessa behov utifrån intervju- och enkätundersökningar där individerna själva uppger sin hälsa och funktionsförmåga.

Inte ens med denna avgränsning är begreppet framtida resursbehov lätthanterligt. De föreställningar vi har om vårdens och omsorgens omfattning och innehåll präglas av de förhållanden som råder i dag. Modellen skall emellertid täcka behoven av resurser under en period som sträcker sig 40 år framåt i tiden. Framtidens äldre har växt upp och tillbringat sina liv under helt andra förhållanden än vad som är fallet för dagens äldre. De som är 65 och äldre under denna långa tidsperiod består av personer som är födda mellan år 1900 och år 1975. För att underlätta förståelsen av den oerhörda spännvidden mellan de generationer som berörs har vi utarbetat den lathund som redovisas i *tabell 1*. Av denna framgår att de som är mellan 70 och 90 år i dag är födda mellan år 1910 och 1930 medan de som är i denna åldersgrupp vid prognosperiodens slut är födda mellan 1950 och 1970.

Det finns all anledning att förmoda att levnadsvanor, värderingar och attityder skiljer sig avsevärt mellan dessa generationer. Förmodligen kommer morgondagens äldre män att vara mer vana vid att självständigt sköta hushållssysslor än dagens äldre män. Morgondagens äldre kvinnor kommer i stor utsträckning att ha förvärvsarbetat innan de går i pension och har kanske lägre anspråk på att ha ett välkött och välstädat hem än dagens äldre kvinnor. Morgondagens äldre kommer kanske att värdera mat från en sushi-bar högre än hemlagad söndagsstek och färdtjänst till teatern högre än fönsterputsning. Det finns all anledning att tro att sådana förändrade värderingar och attityder kommer att påverka den framtida inriktningen av äldreomsorgens tjänster. Vilka konsekvenser detta kan tänkas få för kostnaderna är dock omöjligt att förutse.

Tabell 1 Ålder i dag och år 2040 för personer med olika födelseår

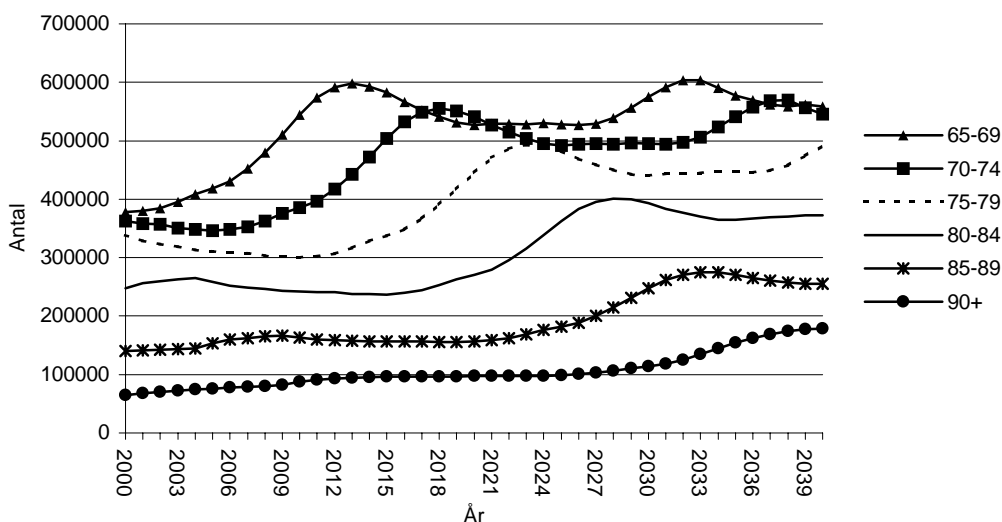
Födelseår	Ålder idag (år 2000)	Ålder år 2040
1910	90	130
1920	80	120
1930	70	110
1940	60	100
1950	50	90
1960	40	80
1970	30	70
1975	25	65

3 SCB:s befolkningsprognos

I alla prognoser över de äldres framtida behov av vård och omsorg är SCB:s befolkningsprognos en grundläggande byggsten, i en del prognoser till och med den enda. Befolkningsprognoserna revideras numera varje år. Den senaste prognosen sträcker sig fram till år 2050. Den stora variationen i antalet äldre under de närmsta 40 åren framgår tydligt av *figur 1* nedan. Varje linje i figuren visar antalet individer i en viss åldersgrupp respektive år. Den översta linjen representerar antalet 65-70 åringar. Nästa linje antalet i åldersgruppen 71-75 år osv. De ökade resursbehoven för vård och omsorg inträffar sannolikt omkring år 2015 – 2020 då det sker en brant ökning av antalet 75- 79 åringar som sedan följs av en nästan lika brant ökning av åldersgruppen 80 – 85 år.

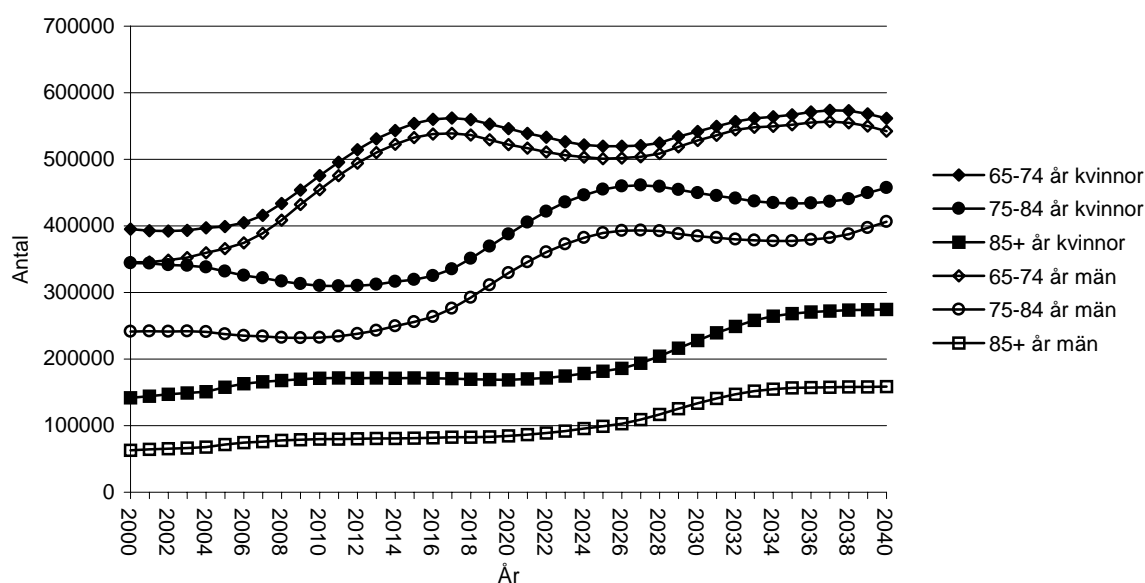
Medellivslängden skiljer sig avsevärt mellan män och kvinnor, vilket har betydelse för de resurser som avsätts till omsorg. Som framgår av *figur 2* är skillnaden i antalet män och kvinnor under den kommande 40-årsperioden inte särskilt stor för åldersgruppen 65 – 74 år. Däremot kommer det från och med ungefär mitten av 2020-talet enligt prognosen att finnas drygt 60.000 fler kvinnor än män i åldern 75 – 84 år och drygt 100.000 fler kvinnor än män över 85 år i mitten av 2030-talet.

Figur 1 Antal äldre i olika åldrar år 2000-2040, 5-årsklasser, män och kvinnor



Källa: SCB:s befolkningsprognos, huvudalternativet, egna beräkningar

Figur 2 Antalet äldre år 2010 - 2040, 10-årsklasser, män respektive kvinnor



Källa: SCB:s befolkningsprognos, huvudalternativet, egna beräkningar

Prognosens antaganden

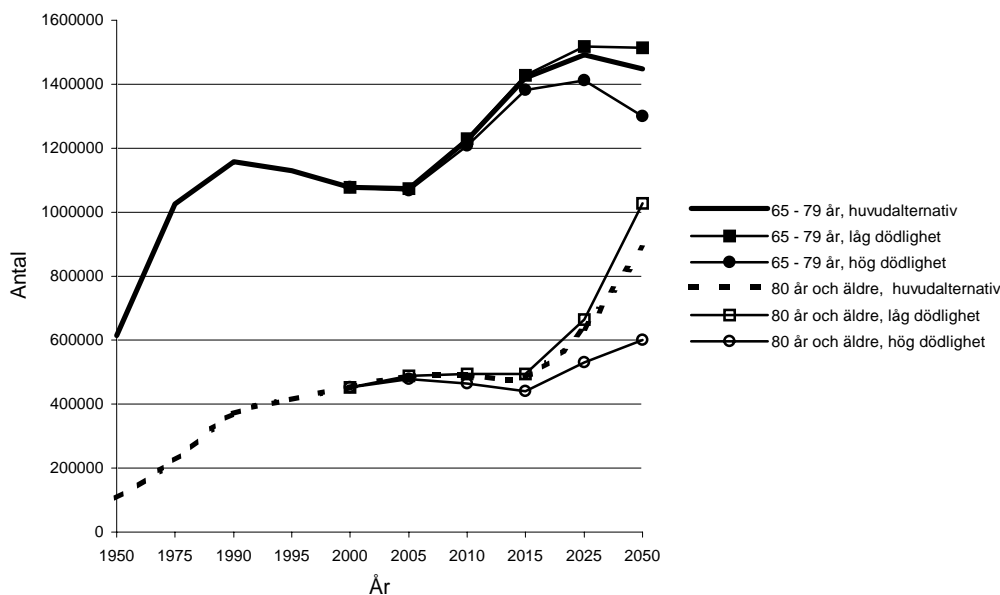
I föregående kapitel redovisades uppgifter enligt huvudalternativet i den senaste prognosen. Befolkningsprognoserna byggs upp kring antaganden om utvecklingen av tre variabler, nämligen fertilitet, dödlighet och invandring/utvandring. För samtliga variabler gäller att deras framtida utveckling är vanskelig att förutsäga, eftersom de påverkas av en mängd svårbedömbara faktorer. Utvandring och invandring påverkas av såväl skillnader mellan länder i till exempel löner, skatter och arbetslöshet som av den svenska invandrings- och flyktingpolitiken och av förekomsten av krig, svält och oroshärdar i resten av världen. Fertiliteten varierar starkt över tid och påverkas av utvecklingen på arbetsmarknaden, familjestödets utformning, andelen i högre utbildning m.m. På grund av dessa osäkerheter använder SCB tre alternativa antaganden angående den framtida utvecklingen av de tre variabler som prognosen bygger på. Det blir då möjligt att framställa 27 (3 x 3 x 3) alternativa prognoser. Huvudprognosen består av medelalternativet för var och en av variablerna. Prognoser används ofta för att bedöma utvecklingen på lång sikt, men är egentligen en färskvara. Ju längre fram i tiden prognosen sträcker sig, desto större blir avvikelserna från verkligheten om något av antagandena visat sig vara felaktigt.

Utvecklingen av antalet äldre är något lättare att prognostisera än vad som är fallet för de yngre åldersgrupperna. De som kommer att vara 65 år och äldre om 40 år är ju redan födda idag och invandring/utvandring bedöms inte beröra de äldre i nämnvärd omfattning. Utvecklingen av antalet äldre bestäms i prognosen av dödligheten, där antagandena grundas på den hittills iakttagna trenden. Dödligheten i de äldre åldersgrupperna har minskat kontinuerligt

sedan lång tid tillbaka. På senare tid minskar männens dödlighet snabbare än kvinnornas. I den senaste prognosen bygger trendframskrivningen främst på utvecklingen under perioden 1990 – 1999. I huvudalternativet antas den observerade nedgången i dödlighet fortsätta under prognosperioden, men nedgången avtar något från och med år 2010 för kvinnor och från och med år 2015 för män. Huvudalternativet innebär att fram till år 2050 ökar medellivslängden för män från nuvarande 77,1 år till 82,6 år och för kvinnor från nuvarande 82,1 år till 86,5 år. I lågalternativet antas 1990-talets nedgång i dödlighet fortsätter i oförändrad takt under hela prognosperioden. Högalternativet utgår från konstant dödlighet, det vill säga att den framtida dödligheten i varje åldersgrupp är lika hög som i dag.

Trots att befolkningsutvecklingen vad gäller de äldre är mindre osäker än för yngre åldersgrupper, har de hittills gjorda befolkningsprognoserna underskattat den faktiska utvecklingen av antalet äldre. Även små avvikelser från de gjorda antagandena leder till betydande skillnader när prognosen sträcker sig långt fram i tiden. Skillnaderna gäller framför allt de äldre åldersgrupperna. Antalet personer som är 80 år och äldre ökar fram till år 2050 enligt antagandet om hög dödlighet med drygt 30 procent och med antagandet om låg dödlighet med långt över 100 procent. Spännvidden mellan alternativen hög och låg dödlighet uppgår till nästan en halv miljon individer (426.000).

Figur 3 Antal äldre åren 2000 – 2050, med olika antaganden om dödlighet*



* Perioden 1950 – 2000 avser den faktiska utvecklingen och perioden därefter den prognostiserade.

Källa: SCB (2000).

4 Vad säger existerande prognoser om det framtida resursbehovet?

Under senare år har ett flertal prognoser publicerats som behandlar det framtida resursbehovet för de äldres vård och omsorg. Skillnaderna mellan förutsägelseerna i dessa prognoser är avsevärda. För att få en uppfattning om det framtida resursbehovet för de äldres vård och omsorg är det nödvändigt att göra en värdering av realismen i dessa prognoser. Vilka metoder har använts? Vilka faktorer ingår i bedömningarna? Vilka antaganden har gjorts? Hur tillförlitliga är data? Vilken tidsperiod avses?

De metoder som använts består av linjära framskrivningar. I samtliga prognoser ingår ålder, kön och genomsnittskostnad för vård och omsorg om de äldre som variabler i modellen². I de flesta modellerna används kostnaderna ett givet år som utgångspunkt. Från detta basår beräknas de framtida kostnaderna. I några fall förekommer retrospektiva serier, dvs. utvecklingen ett antal år bakåt i tiden utgör grund för beräkningen av de framtida kostnaderna.

Prognoserna kan grovt delas in i två olika typer av modeller, som här kallas *enkla linjära framskrivningar* och *komplexa linjära framskrivningar*. De enkla framskrivningarna är helt styrda av ökningen av antalet äldre, allt annat förutsätts vara oförändrat. I de mer komplexa modellerna tas även hänsyn till att andra faktorer kan komma att förändras.

En sammanfattning av samtliga prognoser som kommer att presenteras ges i *tabell 2* i slutet av kapitlet.

Dataunderlag

Gemensamt för nästan alla prognoser är att de utgår från huvudalternativet i SCB:s befolkningsprognos av den framtida utvecklingen av antalet äldre. Som vi sett i kapitel 3 får små förändringar i SCB:s antaganden om förväntat antal återstående levnadsår stora konsekvenser, i synnerhet när prognosen sträcker sig långt fram i tiden.

När antalet äldre i framtiden är fastställt enligt SCB:s huvudprognos, beräknas det framtida resursbehovet för vård och omsorg med hjälp av uppgifter från två typer av källor. Den ena typen kan sägas spegla utbudet av vård och omsorg och den andra typen de äldres behov. Bägge typerna av källor är problematiska.

Utbudet av vård och omsorg mäts i form av kommunernas och landstingens kostnader för de äldres vård och omsorg. Införandet av Ädelreformen 1992 medförde förändringar i huvudmannaskap inom både vård och omsorg. Det

² Med variabel avses här och i fortsättning enbart de faktorer som ingår i modellens beräkningar.

är därför inte möjligt att använda längre tidsserier för att prognostisera den framtida utvecklingen. En ytterligare svårighet är att landstingen i allmänhet inte fördelar sina kostnader på olika åldersgrupper. Beräkningarna av sjukvårdskostnaderna för de äldre vilar på uppgifter från det enda landsting som kan åldersfördela sina kostnader, nämligen Region Skåne. Uppgifterna från Skåne är korrigerade för ej åldersfördelade avvikelser från riksgenomsnittet, och ”bör betraktas med ett visst mått av osäkerhet” (SOU 1996:163).

Inte heller kommunernas omsorgskostnader är fördelade på olika åldersgrupper. I de kostnader som redovisas ingår även omsorg om yngre personer med funktionshinder. De flesta prognoserna har med hjälp av specialstudier i enskilda kommuner kunnat uppskatta hur stor del av kostnaderna som avser de äldre. Men i några av prognoserna förutsätts att antalet funktionshindrade yngre kommer att växa i samma takt som antalet äldre.

Endast en av prognoserna (Batjlan och Lagergren [2000]) tar hänsyn till tänkbara förändringar på behovssidan. Utgångspunkten är förändringar över tid i de äldres hälsa och funktionsförmåga. I den enda tillgängliga datakällan, SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF), ingår dock inte personer äldre än 85 år.

De prognoser som gjorts av EU och OECD använder vård- och omsorgskostnadernas andel av BNP som kostnadsåtgång. Underlaget är hämtat från nationella statistikkällor och avser oftast vård- och omsorgskostnaderna för hela befolkningen, oavsett ålder. I några fall har uppskattningar gjorts av hur stor andel av dessa kostnader som avser de äldre. Sådana uppskattningar vilar på samma datakällor som de nationella prognoserna har använt. Den kritiska granskningen av de internationella prognoserna försvåras av att datakällorna och deras brister inte är lika noggrant redovisade som i några av de nationella prognoserna.

Sammanfattningsvis finns det således betydande osäkerheter i det dataunderlag som prognoserna bygger på. Det är här viktigt att uppmärksamma att små felaktigheter i data för utgångsåret i en prognos, kan växa till betydande felaktigheter när prognosen sträcker sig långt fram i tiden (se figur 3 i kapitel 3 för en illustration av hur små förändringarna i antagandet om dödlighet påverkar utvecklingen av antalet äldre).

Enkla linjära framskrivningar

I de enkla framskrivningarna förutsätts att ingenting kommer att förändras i framtiden förutom antalet äldre. Grundläggande antaganden i denna typ av modeller är att hälsotillståndet och funktionsförmågan i varje åldersgrupp inte kommer att förändras över tiden utan förbli på dagens nivå. Vidare antas kostnaderna per insats vara oförändrade, det vill säga ingen hänsyn tas till eventuella möjligheter till effektivare resursutnyttjande eller till kostnadseffekter av medicinsk-tekniska framsteg. Löneutvecklingen inom vård- och omsorgssektorerna förutsätts följa löneutvecklingen i samhället i övrigt.

Inte heller beaktas den troliga utvecklingen av alternativ till offentligt finansierad vård och omsorg. Antalet äldre med nedsatt hälsa eller funktionsförmåga i framtiden och kostnaderna för deras vård och omsorg styrs således helt och hållet av befolkningsprognosen.

Eftersom vi vet att antalet äldre kommer att öka starkt i framtiden leder de enkla linjära trendframskrivningarna med automatik till motsvarande stora ökningskostnader för vård och omsorg om de äldre. Hur stora kostnadsökningarna blir är beroende av vilken tidsperiod som prognosen avser.

Denna typ av linjära framskrivningar är grova förenklingar, som endast kan tjäna som utgångspunkt för en diskussion om konsekvenserna av att antalet äldre ökar om ingenting annat förändras. Beräkningarna visar endast hur stora kostnaderna för vård och omsorg om de äldre skulle vara idag, om antalet äldre idag skulle vara lika stort som i framtiden.

Exempel på denna typ av enkla framskrivningar är Fölster (1998) och Söderström m.fl. (1999) som båda avser perioden fram till år 2030. I bägge rapporterna antas genomsnittskostnaden för de äldres konsumtion av sjukvård och äldreomsorg vara oförändrad. Prognosen styrs därför helt av utvecklingen av antalet äldre under prognosperioden och leder till dramatiska kostnadsökningar. Kostnaderna för vård och omsorg om de äldre kommer, enligt dessa rapporter, att öka med cirka 60 procent under prognosperioden. Omsorgskostnaderna innefattar även yngre funktionshindrade, det vill säga prognoserna förutsätter att antalet yngre funktionshindrade kommer att växa i samma takt som antalet äldre. I Fölster görs ingen problematisering av realismen i beräkningarna. Däremot anger Söderström m.fl. att deras beräkningar sannolikt innebär en underskattning, framför allt på grund av att det är de allra äldsta som ökar mest inom gruppen äldre.

Komplexa linjära framskrivningar

Även de mer komplexa modellerna grundar sig på linjära framskrivningar. Realismen i de komplexa modellerna är något högre än i de enkla framskrivningarna. De komplexa modellerna tar hänsyn till att även genomsnittskostnaderna kan komma att förändras under prognosperioden. Det finns olika metoder för att bedöma framtida förändringar i genomsnittskostnaderna. Vi har valt att dela in dessa metoder i *kompletterande bedömningar* och *alternativa antaganden*.

Kompletterande bedömningar

En metod är att i ett första steg räkna fram de framtida kostnaderna med en enkel linjär framskrivning. Resultaten från den enkla framskrivningen revideras i nästa steg med hjälp av bedömningar av hur ett stort antal övriga kostnadspåverkande faktorer kan komma att utvecklas under prognosperioden. Förändringen av dessa övriga faktorer ingår således i den slutliga bedömningen, men inte som variabler i modellen.

Ett exempel på denna typ av beräkningar är den prognos som redovisas av HSU 2000 i SOU 1996:163 *Behov och resurser i vården – en analys*. Prognosen avser perioden 1994–2010 och kommer fram till att de demografiskt betingade kraven på resurser för landstingens hälso- och sjukvård kommer att öka med knappt 6 % och för kommunernas äldreomsorg med drygt 19 %.

Den enda variabel som förändras i själva modellen är antalet äldre enligt huvudalternativet i SCB:s befolkningsprognos. Resultatet från den enkla framskrivningen modifieras sedan med hjälp av ett stort antal expertbedömningar av framför allt utvecklingen av sjuklighet och medicinsk teknik under prognosperioden. Det sammanvägda resultatet av dessa expertutlåtanden är att genomsnittskostnaderna för varje åldersgrupp kommer att vara oförändrade under prognosperioden. För ökade kostnader talar att tidigare demografiska framskrivningar underskattat det framtida resursbehovet. Underskattningarna har främst uppkommit på grund av att effekterna av medicinska landvinningar inte inkluderats i prognosen. En annan kostnadsökande faktor har varit åldersförskjutningar inom gruppen äldre, där andelen äldre äldre har ökat. För ett minskat resursbehov talar å andra sidan bättre hälsa hos de äldre till följd av förbättrade levnadsvanor samt ett effektivare utnyttjande av resurserna inom vård och omsorg.

Svenska Kommunförbundets äldreberedning har använt samma teknik för en prognos (Svenska Kommunförbundet [1999]), som i stort sett utgår från samma expertunderlag som HSU 2000. I prognosen ingår inte landstingens kostnader. Till skillnad från i HSU 2000, konstateras här att tidigare prognoser överskattat de framtida resursbehoven. Trots gemensamt dataunderlag kommer Kommunförbundets äldreberedning fram till avsevärt högre kostnader än HSU 2000 för ungefär samma tidsperiod (1997 – 2010). Även här är antalet äldre enligt SCB:s befolkningsprognos den enda variabel som förändras i själva modellen. Den kostnadsökning som uppkommer efter denna framskrivning justeras i nästa steg. Kommunförbundet antar här att kostnaderna kommer att bli avsevärt högre än vad den rena framskrivningen visar. Dessa kostnadsökningar uppkommer främst på grund av antaganden om en ökad andel ensamboende bland de äldre samt ökade kostnader för behandling av vissa sjukdomar. Slutligen lägger Kommunförbundet på en större ökning av medellivslängden än i SCB:s huvudalternativ.

Alternativa antaganden

I den svenska och internationella debatten har realismen i antagandet om oförändrad hälsa och funktionsförmåga hos de äldre kraftigt ifrågasatts. Bakom ökningen av antalet äldre i Sverige och övriga industriländer ligger dels de stora födelsekullarna under 1940-talet, dels att livslängden ökat. Ökningen av den genomsnittliga livslängden har pågått under hela 1900-talet och förklaras till stor del av minskad spädbarnsdödlighet. Under första hälften av 1900-talet var det framför allt dödligheten i infektionssjukdomar och i andningsorganens sjukdomar som minskade kraftigt. En annan orsak är att vi lever allt längre. Det förväntade antalet återstående levnadsår ökar även för de äldre. Det är tämligen självklart att ett ökat antal levnadsår har

ett samband med förändringar i de äldres hälsa och funktionsförmåga. Hur detta samband ser ut har sedan flera decennier diskuterats inom forskningsvärlden. Diskussionen kan sammanfattas i följande tre hypoteser:

- *Sammanpressad sjuklighet* – kortare genomsnittlig sjuklighetstid före döden.
- *Utvidgad sjuklighet* – längre genomsnittlig sjuklighetstid före döden.
- *Senarelagd sjuklighet* – oförändrad genomsnittlig sjuklighetstid före döden, dvs. sjukligheten förskjuts uppåt i åldrarna.

På senare tid har relevansen av ovanstående hypoteser belysts genom empiriska studier både i Sverige och i andra länder. De flesta studierna stöder hypotesen om senarelagd sjuklighet. Den ökade medellivslängden har således inneburit att fler friska år läggs till livet.

Batljan och Lagergren (2000)

För Sveriges del finns en prognos som i sitt basalternativ utgår från att framtidens äldre kommer att ha bättre hälsa och funktionsförmåga än vad som är fallet i dag (Batljan och Lagergren [2000]). Prognosen avser perioden 2000 – 2030. Antagandet om förbättrad hälsa och funktionsförmåga får stora konsekvenser för de framtida kostnadsökningarna, i synnerhet inom äldreomsorgen. Sjukvårdskostnaderna ökar med 10 – 12 procent fram till år 2030 jämfört med de 15 – 20 procent som följer av ett antagande om oförändrad hälsa och funktionsförmåga. Kostnaderna för äldreomsorgen ökar med endast 20 – 30 procent jämfört med de 60 – 70 procent som följer av en enkel demografisk framskrivning.

Denna prognos har fått stort genomslag i den svenska debatten och utgör underlag för några av de prognoser som på senare tid genomförts av OECD. Det finns därför anledning att göra en utförlig granskning av den empiriska grunden bakom de antaganden som denna prognos vilar på. Det empiriska underlaget är omfattande, synnerligen gediget och utförligt redovisat, vilket bidrar till prognosen kvalitet och dessutom gör det möjligt att genomföra en kritisk granskning.

Granskningen avser de antaganden som prognosen vilar på. Förutom kön ingår tre variabler i modellen, nämligen utvecklingen av antalet äldre, utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga samt genomsnittliga vård- och omsorgskostnader för män och kvinnor i olika åldersgrupper. I prognosens görs två alternativa beräkningar. I huvudalternativ antas att de äldres hälsa och funktionsförmåga kommer att förbättras, som jämförelsealternativ används oförändrad hälsa och funktionsförmåga.

Det första antagandet avser utvecklingen av antalet äldre, där Batljan och Lagergren gör bedömningen att huvudalternativet i SCB:s befolkningsprognos underskattar de framtida ökningarna i livslängd. Trots denna bedömning används SCB:s huvudalternativ som underlag för prognosen. Eftersom Batljan och Lagergren dessutom bedömer att de äldres hälsa och

funktionsförmåga kommer att förbättras, är det inte självklart att huvudalternativet i SCB:s befolkningsprognos är det mest realistiska antagandet. Som visats tidigare leder även små förändringar i befolkningsprognosen till kraftiga skillnader i kostnadsutvecklingen för vården och omsorgen om de äldre.

Som grund för kostnadsutvecklingen inom sjukvården utgår Batljan och Lagergren från att kostnaderna kommer att vara koncentrerade till livets slutskede. För att få fram enhetskostnaderna för olika åldersgrupper används de genomsnittliga sjukvårdskostnaderna år 1997 i Region Skåne, uppdelade på ålder, kön och återstående antal levnadsår. Framskrivningen av kostnaderna för vården under de sista levnadsåren är sedan baserad på huvudalternativet i SCB:s befolkningsprognos. För att beräkna enhetskostnaderna inom äldreomsorgen används de normkostnader för vård och omsorg om de äldre som utarbetats inom Socialdepartementet.

Kostnadsutvecklingen inom både landstings- och kommunsektorn vilar således på antagandet att vård- och omsorgskostnaderna för de äldre kommer att ha samma inriktning, kvalitet och omfattning per behov som under slutet av 1990-talet. Ett ytterligare antagande är att löneutvecklingen inom vård- och omsorgssektorerna kommer att följa löneutvecklingen i samhället i övrigt. Författarna anger själva att realismen i detta antagande kan ifrågasättas. Det är visserligen möjligt att ett mer effektivt resursutnyttjande inom vården skulle kunna ge lägre kostnader. Mycket talar dock för att kostnaderna kommer att öka. De svårigheter att rekrytera personal till vården, som märks redan i dag, kommer sannolikt att förvärras i framtiden och leda till att lönekostnaderna inom vårdsektorn ökar snabbare än i andra sektorer.

Antagandet om förbättrad hälsa och funktionsförmåga hos de äldre är baserat på två typer av källor: empiriska studier från andra länder samt utvecklingen i Sverige enligt SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). I likhet med de flesta utländska studierna avser de svenska undersökningarna förändringar i de äldres hälsa och funktionsförmåga från mitten av 1970-talet till mitten av 1990-talet³. Om vi med äldre menar personer som är äldre än 64 år avser dessa undersökningar således förbättringar i hälsa och funktionsförmåga mellan de generationer som är födda runt sekelskiftet 1800/1900 med dem som är födda några decennier in på 1900-talet. Dessa generationer har genomlevt ett eller två världskrig. Deras levnad sammanfaller också med uppbygget av de välfärdsstater, som för Sveriges del inneburit en omvandling från Fattigsverige till en modern välfärdsstat. Det är inte självklart att de förbättringar som inträffat för dessa generationer även kommer att gälla för senare generationer. De personer som är 65 år och äldre vid prognosperiodens slut, år 2030, är födda långt senare – 1965 och tidigare – och deras livslopp präglas av helt andra samhällsförändringar än för dem som var födda runt förra sekelskiftet.

³ De utländska studier som här avses är OECD (1998), Zweifel, Felder och Meiers (1999), Freedman & Martin (1998), Manton, Stallard & Corder (1995), Manton, Corder & Stallard (1997).

Underlaget för antagandet om utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga är hämtade från den enda rikstäckande, kontinuerligt återkommande, svenska datakällan, nämligen SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). En stor brist i ULF är att personer äldre än 85 år inte ingår i undersökningen, med undantag av ett enda år (1988/89).

Batljan och Lagergren gör här antagandet att hälsoförbättringarna för personer 85 – 89 år är hälften så stora som de som uppmätts för åldersgruppen 80 – 84 år i ULF samt att den är konstant för dem som är 90 år och äldre. Det vore önskvärt med ett empiriskt underlag på svenska data för detta antagande. EU gör bedömningen att hälsa och funktionsförmåga inte har förbättrats inom unionen för dem som är 80 och äldre och OECD rapporterar samma sak för Kanada för dem som är 75 år och äldre.

Ett ytterligare antagande är att omsorgskostnaderna endast är relaterade till utvecklingen av antalet äldre med svår ohälsa. Andelen äldre med svår eller måttligt svår ohälsa har minskat för både män och kvinnor i samtliga åldersgrupper mellan 65 och 84 år sedan mitten av 1970-talet enligt ULF. Däremot har andelen med lätt ohälsa ökat i samtliga åldersgrupper under perioden. Författarna antar att utvecklingen av andelen äldre med lätt ohälsa saknar betydelse för kostnadsutvecklingen inom äldreomsorgen. De redovisade normkostnaderna för äldre med lätt ohälsa är avsevärt lägre än för dem med svår eller måttligt svår ohälsa, men de är inte försumbara. Normkostnaden för äldre ensamboende med lätt ohälsa är ungefär en tredjedel av normkostnaderna för dem med måttligt svår ohälsa (Batljan och Lagergren [2000]). Vilka konsekvenser en fortsatt ökning av andelen äldre med lätt ohälsa skulle kunna få för kostnadsutvecklingen inom äldreomsorgen redovisas inte i rapporten.

Batljans och Lagergrens prognos är den mest gedigna som gjorts på svenska data. Dess antaganden vilar såväl på resultaten från internationell forskning som på empiriska undersökningar på svenska data. En stor förtjänst är att den lyfter fram konsekvenserna för den framtida kostnadsutvecklingen av att ökad livslängd sannolikt även innebär förbättrad hälsa och funktionsförmåga hos de äldre. Därmed har författarna kunnat visa att den påfrestning på välfärdssystemet som den framtida "äldrechocken" kommer att medföra enligt de enkla demografiska framskrivningarna sannolikt är överdriven. Det vore dock felaktigt att dra slutsatsen att Batljans och Lagergrens prognos innebär att vi nu med exakthet vet hur stort det framtida resursbehovet för vård och omsorg om de äldre kommer att bli. En brist i prognosen är nämligen att konsekvenserna av förändringar i andra antaganden inte resulterar i alternativa prognoser, utan avfärdas som oväsentliga. Författarnas slutsats att den starka ökningen av antalet äldre endast kommer att leda till marginella kostnadsökningar, bygger på att ett stort antal antaganden kommer att hålla för hela prognosperioden:

- Ökningen i förväntad livslängd får inte bli högre än i huvudalternativet i SCB:s befolkningsprognos
- Vårdens och omsorgens inriktning, kvalitet och omfattning kommer att vara oförändrad.
- Löneutvecklingen inom vård- och omsorgssektorerna kommer inte att bli snabbare än inom andra samhällssektorer.
- SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) ger en riktig bild av utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga under perioden 1975 – 1997, trots att personer över 85 år inte ingår i undersökningarna och att de med starkt nedsatt hälsa eller funktionsförmåga sannolikt är överrepresenterade i bortfallet.
- Den förbättring av svår och måttligt svår ohälsa hos de äldre som kunnat iakttas i ULF under de senaste 20 åren kommer att fortsätta fram till år 2030.
- Den ökning i lätt ohälsa som redovisas i ULF får inga konsekvenser för kostnadsutvecklingen.

EU:s ekonomisk-politiska kommitté

Den prognos som gjorts av den ekonomisk-politiska kommittén inom EU sträcker sig över en ännu längre tidsperiod, nämligen 2000 – 2050 (EU 2001). Kostnads måttet skiljer sig något från ovanstående prognoser, i och med att kostnaderna för vård och omsorg beräknas som andelar av BNP. I huvudalternativet beräknas dessa kostnader för Sveriges del sammanlagt öka från 8,8 procent av BNP till 11,8 procent av BNP. Beräkningarna avser visserligen kostnader för hela befolkningen, men hela ökningen beror på att antalet äldre blir fler under perioden.

En stor fördel med prognosen från EU:s ekonomisk-politiska kommitté är att den visar hur känsliga beräkningarna är för alternativa antaganden. Tre olika antaganden förändras i förhållande till basalternativet, nämligen ökad livslängd, snabbare kostnadsökning för en given prestation samt förbättrad hälsa och funktionsförmåga bland de äldre. För att ge en mer lättförståelig uppfattning om konsekvenserna av förändrade antaganden har vi räknat om måttet ”andel av BNP” till kronor. Den alternativa beräkning som ger den största kostnadsökningen är den som följer av antagandet att kostnaderna per prestation inom sjukvård och omsorg kommer att öka snabbare än BNP. Med detta antagande ökar kostnaderna fram till år 2050 med nästan 95 miljarder kronor eller 31 miljarder mer än i basalternativet. Den minsta kostnadsökningen uppkommer vid en förändring av antagandet om oförändrad hälsa och funktionsförmåga. Med ett antagande om förbättrad hälsa uppgår kostnadsökningarna fram till år 2050 endast till drygt 25 miljarder, vilket är 39 miljarder lägre än i basalternativet. Intervallet mellan det lägsta och högsta beräkningsalternativet omfattar således hela 70 miljarder kronor!

OECD

I OECD (1998) och OECD (1999) är huvudfrågan vilken betydelse eventuella förbättringar av de äldres hälsa och funktionsförmåga kommer att få för de framtida vård- och omsorgskostnaderna. För Sveriges del är förbättringarna i hälsa och funktionsförmåga baserade på ULF, det vill säga samma data som i Batljan och Lagergren (2000). Författarna till rapporten gör bedömningen att de äldres hälsa och funktionsförmåga sannolikt kommer att förbättras. Men de gör även bedömningen att det krävs mer forskning för att avgöra om den förbättrade hälsan kan kompensera för de påfrestningar på samhällsekonomin som uppkommer på grund av ökningen av antalet äldre. I likhet med i Batljan och Lagergren (2000) ger förändringar i antagandet om de äldres hälsa och funktionsförmåga stora effekter på de framtida kostnadsökningarna. Skillnaderna i prognoserna uppkommer främst på grund av att OECD har en kortare prognosperiod än Batljan och Lagergren.

Även i OECD (2001) görs en prognos för perioden 2000 – 2050. Trots att författarna framhåller vikten av att ta hänsyn till eventuella förändringar i de äldres hälsa och funktionsförmåga, görs alternativa beräkningar enbart med alternativa antaganden om livslängdens utveckling. Resultaten av förändringar i detta antagande redovisas dock inte för vård- och omsorgskostnaderna separat. Resultatet av OECD:s huvudalternativ sammanfaller med EU:s basalternativ.

Om inte om fanns ...

Genomgången av befintliga prognoser leder fram till en entydig slutsats: det är inte möjligt att göra några säkra förutsägelser om vad som kommer att inträffa i framtiden. Ju längre fram i tiden prognosen sträcker sig, desto känsligare är den för förändringar i de antaganden den vilar på. Som framgår av sammanfattningen i tabell 2 nedan är variationerna mellan prognoserna av betydande omfattning och beror på skillnader i antaganden angående utvecklingen av några av de faktorer som påverkar kostnadsutvecklingen. Det går inte att med säkerhet fastställa den framtida utvecklingen av någon av de faktorer som kommer att bestämma kostnaderna för de äldres vård och omsorg. Inte ens en gång den förväntade livslängden hos personer som redan är födda kan fastställas med exakt säkerhet.

Slutsatsen är dock inte att det är fullständigt meningslöst – eller till och med missvisande – att göra prognoser över den framtida kostnadsutvecklingen. Huruvida de äldres vård och omsorg kommer att kunna säkras i framtiden utan förändring av rådande finansieringsformer är en fråga av stor betydelse. Kostnadsutvecklingen för vård och omsorg om de äldre är en av pusselbitarna i svaret på denna fråga. Andra minst lika viktiga pusselbitar, vars utveckling ligger utanför ramen för detta uppdrag, är det framtida arbetskraftsdeltagandet och den framtida samhällsekonomiska utvecklingen i stort. Om slutsatsen skulle bli att finansieringsformerna bör förändras måste beslut fattas i god tid. Sådana beslut kan inte fattas utan gedigna beslutsunderlag. Det mest gedigna beslutsunderlaget som finns tillgängligt i dag är Batljans och Lagergrens prognos. För att denna prognos skall inträffa i

verkligheten krävs dock att ett stort antal antaganden kommer att hålla under hela prognosperioden. För att bedöma effekten av förändringar i dessa antaganden vore det önskvärt med en mer komplex modell som beräknar effekten av alternativa antaganden angående utvecklingen av de faktorer som påverkar den framtida kostnadsutvecklingen. I nästa kapitel ges en genomgång av kunskapsläget angående övriga faktorer som sannolikt kommer att påverka kostnadsutvecklingen.

I tabellen nedan sammanfattas prognosernas antaganden och resultat.

Tabell 2 Sammanfattning av prognosernas antaganden och resultat

Källa	Tidsperiod	Kostnadsökning		Antaganden --- = ingen förändring			
		Sjukvård	Omsorg	Antal äldre	Hälsa / funktionsförmåga	Kostnader/presentation	Övrigt
SOU 1996:163	1994 – 2010	+ 5,5 % 5 mdkr	+ 19 % 10 mdkr	SCB:s huvudprognos	---	---	Överväganden ang. effekterna av ett stort antal övriga faktorer ingår i bedömningen, men inte som variabler i modellen.
Svenska Kommunförbundet 1999	1997 – 2010		+ 23 % + 14 mdkr a)	SCB:s huvudprognos + 1 års förlängd livslängd	---	Ökad kvantitet och höjd kvalitet	Överväganden ang. effekterna av ett stort antal övriga faktorer ingår i bedömningen, men inte som variabler i modellen.
Fölster (1998)	1994 – 2030	+ 60 % + 40 mdkr	+ 60 % + 40 mdkr	SCB:s huvudprognos	---	---	Omsorg om yngre funktionshindrade ingår i beräkningarna.
Söderström m.fl. (1999)	1997 – 2030	+ 38,6 mdkr		SCB:s huvudprognos	---	---	Bedömningen anses vara en underskattning, på grund av utvecklingen av andelen äldre. Omsorg om yngre funktionshindrade ingår i beräkningarna
Batjlan & Lagergren: Huvudalternativ	2000 – 2030	+ 10–12%	+20-30%	SCB:s huvudprognos	Förbättrad hälsa och funktionsförmåga	---	Överväganden ang. effekterna av ett stort antal övriga faktorer ingår i bedömningen, men inte som variabler i modellen.
Batjlan & Lagergren: Oförändrad hälsa		+15-20%	+60-70%	SCB:s huvudprognos	---	---	
OECD (1998) (1999)	2000 – 2020		+ 27,2 %	FN:s huvudprognos	---	---	
OECD (1998) (1999)	2000 – 2020		+ 6,3 %	FN:s huvudprognos	Förbättrad hälsa och funktionsförmåga	---	
EU: Huvudalternativ b)	2000 – 2050	från 6% till 7% av BNP +22 mdkr ^{c)}	från 2,8% till 4,8% av BNP 42 mdkr ^{c)}	Eurostats huvudprognos	---	---	
EU: Förlängd livslängd b)	2000 – 2050	från 6% till 7,2% av BNP +25,2 mdkr ^{c)}	från 2,8% till 6% av BNP 67,2 mdkr ^{c)}	Eurostats huvudprognos + förlängd livslängd	---	---	
EU: Ökade kostnader b)	2000 – 2050	från 6% till 7,9% av BNP +39,9 mdkr ^{c)}	från 2,8% till 5,4% av BNP +54,6 mdkr ^{c)}	Eurostats huvudprognos	---	Ökar 0,25 % snabbare än BNP/capita	
EU: Förbättrad hälsa b)	2000 – 2050	från 6% till 6,7% av BNP +14,7 mdkr ^{c)}	från 2,8% till 3,3% av BNP +10,5 mdkr ^{c)}	Eurostats huvudprognos	Förbättrad hälsa och funktionsförmåga	---	
OECD (2001)	2000 – 2050	från 8,1% till 11,3% av BNP +67,2 mdkr ^{c)}		Eurostats huvudprognos	---	---	

a) Innefattar även kommunernas sjukvårdskostnader.

b) Gäller alla åldersgrupper. Inkluderar sannolikt kostnader för handikappomsorg.

c) Egna beräkningar av kostnadsökningar i kronor, basår år 2000, BNP = 2100 mdkr.

5 Faktorer som påverkar de äldres hälsa och funktionsförmåga

Som framgår av föregående kapitel kommer den framtida utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga att ha stor betydelse för vård och omsorgskostnaderna. Det kan inte tas för givet att den förbättring av de äldres hälsa och funktionsförmåga som kunnat iakttas de senaste 20 åren i SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF), kommer att fortsätta i samma takt i ytterligare 40 år. I en mer komplex modell är det angeläget att använda alternativa antaganden angående hälsoutvecklingen.

Det är naturligt att ett av dessa alternativ baseras på den utveckling som hittills har iakttagits i ULF-data. En väsentlig förbättring av det empiriska underlaget för detta alternativ kan erhållas inom ett par år då åldersgruppen över 84 år kommer att inkluderas i en Äldre-ULF. Det blir då möjligt att bedöma hälsoutvecklingen för denna åldersgrupp sedan 1988/89, dvs. det enda år där undersökningspopulationen inte hade en övre åldersgräns. Det vore därutöver önskvärt med en analys av bortfallet bland de äldre i ULF för att bättre kunna bedöma tillförlitligheten i data. Vidare kommer det att bli möjligt att använda Levnadsnivåundersökningarna (LNU) vid Institutet för social forskning, som även de täcker hela landet. År 2002 kommer en Äldre-LNU utan övre åldersgräns att genomföras. Resultaten från denna kommer att kunna jämföras med den Äldre-LNU som genomfördes tio år tidigare. I framtiden kommer sannolikt mycket värdefull information att genereras i forskningsprojektet SNAC⁴, som bygger upp longitudinella områdes-databaser för uppföljning och analys av äldresystemet. Projektet täcker dock enbart ett begränsat antal kommuner.

Även med en förbättring av dataunderlaget från Äldre-ULF, Äldre-LNU och SNAC är det inte möjligt att göra en exakt beräkning av de äldres framtida hälsa och funktionsförmåga under en så lång period som 40 år framåt i tiden. De alternativa antaganden som är nödvändiga bör utnyttja tillgängliga data över den hittillsvarande utvecklingen av en rad faktorer som påverkar de äldres hälsa och funktionsförmåga. Från tidigare forskning vet vi att hälsan och funktionsförmågan på äldre påverkas av en rad individrelaterade faktorer. Förutom omständigheter som direkt kan knytas till individen är medicinska landvinningar och förändringar i samhällets infrastruktur av stor betydelse för de äldres hälsa och funktionsförmåga.

Individrelaterade faktorer

Enligt forskningen inom området är de viktigaste individrelaterade faktorerna kön, yrke, utbildning, levnadsvanor och hälsa under åren fram till pensioneringen. Därutöver har tillgången till sociala nätverk och individens födelseland stor betydelse. Kvinnor, högre tjänstemän, högutbildade och födda i Sverige lever längre än andra grupper. Med undantag av kvinnorna

⁴ The Swedish National Study on Ageing and Care.

har dessa grupper även bättre hälsa än andra (SOU 2000:3, SOU 2000:41). En av förklaringarna till den hittillsvarande förbättringen av hälsa och funktionsförmåga hos de äldre är förvandlingen från jordbruks- och industrisamhälle till tjänstesamhälle samt den ökade utbildningsnivån hos befolkningen. Vidare anses att minskad rökning, bättre kostvanor och ökad motion har bidragit till den hittillsvarande positiva hälsoutvecklingen. Det går självklart inte att avgöra om dessa faktorer kommer att fortsätta att bidra till bättre hälsa och högre levnadsålder 40 år framåt i tiden. För en fortsatt förbättrad hälsoutveckling talar att utbildningsnivåerna sannolikt kommer att vara högre hos framtidens äldre än vad som är fallet i dag. Sannolikt kommer även andelen före detta arbetare och jordbrukare att vara lägre bland framtidens äldre än vad som är fallet bland dagens äldre.

Det finns dock även omständigheter som talar emot en fortsatt positiv hälsoutveckling. På basis av ULF-data har kommittén Valfärdsbokslut funnit en påtaglig försämring av hälsoläget i befolkningen under 1990-talets första hälft. Under den andra hälften av 1990-talet har försämringen i hälsoläget planat ut och i vissa avseenden förbättrats något (SOU 2000:41). Det är för tidigt att avgöra huruvida försämringen är ett uttryck för en långvarig trend eller endast sammanhänge med den ovanligt djupa sysselsättningskrisen under början av 1990-talet. Ett annat oroväckande fenomen är den dramatiska ökningen av de långa (> 30 dagar) sjukskrivningarna under andra hälften av 1990-talet. För kvinnornas del har de långa sjukskrivningarna fördubblats sedan mitten av 1990-talet och omfattade år 2000 nästan sex procent av den kvinnliga befolkningen i åldrarna 15 – 64 år. Ökningen av männens långa sjukskrivningar har varit något mindre dramatiskt och uppgick till drygt tre procent år 2000. Det har också skett en kraftig ökning av de mycket långa sjukskrivningarna. Antalet sjukskrivna längre än 365 dagar ökade från knappt 50.000 i mitten av 1990-talet till nästan 100.000. (SOU 2002:5). Även när det gäller de långa sjukskrivningarna är observationsperioden för kort för att avgöra om den dramatiska ökningen är ett tecken på ett trendbrott eller av tillfällig karaktär.

Det är inte heller självklart att förbättrade levnadsvanor kommer att fortsätta att bidra till en positiv hälsoutveckling. Trots förbättrade kost- och motionsvanor har det sedan början av 1980-talet skett en ökning av andelen överviktiga. År 1997 var drygt 2,5 miljoner personer överviktiga, varav nästan en halv miljon kraftigt överviktiga. (Rosén & Stenbeck [1999]).

En annan faktor som kan påverka den framtida hälsan och funktionsförmågan hos de äldre är en sannolik ökning av andelen utlandsfödda i befolkningen. Utlandsfödda har betydligt sämre hälsa än de som är födda i Sverige, i synnerhet gäller detta de som är födda i Afrika, Asien eller Latinamerika. Till viss del kan dessa skillnader förklaras av att de utrikes födda ställning på arbetsmarknaden kännetecknas av förhållanden som är mer skadliga för hälsan än vad som gäller för befolkningen i övrigt. Men även efter att hänsyn har tagits till skillnader i yrke och andra levnadsförhållanden kvarstår oförklarade ökade risker för ohälsa och dödlighet för dem som är födda

i Afrika, Asien eller Latinamerika. Andelen utrikes födda i befolkningen över 65 år är idag drygt 9 procent, därav är 1 procent födda i Afrika, Asien eller Latinamerika. Av *tabell 3* nedan framgår att andelen utrikes födda är betydligt högre i dagens unga och medelålders generation än vad som är fallet i den äldre generationen. Detta gäller i synnerhet för dem som är födda i Afrika, Asien eller Latinamerika. Det går inte att förutsätta att andelen utrikes födda kommer att öka i exakt den omfattning som tabellen nedan visar. Invandringens och utvandringens omfattning är utomordentligt svår att prognostisera. Dessutom är den internationella rörligheten högre bland utrikes födda än bland dem som är födda i Sverige. Mycket tyder dock på att andelen äldre som är födda i Afrika, Asien och Latinamerika kommer att öka kraftigt i framtiden.

Tabell 3 Befolkningen i olika åldersgrupper fördelade på födelseregion

Ålder år 2000	21 - 30	31 - 40	41-50	51-64	65+	Samtliga
Ålder år 2040	61 - 70	71 - 80	81 - 90	91 - 104	105 +	
Sverige	87,4	83,9	84,5	87,5	90,7	88,7
Norden exkl. Sverige	1,5	3,3	4,8	5,7	4,5	3,1
Europa och USA, Kanada, Austr. och N.Z.	4,0	5,2	5,4	4,8	3,9	4,0
Övriga inkl. uppgift saknas	7,2	7,6	5,4	2,0	1,0	4,1
Samtliga utlandsfödda	12,6	16,1	15,5	12,5	9,3	11,3
Samtliga	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Källa: Integrationsverkets STATIV-databas.

Samhälls- och omgivningsrelaterade faktorer

Utöver de individrelaterade faktorer som diskuterats ovan kommer de äldres framtida hälsa och funktionsförmåga att påverkas av framsteg inom den medicinska vetenskapen och av förändringar i samhällets infrastruktur. I Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU 2000) gjordes i mitten av 1990-talet en omfattande expertbedömning av den medicinska utvecklingen fram till år 2010. Deras slutsats var att kraven på resurser till vård och omsorg om de äldre skulle öka fram till år 2010, framför allt till följd av ökade kostnader för vård i livets slutsked, artros, höftfrakturer, stroke och demens. Utredningens sammanfattande bedömning var att kostnaderna skulle öka utöver vad som var resultatet av en ren demografisk framskrivning av antalet äldre. Inom landstingen förutses de ökade resursbehoven för de äldre kunna kompenseras av minskade kostnader för yngre åldersgrupper. För kommunerna förutses däremot att resursbehoven för äldreomsorgen kommer att öka utöver vad som framkommer av en ren demografisk framskrivning.

Det är inte meningsfullt att göra en förnyad medicinsk expertbedömning av vilka landvinningar den medicinska vetenskapen kan tänkas uppnå med en så lång tidshorisont som de kommande 40 åren. Däremot vore det värdefullt med en expertbedömning av utvecklingen av läkemedel mot Alzheimers sjukdom, som är den vanligaste formen av demens, och vilka konsekvenser ett genombrott inom detta område skulle kunna få för äldreomsorgens kostnader. Det finns mycket som tyder på att ett genombrott i behandlingen av Alzheimers sjukdom kan komma att ske inom de närmaste 5 – 10 åren⁵. Vård och omsorg om personer med svår eller måttlig demenssjukdom svarar för nästan hälften av äldreomsorgens kostnader i dag (Socialstyrelsen [2000], Jönsson och Wimo [2001]). Ett genombrott i behandlingen av Alzheimers sjukdom skulle därför kunna innebära betydande minskningar av kostnaderna inom äldreomsorgen.

De äldres funktionsförmåga är också beroende av hur samhällets infrastruktur är organiserad. Framtidens äldre kommer att vara vana vid att använda Internet i betydligt större utsträckning jämfört med dagens äldre. I framtiden kommer därför de äldre att kunna uträtta en rad tjänster hemma vid sin dator, som i dag kräver personligt besök vid offentliga och privata serviceinrättningar. Exempel på sådana tjänster är bank- och postärenden, inköp av livsmedel och andra varor m.m. Å andra sidan kommer en fortsatt utglesning av serviceinrättningar att öka funktionshindren för dem som inte kan använda Internet. Detta gäller i synnerhet på landsbygden. Sammantaget är det dock sannolikt att den tekniska utvecklingen kommer att öka funktionsförmågan hos äldre med fysiska funktionshinder.

⁵ Dr. Bengt Winblad, Huddinge sjukhus, föredrag vid Alzheimerdagen den 21 september 2001.

6 Icke offentligt finansierad vård och omsorg

Hur stora anspråken på offentligfinansierad vård och omsorg kommer att bli i framtiden är inte enbart ett resultat av antalet äldre och deras hälsa och funktionsförmåga. Vård och i synnerhet omsorg ges i stor utsträckning utanför det offentligt finansierade systemet. De viktigaste insatserna är de som ges av anhöriga, vänner och grannar. Därtill kommer de avgifter som de äldre erlägger för den offentliga vården och omsorgen samt de privatfinansierade tjänster som de äldre köper på marknaden. I en modell över resursbehovet på 40 års sikt går det inte att förutsätta att dessa insatser kommer att fortsätta i oförändrad omfattning. I likhet med andra variabler i modellen bör alternativa antaganden baseras på tillgänglig kunskap. En utgångspunkt för dessa alternativa antaganden är att fastställa dagens omfattning av de omsorgsinsatser som ges av anhöriga och som köps på marknaden.

De organisatoriska förändringar som skedde under 1980- och 1990-talen inom vård och omsorg skapade ett ökat tryck på den kommunala omsorgen. Med i stort sett oförändrade resurser och ett ökat antal äldre har detta medfört betydande omprioriteringar inom den kommunala omsorgen. Till skillnad från inom sjukvården har dessa förändringar inom äldreomsorgen inte föregåtts av en grundlig prioritetsutredning. Förändringarna har medfört att andelen äldre i särskilt boende och i synnerhet andelen med hemhjälp minskat under de senaste 20 åren. Andelen i åldersgruppen 65 – 79 år med hemhjälp har minskat från elva procent år 1980 till fyra procent år 1997. För personer över 80 år har motsvarande minskning varit från 34 procent till 20 procent. Denna minskning är större än vad som skulle vara motiverat av enbart förbättringar i de äldres hälsa och funktionsförmåga. Förändringen innebär att äldre med mycket stora vård- och omsorgsbehov har prioriterats medan serviceinsatser till dem med mindre behov i stort sett försvunnit. Minskningen av andelen äldre med hemhjälpinsatser avser dock även dem med nedsatt rörlighet. Vidare har minskningen av hemhjälpinsatserna särskilt berört samboende äldre. En viktig fråga är i vilken utsträckning de bortfallna hemtjänststimarna har kompenseras av frivilliga insatser från anhöriga, vänner och grannar eller av tjänster köpta på marknaden. (Szebehely [2000]).

Omfattningen i dag

I ett flertal rapporter anges att de anhörigas frivilliga insatser i arbetstimmar är *två till tre gånger högre* än den offentliga omsorgen om äldre som bor hemma. Denna uppskattning bygger på Johansson (1991) och avser förhållandena i slutet av 1980-talet. Sedan dess har det skett förändringar i anhörigomsorgens omfattning. Omfattningen och utvecklingen av de anhörigas insatser är dock ännu svårare att följa än den offentligt finansierade vården och omsorgen, eftersom frivilliga insatser av naturliga skäl inte ingår i den kommunala redovisningen. De uppgifter som finns bygger på intervju- och enkätundersökningar, där ULF är den enda rikstäckande datakällan. Som

tidigare nämnts ingår inte personer som är 85 år och äldre i ULF, med undantag av år 1988/89. I *tabell 4* visas förändringen i omsorgens omfattning och sammansättning från slutet av 1980-talet till slutet av 1990-talet. Uppgifterna avser personer i åldern 65 – 84 år som uppgivit att de är i behov av praktisk hjälp. För denna grupp äldre har det skett en ökning av de anhörigas insatser under det senaste decenniet.

Tabell 4 Olika former av hjälpinsatser till personer som uppger att de är i behov av praktisk hjälp, 65 – 84 år, 1988/89 respektive 1998/99

Andel av äldre (%), 65-84 år	1988/89	1998/99
med kommunal hjälp	37,1	27,5
med hjälp av anhörig/vän	35,4	40,9
med hjälp från hushållsmedlem	49,3	49,4
med privat/annan hjälp	9,7	14,7
utan hjälp	0,6	1,3

Källa: SOU 2001:56, beräkningar på uppgifter från ULF.

De senaste uppgifterna angående anhörigas frivilliga vård- och omsorgsinsatser för de som är äldre än 84 år kommer från den så kallade Äldre-ULF-studien år 1994⁶. Observera att uppgifterna i *tabell 5* avser *samtliga* personer som är 80 år och äldre, det vill säga en annan grupp än i föregående tabell. Även för denna grupp är de anhörigas omsorgsinsatser omfattande, i synnerhet från äldre kvinnor som hjälper sina äkta män. Från andra uppgifter i denna och andra studier framgår att ”andra anhöriga” i stor utsträckning består av döttrar.

⁶ Äldre-ULF omfattar intervjuer med ett riksrepresentativt urval av 1.379 hemmaboende 75 år och äldre och genomfördes av Socialstyrelsen år 1994.

Tabell 5 Olika former av hjälpinsatser till män och kvinnor 80 år och äldre, 1994

Andel av äldre (%), 80+ år	Män	Kvinnor
med offentlig hjälp	37	50
varav i särskilt boende	19	26
varav med hemhjälp i hemmet	18	24
med informell hjälp	38	24
varav från make/maka	27	7
varav från annan anhörig/vän	14	19
med annan hjälp	6	6
utan hjälp	30	32

Källa: Szebehely (1998), beräkningar på uppgifter från Ädel-ULF och Socialstyrelsen.

Av tabellerna framgår även att tjänster som köps på den privata marknaden har avsevärt mindre betydelse än de anhörigas insatser. Det har dock skett en markant ökning av denna typ av omsorg under 1990-talet. Det förefaller också som om ökningen av anhöriginsatserna framför allt berör de äldre med relativt låga inkomster, medan de med goda inkomster i ökad utsträckning köper tjänster från privata serviceföretag. (Szebehely [2000], SOU 2001:79).

Med tanke på den höga och växande omfattningen av den icke offentligt finansierade omsorgen är det angeläget att få fram mer noggranna uppgifter om situationen i dagsläget. För närvarande finns inga uppgifter angående vilka personer det är som står för hjälpinsatserna och insatsernas omfattning. Vi vet inte heller hur de anhöriga själva uppfattar sina omsorgsinsatser. I vilken utsträckning uppfattar äldre makar, som kanske själva är skröpliga, att det är alltför tungt att ge vård och omsorg åt sin ännu skröpligare livspartner? Finns det svårigheter att förena yrkesarbete på heltid med att ge omsorg till gamla föräldrar? Det går därför inte att utan ytterligare kunskap bedöma om omfattningen av anhöriginsatserna kan utökas eller bör minskas. Därutöver är det angeläget att få kunskap om de äldres utgifter för privatfinansierad omsorgsinsatser.

En hel del av dessa kompletterande kunskaper kan sannolikt erhållas från de nya undersökningar, som presenterade i kapitel 5 (Äldre-ULF, Äldre-LNU och SNAC). Eventuellt måste dessa undersökningar kompletteras med intervjuer av anhöriga.

På grundval av existerande och tillkommande uppgifter bör det vara möjligt att göra en uppskattning av hur känsliga kostnaderna inom den kommunala äldreomsorgen är för variationer i de anhörigas insatser och i den privat-

finansierade omsorgen. I nästa steg återstår att bedöma den framtida utvecklingen av dessa insatser.

Framtida utveckling

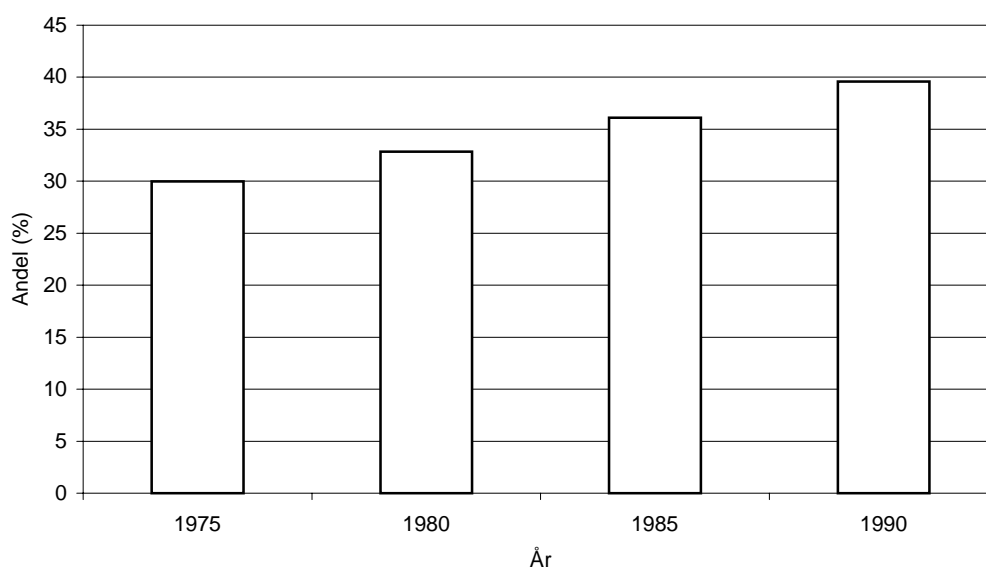
De anhöriga

Utvecklingen av de anhörigas framtida insatser är beroende av de äldres önskemål om vårdgivare och de anhörigas vilja och förmåga att ge hjälp. Vad gäller de äldres önskemål tyder tillgänglig kunskap på att de äldre föredrar hjälp från kommun/landsting, i synnerhet när det gäller långvariga behov. (Hassing och Sundström [2000], Szebehely [2000]). Det är svårt att identifiera vilka faktorer som kan tänkas påverka den framtida utvecklingen av de äldres önskemål. Däremot finns det en del tendenser som troligen kommer att påverka de anhörigas vilja och förmåga att göra frivilliga insatser. Anhörigvårdaren är i stor utsträckning make/maka eller barn till den som behöver hjälp.

Kvinnor lever längre än män, vilket innebär att det finns betydligt fler änkor än änklingar. Det är därför vanligare att kvinnor hjälper sin behövande make än tvärtom. Det är sannolikt att medellivslängden kommer att öka snabbare bland män än bland kvinnor i framtiden, vilket skulle innebära en minskning av antalet ensamstående äldre kvinnor. Om så blir fallet finns det ett utrymme för ökade omsorgsinsatser från makens sida. För denna utveckling talar också en trolig förändring av könsrollsmönstren hos framtidens äldre. Bland gifta par är det i dag vanligare att det är kvinnan som ger vård och omsorg till sin hjälpbehövande make än tvärtom. Sannolikt kommer framtidens äldre män att vara mer vana att sköta hemsysslor än vad som är fallet i dagens äldre generation.

Den potentiella ökning av de äldre människens omsorgsinsatser som kan tänkas bli en följd av ändrade könsroller och ökad manlig livslängd, förutsätter att samlevnadsmönstren i övrigt förblir oförändrade. Trenden under de senaste trettio åren är en konstant andel gifta i den äldre befolkningen. Att giftermålsfrekvensen varit så gott som konstant, behöver inte vara liktydigt med att även andelen ensamboende varit oförändrad. Uppgifterna angående utvecklingen av andelen ensamboende äldre är motstridiga, förmodligen beroende på att det är olika kategorier och åldersgrupper bland de äldre som avses. Batjlan och Lagergren [2000] hävdar att andelen ensamboende äldre minskat de senaste 20 åren. Å andra sidan uppger andra källor att ensamboendet har ökat (Hassing och Sundström, Kommunförbundet Alaby, SOU 2001:79). För befolkningen i helhet har andelen ensamhushåll ökat kraftigt, vilket talar för att det finns en risk för att även andelen ensamboende äldre kan komma att öka i framtiden.

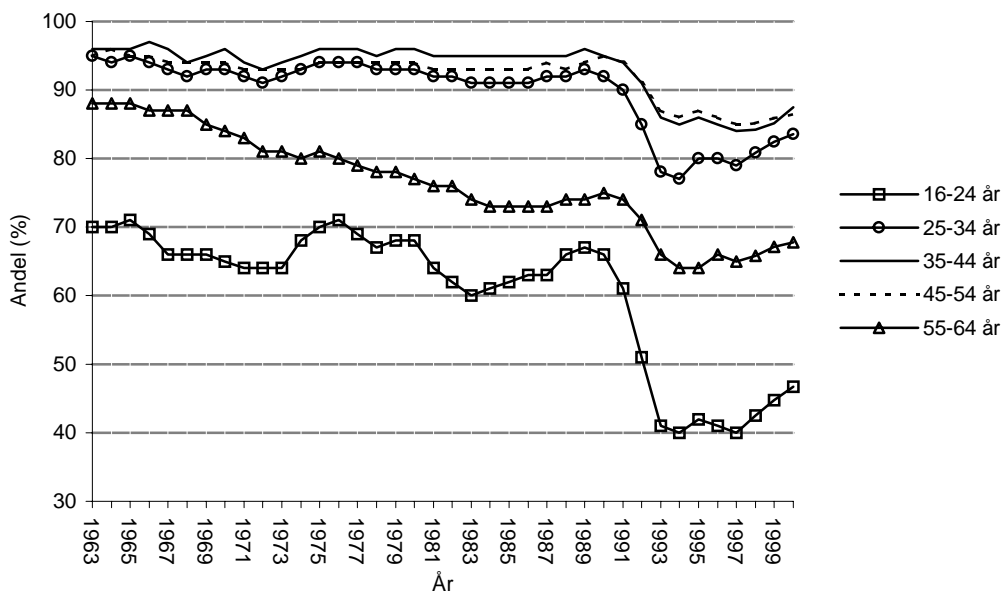
Figur 4 Andel ensamhushåll i befolkningen, 1975 - 1990



Källa: Folk- och bostadsräkningarna 1975, 1980, 1985 och 1990, SCB.

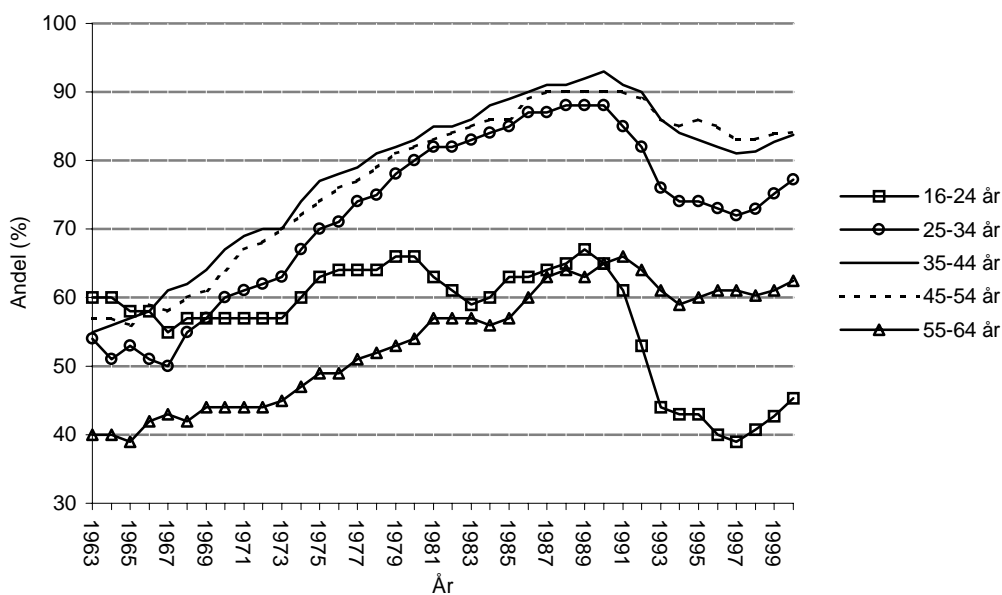
Vad gäller den möjliga utvecklingen av insatser från personer utanför den hjälpbehövandes hushåll, framgår det av den internationella litteraturen att omfattningen av de anhörigas insatser sammanhänger med den kvinnliga förvärvsfrekvensen. Ju fler kvinnor som förvärvsarbetar, desto mindre omfattning har anhörigomsorgen. I länder med en sannolik fortsatt ökning av den kvinnliga förvärvsfrekvensen kommer därför behoven av ytterligare resurser till omsorg i offentlig regi att fortsätta öka. (EU [2001], OECD [1999]). För Sveriges del är det mindre sannolikt att den kvinnliga förvärvsfrekvensen skulle öka i nämnvärd omfattning. Kvinnorna deltar i arbetslivet i dag i nästan samma utsträckning som män och tendensen under 1990-talet är att det kvinnliga (i likhet med det manliga) arbetskraftsdeltagandet har sjunkit. Det är dock inte självklart att detta skall tolkas som att utvecklingen av kvinnornas förvärvsarbete inte kommer att ha några effekter på viljan och förmågan att ge omsorg till äldre anhöriga. I nedanstående två figurer visas utvecklingen av kvinnors och mäns sysselsättningsintensitet, det vill säga andelen sysselsatta i befolkningen. Tendenserna i de två figurerna följer helt olika mönster. Kvinnornas sysselsättningsintensitet har stigit kontinuerligt sedan början på 1960-talet och visar en tillfällig minskning under sysselsättningskrisen i början av 1990-talet. För männens del har däremot sysselsättningsintensiteten fram till 1990-talskrisen varit konstant för åldersgruppen 25 – 54 år och kontinuerligt minskat för män i åldersgruppen 55 – 64 år. (Den kraftiga minskningen av sysselsättningen för 16 – 19-åringar av bägge könen beror huvudsakligen på att andelen studerande och i arbetsmarknads-politiska åtgärder har ökat för denna åldersgrupp.)

Figur 5 Sysselsättningsintensitet 1963 – 2000, män i olika åldersgrupper



Källa: Arbetskraftsundersökningarna, SCB

Figur 6 Sysselsättningsintensitet 1963 – 2000, kvinnor i olika åldersgrupper

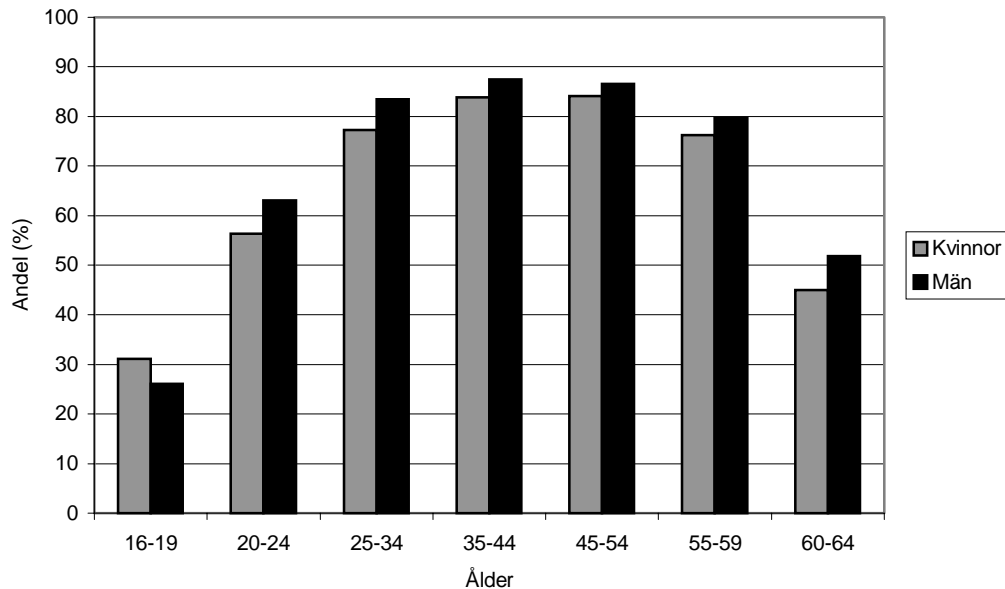


Källa: Arbetskraftsundersökningarna, SCB

Trots ökningen av kvinnornas deltagande i arbetslivet kvarstår vissa skillnader i sysselsättningsintensitet mellan kvinnor och män. Mot bakgrund av trenden sedan 40 år tillbaka och de kvarstående skillnaderna mellan män och kvinnor är det inte orimligt att anta att den kvinnliga sysselsättnings-

intensiteten kommer att fortsätta att öka under den kommande 40-årsperioden.

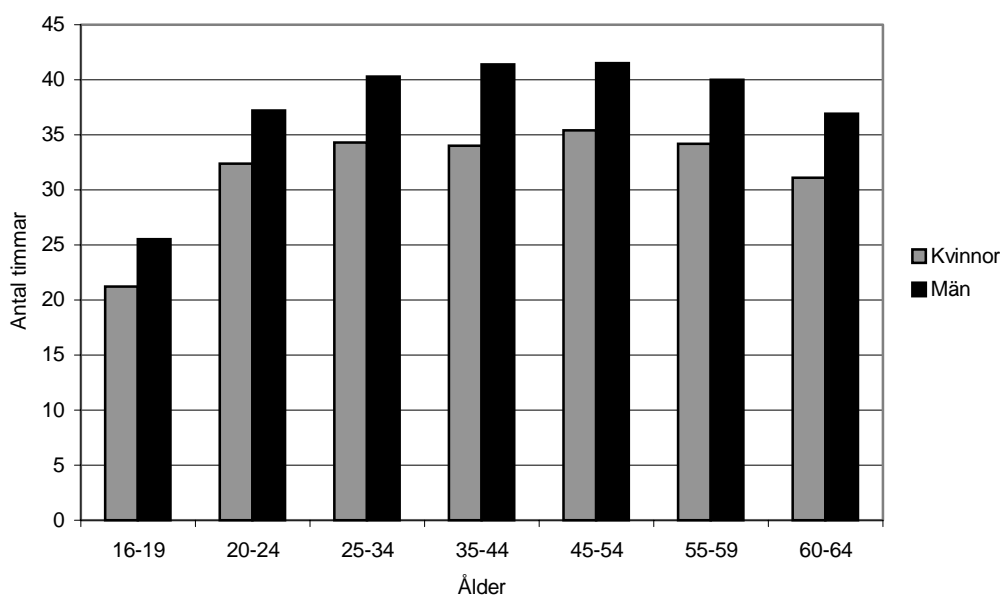
Figur 7 Skillnader i sysselsättningsintensitet mellan män och kvinnor år 2000



Källa: Arbetskraftsundersökningarna, SCB

Kvinnornas inkomst på arbetsmarknaden har i stor utsträckning skett i form av deltidsarbete, som lämnat utrymme för omsorg om såväl egna barn som äldre anhöriga. Utvecklingen över tid visar här ungefär samma mönster som sysselsättningsintensiteten. Under de senaste 30 åren har männens utbud av arbetstimmar planat ut, medan kvinnorna har ökat sin medelarbetstid i alla åldersgrupper. Skillnaden mellan antalet arbetade timmar mellan män och kvinnor var dock fortfarande stor år 2000.

Figur 8 Medelarbetstid/vecka för män och kvinnor som har arbete



Källa: Arbetskraftsundersökningarna, SCB

Den långvariga trenden pekar således mot en fortsatt ökning både av kvinnornas deltagande på arbetsmarknaden överhuvudtaget och av antalet arbetade timmar. För en fortsatt ökning av kvinnornas förvärvsarbete talar också pensionsreformen, som innehåller starka drivkrafter både för att öka antalet år i arbetslivet och antalet arbetade timmar. Dessutom innebär de demografiska förändringarna att det framtida behovet av arbetskraft kommer att vara stort, inte minst inom de kvinnodominerade vård- och omsorgssektorerna.

Den sannolika utvecklingen av kvinnornas förvärvsarbete antyder att den sammanlagda arbetsbördan kan bli alltför betungande för dem som avsätter tid för vård och omsorg av hjälpbehövande föräldrar. Å andra sidan kan det tänkas finnas en "omsorgsreserv" bland de yngre pensionärerna. Som framkommer av befolkningsprognosen (se figur 1 i kapitel 2) finns det två ålderspucklar, en när 40-talisterna går i pension och en cirka 20 år senare när 60-talisterna går i pension. Antalet 85-åringar och äldre kommer att öka kraftigt på 2030-talet, vilket tidsmässigt sammanfaller med en lika kraftig ökning av antalet yngre pensionärer (65 – 70 år).

Privatfinansierad vård och omsorg

Ett alternativ till den offentligfinansierade och till den frivilliga vården och omsorgen är att de äldre köper dessa tjänster på marknaden. Vilken omfattning sådana helt privatfinansierade tjänster har i dag är i stort sett okänt.

Utvecklingen av pensionärernas inkomster kan vara en indikation på de äldres framtida möjligheter att själva finansiera vissa omsorgsinsatser. De äld-

res ekonomiska tillgångar påverkar redan idag bedömningen av de äldres behov av hjälp med husliga sysslor i vissa kommuner. (Szebehely [2000]).

De framtida pensionsinkomsterna⁷ avgörs i huvudsak av inkomstutvecklingen under de aktiva åren, som i sin tur är beroende av takten i den ekonomiska tillväxten och av arbetslöshetens omfattning. Detta innebär att det kommer att finnas betydande "kohorteffekter" i de framtida pensionsinkomsterna. Generationerna födda på 1930- och 1940-talen är här särskilt gynnade, eftersom de inträdde på, och tillbringat en stor del av sina aktiva år, på en arbetsmarknad som kännetecknades av hög tillväxt och låg arbetslöshet. De som föddes under 1960- och 1970-talen har hittills inte haft samma gynnsamma inkomstutveckling som 30- och 40-talisterna. Det är därför troligt att 30- och 40-talisterna kommer att ha goda pensionsinkomster, medan utvecklingen för dem som är födda senare är mer osäker och beroende av hur ekonomisk tillväxt och sysselsättning kommer att utvecklas under deras aktiva år på arbetsmarknaden.

Pensionsreformen innebar ett skift i risktagandet från den aktiva befolkningen till pensionärerna. Till skillnad från ATP-systemets i fast penningvärde fastställda förmåner, kommer utbetalningarna enligt det nya pensionsystemet att följa den realekonomiska utvecklingen i samhället. De som är födda före 1938 berörs över huvud taget inte av pensionsreformen, medan de som är födda 1954 och senare helt kommer att omfattas av det nya pensionsystemet. De mellanliggande generationerna omfattas av bägge pensionsystemen. En förutsättning för gynnsamma pensionsinkomster för dem som är födda 1950 och senare är således att den ekonomiska tillväxten tillåter hög sysselsättning och goda inkomster under deras förvärsaktiva år. Under deras tid som pensionärer blir sedan pensionsinkomsterna beroende av den då rådande makroekonomiska situationen samt av utvecklingen på börserna.

De framtida pensionärernas villighet och möjlighet att själva finansiera delar av sin vård och omsorg hänger samman med deras ekonomiska tillgångar. Här kan vi med säkerhet endast veta att de som är födda på 1930-talet har och kommer att ha goda pensionsinkomster. Sannolikt kommer detta även att gälla 40-talisterna. En modell som skall avse en så pass lång tidsperiod som 40 år måste därför ta hänsyn att det inte är självklart att de som är födda år 1950 och senare har lika goda pensionsinkomster som de tidigare kohorterna.

En ytterligare faktor att beakta är att de framtida pensionsinkomsterna sannolikt kommer att vara mindre jämnt fördelade än vad som är fallet i dag. Det finns redan i dag tecken på en polarisering av de omsorgsinsatser som inte är offentligt finansierade. De som har goda inkomster köper service på den privata marknaden medan de mindre bemedlade förlitar sig på frivilliga

⁷ Avsnittet om de framtida pensionsinkomsterna bygger i huvudsak på Andersson, Berg & Klevmarken (2001)

insatser från anhöriga. En framtida förstärkning av detta mönster kan således innebära svårhanterade fördelningspolitiska konsekvenser.

7 De genomsnittliga enhetskostnaderna

En viktig komponent i samtliga modeller över det framtida resursbehovet är de genomsnittliga kostnaderna för vård- och omsorgsinsatserna. Trots att kostnadsutvecklingen kommer att ha stor betydelse för det framtida resursbehovet, är kunskapsunderlaget magert. Den främsta anledningen till det bristande kunskapsunderlaget är att kostnadsutvecklingen är utomordentligt svår att bedöma, eftersom den i hög grad påverkas av hur preferenserna kommer att förändras under prognosperioden.

De flesta prognoser som gjorts över det framtida behovet av resurser för vård och omsorg om de äldre, utgår från att de genomsnittliga kostnaderna kommer att vara oförändrade i framtiden. Det antagande som vilar bakom denna metod är att vården och omsorgen kommer att ha oförändrat innehåll i framtiden och att lönekostnaderna utvecklas i samma takt som lönerna i ekonomin i dess helhet. Det finns all anledning att förmoda att ett sådant antagande är orealistiskt.

För det första finns det en rad frågetecken runt kvaliteten, effektiviteten och omfattningen på dagens insatser. Vi känner inte till om minskningen av de rena serviceinsatserna till de äldre kan ha inneburit ökade kostnader inom andra sektorer. Tänkbara sådana kostnadsöverföringar skulle kunna vara ökad belastning på sjukvården till följd av att äldre utför sysslor i hemmet som överstiger deras fysiska förmåga. Exempel på sådana sysslor skulle kunna vara tunga lyft (av t.ex. sjuk make/maka), klättrande på stegar för fönsterputsning och liknande fysisk krävande aktiviteter. Vi vet inte heller om de dramatiskt ökade långtidssjukskrivningarna i synnerhet bland kvinnor i övre medelåldern kan ha något samband med ökningen av anhörigas ansvar för omsorg om sina gamla föräldrar.

Det är vidare svårt att tänka sig att verksamhetens innehåll kommer att vara oförändrat under en så lång period som 40 år. Framtidens äldre kommer att ha levt sitt aktiva liv under helt andra förhållande än vad som är fallet för dagens äldre, vilket kommer att prägla deras värderingar av innehållet i omsorgens insatser. Könscrollsmönstren är sannolikt mindre utpräglade hos morgondagens äldre jämfört med dagens äldre. Kvinnorna kommer att ha förvärvsarbetat i större utsträckning än vad som är fallet för dagens äldre kvinnor och kommer att ha egna inkomster. Männerna kommer att vara mer kunniga och vana vid hemsysslor än vad som är fallet i dag.

För det andra är det knappast troligt att relativlönerna inom vård och omsorgssektorn kommer att vara oförändrade. Personalens genomsnittsålder är hög, vilket innebär att pensionsavgångarna kommer att bli höga i framtiden. Långtidssjukskrivningarna har under 1990-talet ökat mer inom vård- och omsorgssektorn än vad som är fallet inom andra sektorer (gäller även kontrollerat för kön och ålder). Kommunerna har i dag svårigheter att rekrytera personal, i synnerhet utbildad personal. Mer än hälften av dem som nyrekryterades åren 1997 – 99 saknade vårdutbildning. Intresset för gymnasie-

skolans omvårdnadsprogram minskar. Sammantaget tyder allt detta på att det kan bli nödvändigt att öka relativlönerna för vård- och omsorgspersonalen i framtiden.

Vilka antaganden som bör göras om de framtida genomsnittskostnaderna är svårt att förutsäga. Relativlönerna kommer sannolikt att stiga. Kostnads-effekterna av förändringar i verksamheternas inriktning är omöjlig att förutsäga. Inte heller finns det någon möjlighet att genom ytterligare datainsamling höja kunskapsnivån inom detta område. Det enda rimliga alternativet är att göra tre antaganden och se hur känsligt modellens utfall är för förändrade antaganden. Mycket tyder på att oförändrade kostnader bör utgöra lågkostnadsalternativet.

8 Slutsatser

De osäkerheter som är förknippade med en långsiktig prognos över det framtida behovet av resurser för vård och omsorg om de äldre, leder till slutsatsen att det är vilseledande att använda en modell som gör anspråk på att känna till den sanna utvecklingen av de faktorer som styr det framtida resursbehovet. För att reducera osäkerheten i prognosen är det nödvändigt att använda en modell som utnyttjar *alternativa antaganden* angående utvecklingen av *samtliga* variabler som ingår i modellen, det vill säga alternativa antaganden angående utvecklingen av antalet äldre, de äldres hälsa och funktionsförmåga, genomsnittskostnaden per insats och tillgången till frivilliga och privatfinansierade insatser.

Underlaget för att utforma de alternativa antagandena som bör användas i modellen kan till viss del inhämtas från kunskap som är tillgänglig i dag eller blir tillgänglig inom en snar framtid. De tre alternativa antaganden angående antalet äldre i framtiden, som SCB gör i sina årliga befolkningsprognoser, bildar utgångspunkten i modellen.

Även när det gäller de äldres hälsa och funktionsförmåga bör tre alternativa antaganden användas. Utformningen av dessa tre antaganden kan till viss del baseras på de utredningar som presenterats i tidigare kapitel. Inom en snar framtid finns det därutöver tillgång till ett förbättrat kunskapsunderlag, när resultaten från Äldre-ULF, Äldre-LNU och SNAC-projektet blivit tillgängliga. Därutöver bör kunskapsunderlaget förstärkas med initierade bedömningar av den medicintekniska utvecklingen, i synnerhet vad gäller behandlingen av demenssjukdomar.

Utvecklingen av genomsnittskostnaderna per insats är utomordentligt svåra att bedöma. Kostnaderna kommer att påverkas av utvecklingen av relativlönerna inom vård- och omsorgssektorerna, där de flesta i dag tillgängliga fakta talar för en ökning av relativlönerna. De beräkningar som görs i dagens prognoser bygger på antagandet att verksamhetens omfattning, kvalitet och inriktning kommer att vara oförändrade under de närmaste 40 åren. Det är av vikt att framhålla att ett sådant antagande knappast är realistiskt. Framtidens äldre har levt sina vuxna liv under helt andra betingelser än dagens äldre. Den vård och omsorg som kommer att efterfrågas i framtiden kommer därför sannolikt att ha en annan inriktning än vad som är fallet i dag. Det finns ingen möjlighet att få fram ett kunskapsunderlag som ger en antydning om hur individernas preferenser kommer att förändras i framtiden. För att i möjligaste mån reducera osäkerheten i modellen bör därför även här tre alternativa antaganden användas, även om underlaget för dessa antaganden med nödvändighet blir mycket osäkert.

Även de äldres framtida möjligheter att få tillgång till icke offentligt finansierad vård och omsorg är utomordentligt svåra att bedöma. Även här bör tre alternativa antaganden göras. Dessa antagandens baseras på en sammanvägning av den sannolika utvecklingen av frivilliga insatser från anhöriga

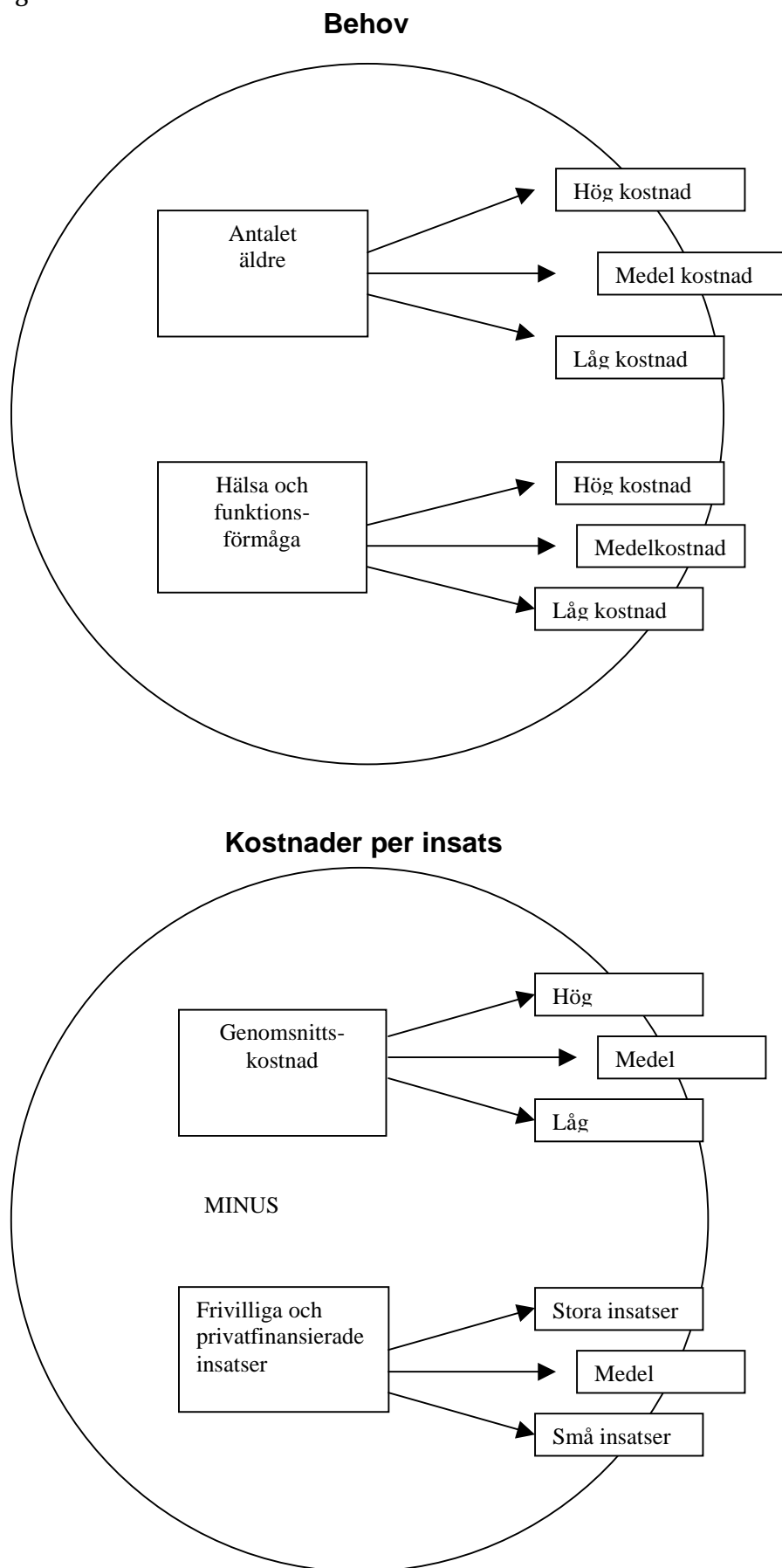
och vänner samt av de framtida pensionärernas inkomster. Även här finns ett bristande kunskapsunderlag, som till viss del kommer att täckas av resultaten från Äldre-ULF, Äldre-LNU och SNAC-projektet.

De alternativa antaganden som vi förespråkar bör utnyttjas för att genomföra känslighetsanalyser, det vill säga hur mycket förändras kostnadsbehoven om förändringar görs i något eller några av modellens antaganden. Underlaget för dessa alternativa antaganden bör vara den faktiska utvecklingen under ett antal år samt bedömningar av den framtida utvecklingen. Den modell vi förespråkar innehåller fyra variabler och sammanfattas i *figur 9*.

En modell med fyra variabler med tre alternativa antaganden angående utvecklingen av var och en av variablerna, leder till hundratals olika möjliga prognoser angående det framtida resursbehovet. Medelantagandena för de fyra variablerna utgör modellens huvudalternativ. Hög- och lågkostnadsalternativen består av de antaganden som ger den högsta respektive lägsta kostnadsutvecklingen för varje variabel i modellen. Det bör dock beaktas att vissa variabler sannolikt samvarierar. Det förefaller mindre sannolikt att hög dödlighet och starkt förbättrad hälsa inträffar samtidigt. På samma sätt är det osannolikt med en samvariation av hög kvinnlig förvärvsfrekvens, hög grad av sjukfrånvaro hos kvinnor i de aktiva åldrarna och ökade frivilliginsatser från anhöriga.

Den högsta och lägsta kostnadsutvecklingen kommer att utgöra det intervall inom vilket resursbehoven kommer att hamna enligt modellens antaganden. Det är här viktigt att framhålla att gränserna på detta intervall bygger på den sannolika utvecklingen utifrån den kunskap som är tillgänglig i dag. Även om detta intervall är stort går det inte att utesluta att resursbehoven i verkligheten kommer att ligga utanför intervallets gränser. Osäkerheten ökar ju längre fram i tiden prognosen sträcker sig. Det är därför angeläget att modellen revideras om och när den verkliga utvecklingen visar att antagandena är orealistiska.

Figur 9 – en modell



Referenser

- Andersson, Björn, Lennart Berg & Anders Klevmarken (2001), "Inkomst- och förmögenhetsfördelningen för dagens och morgondagens äldre", stencil, Nationalekonomiska institutionen, Uppsala universitet.
- Anell, Lars, Jan Bröms, Lennart Låftman, Irma Rosenberg och Bengt Westerberg (2000). *Renovera Sverige – agenda för en ny tid*. SACO.
- Batljan och Lagergren [2000], "Kommer det att finnas en hjälpare hand?", bilaga 8 till Långtidsutredningen 1999/2000).
- EU Economic Policy Committee (2001), *Budgetary Challenges Posed by Ageing Populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*. EPC/ECFIN/665/01-EN final.
- Freedman & Martin (1998), "Understanding trends in Functional Limitations Among Older Americans", i *American Journal of Public Health*, vol. 88, no.10.
- Fölster, Stefan (1998), *Kommuner Kan! Kanske! – om kommunal välfärd i framtiden*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO), Ds 1998:15.
- Gerdtham, Ulf-G. & Bengt Jönsson (1990), *Sjukvårdskostnader i framtiden – vad betyder åldersfaktorn?* Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO), Ds 1990:39.
- Hassing, Linda & Gert Sundström (2000), "Bo hemma på äldre da'r", stencil, Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 2000:11.
- Jönsson, Linus & Anders Wimo (2001), "Kan kostnaderna för äldres framtida vård- och omsorgsbehov beräknas?", *Läkartidningen*, nr. 38.
- Lindh, Thomas (2001), "Demografisk utveckling och påverkan på ekonomin", stencil. Äldreberedningen.
- Madge, A. (2000), *Long-Term Aged Care: Expenditure Trends and Projections*. Productivity Commission Staff Research Paper, Canberra.
- Manton, Corder & Stallard (1997), "Chronic Disability Trends in Elderly United States Populations: 1982 – 1994", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, vol. 94, March 1997.
- Manton, Stallard & Corder (1995), "Changes in Morbidity and Chronic Disability in the US Elderly Populations: Evidence from the 1982, 1984 and 1989 National Long Term Care Surveys", *Journal of Gerontology*, vol. 50B, nr.4.
- Medelberg, Magnus, Åsa Forsell, Margareta Axén Andersson & Dan Ljungberg (1999), *Samhällets stöd till de äldre i Europa*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO), Ds 1999:61.

- OECD (1998), *The Health of Older Persons in OECD Countries: Is It Improving fast enough to Compensate for Population Ageing?* Labour Market and Social Policy, Occasional Papers No 37. Förf. S. Jacobzone, E. Cambois, E. Chaplain, J.M. Robine.
- OECD (1999), *Ageing and Care for Frail Elderly Persons: an Overview of International Perspectives*. Labour Market and Social Policy, Occasional Papers No 38. Förf. Stephane Jacobzone.
- OECD (2001), "Fiscal Implications of ageing: projections of age-related spending", av Thai Thai Dang. Pablo Antolin & Howard Oxley. Economic Department WP, No. 305.
- Rosén, M. & Stenbeck, M. (1999), "Sjukdomsmönster i framtiden: Minskade risker för individen, men ökad sjukdomsburden för samhället", Stencil 1999-10-18, Epidemiologiskt centrum.
- SBC:s hemsida. Beskrivning av statistiken. Befolkningsframskrivningar 2001.
- SCB (1995), "Levnadsförhållanden", appendix 15 med supplement.
- SCB (2000), *Sveriges framtida befolkning. Befolkningsframskrivning för åren 2000 – 2050*. Demografiska rapporter 2000:1.
- Socialstyrelsen (2000) "Demenssjukdomarnas samhällskostnader", Äldreuppslaget 2000:14.
- SOU 1996:163 (HSU 2000), *Behov och resurser i vården – en analys*.
- SOU 2000:41, *Välfärd, ofärd och ojämlikhet*. Kommittén Välfärdsbokslut.
- SOU 2000:3, *Välfärd vid vägskalet*. Delbetänkande av Kommittén Välfärdsbokslut.
- SOU 2000:37, *Välfärdens förutsättningar*. Kommittén Välfärdsbokslut.
- SOU 2000:38, *Välfärd, vård och omsorg*. Del 2. Kommittén Välfärdsbokslut.
- SOU 2001:53, *Välfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde*. Kommittén Välfärdsbokslut.
- SOU 2001:56, *Funktionshinder och välfärd*. Kommittén Välfärdsbokslut.
- SOU 2001:79, *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Slutbetänkande, Kommittén Välfärdsbokslut.
- SOU 2002:5, *En handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*.
- Sv. Kommunförbundet (1996) *Kommunerna och tillväxten – möjligheter och faror*.
- Sv. Kommunförbundet (1997) *Kommunerna välfärden och demokratin – omprövningar och möjligheter*.
- Sv. Kommunförbundet (1997) *Kommunerna, tillväxten och välfärden*.
- Svenska Kommunförbundet (1999), *Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet*. Äldreberedningen.

- Svenska Kommunförbundet (1999), *Äldreomsorg i jämförelse, modell och analys*. Äldreberedningen.
- Szebehely, Martha (1998), "Hjälp i hemmet i nedskärningstid", i Sandquist, Anna-Marie (red), *Åt var och en efter behov*. Svenska Kommunförbundet.
- Szebehely, Martha (2000), "Äldreomsorg i förändring", kap. 5 i SOU 2000:38.
- Söderström, Lars, Anders Björklund, Per Gunnar Edebalk & Agneta Kruse (1999), *Från dagis till services hus. Valfärdspolitik i livets olika skeden*. Valfärdspolitiska rådets rapport 1999. SNS förlag.
- Söderström, Lars, Klas Bergenheim, Martin Karlsson & Mattias Lundbäck (2000), *Äldreomsorgens finansiering – varför äldrevårdsförsäkring*. Lunds universitet, nationalekonomiska institutionen & Svenska Kommunförbundet & Skattebasberedningen. Rapport på uppdrag av Kommunförbundet.
- Westerberg, Bengt (2000), *Har vi råd med äldrevård när 40-talisterna blir gamla?* Pensionsforum.
- Zweifel, Peter, Stefan Felder & Markus Meiers (1999), "Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?", *Health Economics*, vol. 8.