

Social försäkringsboken 2001



ÅRETS TEMA:

Välfärd på äldre dar

Socialförsäkringsboken 2001

Social försäkringsboken **2001**

Årets tema:
Välfärd på äldre dar



Riksförsäkringsverket 2001

Första upplagan

ISBN: 91-89303-17-2

ISSN: 1403-9399

FORM OCH ILLUSTRATIONER: Grafisk Form Ebba Strid AB

ORIGINAL OCH DIAGRAM: Kristina Malm, RFV

TRYCKERI: Sjuhäradsbygdens Tryckeri AB, Borås, 2001

OMSLAG: Confetti 250 gram

INLAGA: Linne 120 gram

TYPSSNITT: Caslon och Meta

Riksförsäkringsverket

103 51 Stockholm

Telefon 08-786 90 00

E-post rfv.stockholm@rfv.sfa.se

Läs mer om socialförsäkringen på RFV:s hemsida www.rfv.se

Socialförsäkringsboken 2000 kan beställas via RFV:s hemsida

www.rfv.se, telefon 08-795 23 55 eller fax 08-760 58 95.

Priset är 180 kronor exklusive moms och porto.

Riksförsäkringsverket fortsätter med *Socialförsäkringsboken 2001* en återkommande utgivning som syftar till att samlat redogöra för och diskutera angelägna och aktuella frågor som rör socialförsäkringen.

Temat för denna tredje utgåva är *Välfärd på äldre dar*.

Sedan pensionsfrågan lösts är nu äldrevården det offentliga utgiftsområde där demografiskt betingade finansieringsproblem med störst sannolikhet och kraft gör sig gällande om ett par decennier. Sparande i en eller flera "äldrevårdsfonder" skulle kunna jämnna ut kostnadsbördan mellan olika generationer förvärvsaktiva, och minska risken för att kännbara skattehöjningar till slut måste till för att hålla äldrevården och omsorgen på en anständig standard. En förhoppning kan också vara att fonderingen ger upphov till så god avkastning att skatteuttaget eller den tilltänkta försäkringsavgiften kan läggas på en ganska låg nivå.

Ett särskilt sparande för att finansiera framtida äldrevård förutsätter ofrånkomligen pengar. Det kan röra sig om någon procent av BNP för att få en effektiv utjämning till stånd, men med stor variation beroende på vilken utgiftsutveckling man räknar med och vad avkastningen på de fonderade medlen kan tänkas bli. Att dessa pengar skulle kunna komma in med hjälp av en frivillig äldrevårdsförsäkring är knappast troligt, och en obligatorisk socialförsäkring har också andra viktiga fördelar.

Om en demografisk utjämningsfond ska knytas till äldreomsorgsfrågan är det emellertid bråttom. Det är nu 40-talisterna fortfarande finns i arbete, men deras pensionärstid närmar sig. Under ytterligare 10–20 år kommer andelen riktigt gamla i befolkningen att vara betydligt lägre än den blir sedan. Det är alltså nu det finns förutsättningar att medvetet planera för en utjämning av kostnaderna mellan generationerna

Att nu "låsa in" pengar till morgondagens äldreomsorg kan uppfattas som en onödig inskränkning i den fria och vid varje tidpunkt kloka dispositionsrätten till resurserna. Det är emellertid inte givet att motsvarande sparande i de offentliga finanserna finns tillgängligt alls om inte bred enighet kan nås om ett gott ändamål för sparandet. Om människor övertygas om det kloka i att nu skapa en buffert för framtidens äldre kan ett dubbelt syfte uppnås. Det offentligfinansiella sparmålet blir mera realistiskt och lättförståeligt. Människor känner större tillit till samhällets förmåga att bistå många fler framtida äldre med en tillräcklig omsorg för en värdig ålderdom.

Många medarbetare på Riksförsäkringsverket har deltagit i arbetet med *Socialförsäkringsboken*.

Britt-Marie Anderson har varit redaktör. Det finns en huvudförfattare till respektive avsnitt. Hans Olsson och Birgitta Jonasson har ansvarat för *Välfärd på äldre dar*. Lena Ericson har ansvarat för *Socialförsäkringen i siffror* medan Bengt-Åke Lejon har haft huvudansvar för *Regeländringar*.

Bland alla dem som har lämnat värdefulla synpunkter på textutkast vill jag särskilt nämna Agneta Kruse, Inger Marklund, Edward Palmer och Ole Settergren. Ett särskilt tack också till Kristina Malm som har svarat för original och diagram.

Stockholm i november 2001

Anna Hedborg

Generaldirektör

Välfärd på äldre dar 11

Äldrevårdsförsäkring? – några slutsatser **11**

Kraftfullt åldrande – tänkbara scenarier **24**

Äldrevårdskostnaderna i framtiden **48**

Att spara och få avkastning **62**

Socialförsäkringen i siffror 93

Socialförsäkringens finansiella omfattning **93**

Ekonomisk trygghet för familjer och barn **102**

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp **116**

Ekonomisk trygghet vid ålderdom m.m. **130**

Regeländringar sedan 2000 147

Kapitlet redovisar kortfattat de regeländringar som trätt i kraft januari 2000–juni 2001

Källor och lästips 155

Publicerat av RFV 160

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar



Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Välfärd på äldre dar

Äldrevårdsförsäkring? – några slutsatser 11

- En äldrevårdsförsäkring – utformning? 13
- Fördelningssystem eller fondsystem 14
- I privat eller offentlig regi 15
- Frivillig eller obligatorisk försäkring 15
- Stort intresse i frågan 16
- Vad har andra länder gjort? 17
- Ett förslag om en "äldrefond" 21

Kraftfullt åldrande – tänkbara scenarier 24

- Medellivslängden 25
- Medellivslängden i framtiden 27
- Vad styr åldrandet? 28
- Ingen dramatisk ökning 33
- Hälsan hos de äldre 34
- Hot mot hälsan hos de äldre 40
- De äldre allt friskare 46

Äldrevårdskostnaderna i framtiden 48

- De äldre blir friskare 50
- Orsaker till ökande medellivslängd och bättre hälsa 52
- Standardtillväxt i äldrevården 53
- Bättre produktivitetstillväxt i näringslivet 56
- Större arbetskraftsutbud 56
- Arbetskraft och löner i vårdsektorn 57
- Lägre utgifter för barnomsorg och skola 59
- Osäker kostnadsutveckling 59

Att spara och få avkastning 62

- Försäkring och sparande 62
- Former för statlig påverkan 64
- Framtida avsparande i pensionsfonderna 66
- Vad är sparande? 68
- Den långa siktens problem 72
- Avkastningen på finansiella marknader 74
- Kapitalavkastningen och "den gyllene regeln" 78
- Kapitalavkastning i de reala nationalräkenskaperna 81
- Den framtida kapitalavkastningen 86



Äldrevårdsförsäkring? – några slutsatser

Sverige står i likhet med många andra länder inför ett demografiskt betingat försörjningsproblem. Om mindre än tio år påbörjar den stora 40-talistgenerationen sin övergång från förvärsarbete till pensionärs-tillvaro. När de har kommit ytterligare upp i åren blir de vårdkonsumenter i allt större skala. Det är välkänt att det sista levnadsåret i livet, oavsett i vilken ålder det inträffar, kan vara mycket vårdkrävande. Dessutom är det olika vårdinsatser som möjliggör ett längre liv, samtidigt som en del av dem förebygger – eller bidrar till att flytta framåt i tiden – andra eventuella insatser. Under senaste tiden har en livlig debatt väckts om hur vi ska ha råd att finansiera morgondagens äldrevårdskostnader. Här diskuteras om det går att spara nu för att rättvist fördela kostnaderna mellan olika generationer. Vidare diskuteras om nuvarande ordning, där kommunerna finansierar sina medborgares äldreomsorg, är det bästa sättet att åstadkomma rättvisa för dem som behöver äldreomsorgen. Också för kommunerna skulle kanske en äldrevårdsförsäkring kunna vara en lösning.

När ATP en gång byggdes upp togs avgifter ut tidigare än vad som krävdes för att täcka pensionsutgifterna. Resultatet blev AP-fonden, som i dag fungerar som den generationsbuffert som gör att vi kommer att klara den demografiska pensionspåfrestningen. Borde vi göra på samma sätt med äldrevårdskostnaden? Med andra ord, skulle en lösning vara att samhället lägger undan pengar *nu* för att bidra till finansieringen av en förutspädd ökning i äldrevårdskostnader som kommer efter år 2020?

Sveriges demografiska utveckling de närmaste decennierna är relativt opåverkbar. De som träder in i arbetskraften efter år 2015 är de små födelsekohorterna från 1990-talet och därefter. Antalet personer i arbetsför ålder börjar minska. Samtidigt förväntas människor leva några år till i genomsnitt, och detta leder till att Sveriges befolkning blir successivt äldre. I dag går

Går det att spara nu för att fördela kostnaderna rättvist mellan generationerna?



det drygt 8 personer i åldern över 80 år på 100 personer i åldern 20–64 år. År 2030 kommer motsvarande relation att vara nära 15 på 100 enligt huvudalternativet i Statistiska centralbyråns (SCB:s) senaste befolkningsprognos – det innebär nästan en fördubbling. Under det tidiga 2010-talet är det däremot möjligt att befolkningen över 80 år minskar, både i relation till den yrkesverksamma befolkningens storlek och i absoluta tal. Det finns därmed ännu tid att förbereda samhällsekonomin för de påfrestningar som äldreomsorgsutgifterna så småningom kommer att medföra. Med tanke på hur lång tid det erfarenhetsmässigt tar att politiskt och lagtekniskt arbeta fram nya system, är det dock bråttom att nu ta frågan under ett seriöst övervägande.

I den svenska modellen är såväl pensioner som vård och omsorg i huvudsak organiserade som fördelningssystem, dvs. att yrkesverksammas inbetalningar i form av skatter och avgifter inte fonderas, utan används

för att betala samtida pensionärernas pensioner, allas hälso- och sjukvård samt samhällets omsorgsinsatser. Samhällets omsorgsåtaganden för de gamla är viktiga för både individernas och deras anhörigas välfärd. Med allt fler gamla i relation till antalet yrkesverksamma blir samhällets åtaganden stora. Det är också viktigt för individer i femtioårsåldern och deras anhöriga att få veta redan nu hur samhället kommer att möta dessa behov om ett par, tre decennier. Detta kan i hög grad påverka hur dessa individer uppfattar att de själva bör spara till sin egen äldreomsorg. Hittills har den svenska modellen garanterat en ganska hög minsta standard för de äldre. Om det ska förbli

så, är det kanske viktigt att människor tillsammans börjar spara redan nu för en kollektiv

”försäkring” för att hjälpa till att finansiera framtidens äldreomsorg. Om inget görs riskerar försörjningsbördan för de yngre yrkesaktiva människorna, som ytterst måste bekosta både pensioner och vårdkostnader, att bli orimligt höga.

Pensionssystemets utformning och finansiering har i mer än tio års tid varit föremål för intensiv debatt och omfattande reformarbete. Det ligger en tidsmässig logik i att äldreomsorgen, sedan den stora pensions-

Samhällets omsorgsåtaganden för de gamla är viktiga för både de gamlas och deras anhörigas välfärd



reformen är genomförd, nu står i tur att diskuteras. Årets tema i Socialförsäkringsboken 2001 ägnas åt detta. Nästa avsnitt behandlar åldrandet ur ett medicinskt perspektiv. Enligt medicinsk expertis ska vi räkna med en fortsatt åldrande befolkning och en fortsatt ökning av den förväntade livslängden. Det kan också betyda stigande äldrevårdskostnader. En enkel trendmässig framskrivning av äldrevårdskostnaderna i olika åldrar ger dock förmodligen en överskattning, eftersom vi bör räkna med att vi också blir friskare. I det därpå följande avsnittet belyses äldrevårdskostnaderna i framtiden.

I resten av detta avsnitt diskuterar vi om en äldrevårdsförsäkring kan tänkas vara en lösning på den växande försörjningsbördan och hur en sådan försäkring kan organiseras.

Ett val vad gäller utformningen av en försäkring är om den ska vara fonderad och i så fall i vilken utsträckning. I ett fördelningssystem "försäkras" eller "garanteras" det framtida utrymmet av den framtida produktionen, dvs. av tillväxttakten i ekonomin (och naturligtvis av den framtida politiska viljan och de fördelningshänsyn man då kommer att vilja ta). I ett fonderat system sker detta på kapitalmarknaden och med den avkastning som där kan erhållas. I ett senare avsnitt ges en historisk exposé över avkastningen på kapitalmarknaden och diskuteras några av de problem som är förknippade med förväntad avkastning på sparade medel.

En äldrevårdsförsäkring – utformning?

I dag har kommunen ansvaret för äldreomsorgen inom ramen för det offentliga åtagandet. I praktiken utgör kommunens insatser i stor utsträckning ett komplement till de anhörigas, men med ett "högstnadsskydd" som innebär att kommunernas ansvar blir allt större ju mer omfattande hjälpbehoven blir. Frågan för framtiden är då, kommer en större del att flyttas över till de anhöriga på grund av resursbrist – eller kommer samhället att kunna stå för åtminstone samma nivå på de individuella insatserna som i dag.

Kommunens insatser finansieras genom kommunalskatt. Som komplement till skattefinansieringen betalar de äldre vårdavgifter, vilka dock täcker mindre än 10 procent av de totala kostnaderna (uppskattningarna varierar). Skillnaderna är härvid betydande mellan kommunerna och mellan vårdtagare i olika ekonomiska situationer.

Tanken med en äldrevårdsförsäkring är att en sådan skulle ta över finansieringsansvaret från kommunerna. Om försäkringsavgifter i viss mån tas ut i förskott kan det lätta på det framtida försörjningstrycket – de kommande generationerna som är mindre än de stora 40-talskohorterna behöver avlastas för att vi ska få en rimlig fördelning mellan genera-

Kommer en större del av hjälpen att ges av de anhöriga?



tioner. Vidare finns en kritik mot dagens äldreomsorg, att den är otillräcklig och kvalitativt otillfredsställande. Det finns också oro för om det "kommer att finnas en hjälpande hand" när de stora kullarna behöver det. Förhoppningar knyts till att en försäkring skulle kunna öka de resurser som finns till hands för vård och omsorg av de äldre, och kanske även öka individens valfrihet.

Vid utformningen av en äldre-
vårdsförsäkring står vi inför ett antal
valmöjligheter. Försäkringen kan
vara frivillig eller obliga-
torisk, vara i offentlig
eller privat regi
och den kan
vara fonderad

eller ofonderad, dvs. i det senare fallet vara finansierad med skatter och avgifter som i dag. Vissa kombinationer är inte möjliga. Man kan t.ex. inte ha en frivillig, ofonderad försäkring. Däremot kan en obligatorisk försäkring vara både fonderad och ofonderad, och skötas i privat eller offentlig regi.

Fördelningssystem eller fondsystem

Principiellt skiljer fördelningssystemet sig från fonderade system på olika sätt. Ett är att fonderade system består av fondmedel, som kan förräntas till en marknadsavkastning. Fördelningssystem finansieras med skatter och/eller avgifter, som växer med ekonomins tillväxttakt. Men vad beträffar de finansiella flödena fungerar ett fullt fonderat system som ett fördelningssystem med en demografisk fond (t.ex. det allmänna pensionssystemet med dess AP-fond). Nettoflödet av medel från fonden följer det demografiska över- eller underskottet i försäkringskollektivet.

Fördelnings- och fonderade system skiljer sig på ytterligare ett sätt. I fördelningssystem handlar det om ett implicit socialt kontrakt mellan generationer, i fullt fonderade system om ett explicit kontrakt. Oavsett kontraktsform handlar det emellertid om en in-teckning i framtida produktionsresultat, en in-teckning som kan bli olika stor beroende på om avkastningen skiljer sig åt mellan de två formerna. Om systemen erhåller precis samma avkastning har landet in-tecknat samma framtida andel av

produktionsutrymmet, oavsett om systemet är ett helt fonderat system eller ett fördelningssystem med en demografisk fond. Ett sådant mellansteg mellan ett fördelningssystem och fonderade system, med en buffertfond knuten till ett fördelningssystem för att utjämna för demografiska påfrestningar, torde vara det som för Sveriges del ligger närmast till hands.

Om en "äldrefond" skulle kunna erhålla en högre avkastning än ökningstakten i Bruttonationalprodukten (BNP) och skatteunderlaget vid oförändrad uttagsprocent för skatter, skulle denna fond dessutom kunna minska den gemensamma uppoffringen för att uppnå en given insatsnivå inom äldrevården några decennier framöver. Frågan om avkastningens storlek är sålunda av stor betydelse, och diskuteras i ett senare avsnitt.

I privat eller offentlig regi

Sverige har en lång tradition av att tillhandahålla allmänna (och obligatoriska) försäkringar i offentlig regi, dock med rätt omfattande avtalskompletteringar inom vissa system. Ålderspension, sjukpenning och förtidspension utgör exempel på viktiga allmänna försäkringar.

Äldreomsorg är i sig ingen försäkring. Som den är konstruerad utgör den snarare en garanterad minsta insats från den offentliga sektorns sida. I likhet med hälso- och sjukvården styrs användningen av äldrevården efter individers behov, men också av människors förmåga att uttrycka dessa behov och efterfråga samhällets insatser. Vidare bestämmer kommunerna och landstingen själva utbudet av vård och omsorgstjänster och påverkar därmed vad som över huvud taget finns att tillgå.

I alla dessa sammanhang utgör inte skillnaden mellan privat och offentlig försäkring någon avgörande skiljelinje, utan många kombinationer av finansiering, produktion och konsumtion är möjliga. Det finns visserligen andra skillnader. En finansiering i privat regi innebär med största sannolikhet att försäkringen differentieras efter risk. Den utjämning mellan riskgrupper som kan åstadkommas med en offentlig försäkring erhålls inte. Även om en privat försäkring regleras så att riskdifferentiering inte är tillåten, finns möjligheter att stöta bort de dåliga riskerna, att "plocka russin ur kakan". Den viktigaste skiljelinjen går emellertid inte mellan offentlig och privat, utan mellan frivillig och obligatorisk.

Frivillig eller obligatorisk försäkring

En frivillig försäkring har fördelen att ge individen valfrihet. Den ger emellertid upphov till de problem som brukar motivera att man i stället väljer en socialförsäkring. Några väljer att bli "gratispassagerare", dvs. räknar kallt med att samhället ställer upp även om man avstår från att teckna försäkring. Vad som normalt kännetecknar en privat försäkring

Om Sverige skulle införa en äldre-försäkring, bör denna vara obligatorisk



är att avgiften differentieras efter risk – de ur försäkringsbolagets synpunkt bästa riskerna betalar mindre, eller dessa är kanske de enda som kommer med. I sammanhang där fördelningsfrågor kan anses vara viktiga har Sverige normalt valt kollektiva obligatoriska försäkringar framför frivilliga försäkringar.

Om Sverige skulle välja att införa en äldreförsäkring, borde denna vara obligatorisk. Emellertid utesluter inte detta att det finns försäkringsprodukter på den privata marknaden som kan tecknas för behov utöver det som den offentliga sektorn åtar sig. Viktigt för individer är dock alltid att veta hur långt det offentliga åtagandet går, så att de kan teckna privata försäkringar utöver dessa, om de så önskar och kan.

Stort intresse i frågan

Bara under de senaste 2–3 åren har ett antal utredningar och förslag presenterats. S. Fölster (Ds 1998:15) och SNS Konjunkturråd (U. Jakobsson, red. [1999]) förespråkar en frivillig äldrevårdsförsäkring som avser att skydda försäkringstagaren mot ett högt uttag av enskilda vårdavgifter. Ett flertal av dem som engagerat sig i debatten har dock – om de alls förespråkat försäkring – lutat mer åt en obligatorisk sådan. Hit hör G. Grip och C. Örtendahl (2000), SNS Välfärdspolitiska råd (L. Söderström, m.fl. [1999]) och P. G. Edebalk och M. Svensson (2000). Fölster (Ds 1998:15) diskuterar också möjligheten att möta den väntade utgifts-expansionen med en särskild skatt, som fonderas.

Det har inte sänkts skeptiker och kritiker även mot en äldrevårdsförsäkring med obligatorisk anslutning, dvs. en ”öronmärkt skatt”, t.ex. från G. Wetterberg (2000) och B. Westerberg (2000). Också Edebalk och Svensson (2000) redogör för en del av de många svårigheter och avvägningsfrågor som hör ihop med försäkringstanken.

Vad har andra länder gjort?

I flertalet icke-skandinaviska länder är äldrevården och dess finansiering annorlunda organiserad än i Sverige, och förutsättningarna för äldrevårdsförsäkring därmed också andra.

Frivillig äldrevårdsförsäkring är framför allt känd från USA. Där finns i botten två offentligt finansierade system, programmen Medicaid och Medicare. Medicare, som finansieras med obligatoriska premier från förvärvsarbete, ersätter kostnader för sjukhus- och sjukhemsvård, men bara under en relativt kort tid. I övrigt gäller Medicaid-programmet. Det ersätter inte alla de typer av kostnader som i Sverige förknippas med omsorg och vård, och ersättningen behovsprövas mot vårdtagarens ekonomiska situation. För att ge människor möjlighet att få vård utan att för den skull uttömma sina finansiella resurser har frivilliga äldrevårdsförsäkringar utvecklats på den amerikanska försäkringsmarknaden. Äldrevårdsförsäkring har dock inte blivit någon stor succé i USA. Särskilt svårt har det varit att få yngre människor att teckna försäkring. Orsaken kan vara att de, med rätt eller orätt, anser sig höra till lågriskgrupperna – att de har svårt att föreställa sig som framtida vårdbehövande.

Kritiken i Sverige mot frivillig försäkring har bl.a. tagit fasta på att det ger kommunerna incitament att ta ut höga avgifter. Erfarenheterna från USA visar också på andra problem. Premien blir, om den beräknas på korrekta försäkringsmässiga grunder, hög för människor i högriskgrupper, vilket i praktiken kan utestänga dem. Det kan å andra sidan vara svårt för försäkringsbolagen att göra rimliga premiekalkyler, vilket leder till att differentieringen blir alltför liten. Detta skulle i och för sig reducera problemet med utestängda högriskgrupper, men i stället får bolagen svårt att rekrytera de för dem förmånligare lågriskgrupperna, som finner premien för hög.

Äldrevårdsförsäkringar står för en mycket liten del av äldrevårdens finansiering i USA, och lika liten är den andel av de äldre som har sådan försäkring. Ett brittiskt förslag om frivillig äldrevårdsförsäkring föll bl.a. på att alltför få bedömdes vilja betala de premier som skulle bli aktuella. I Tyskland diskuterades en frivillig försäkring, innan man av liknande skäl införde en obligatorisk i stället. Som nämnts har ett flertal svenska förslagsställare ansett att en obligatorisk försäkring vore bättre, bl.a. av de skäl som nämnts ovan.

Tyskland och Japan är de två länder som hittills infört offentliga äldrevårdsförsäkringar. De är obligatoriska, men skiljer sig i övrigt vad gäller finansiering, hur behovsbedömningen går till och vem som kan

Svårt att föreställa sig som framtida vårdbehövande

utföra vård med stöd av försäkringen (se Edebalk och Svensson, 2000). I Tyskland betalar både yrkesverksamma och pensionärer avgifter till försäkringen. Den administreras av särskilda kassor, vars egna medicinska rådgivare bedömer graden av funktionsnedsättning och vårdbehovet.

Den tyska äldrevården bygger i mycket högre grad än den svenska på insatser från anhöriga

Försäkringen täcker sjukvård och personlig omvårdnad, både i den egna bostaden och i särskilt boende. Den täcker däremot inte service av typ vår hemtjänst. Försäkringen ger inte full täckning av kostnaderna, utan med vissa fasta belopp beroende på grad av funktionsnedsättning.

Återstoden betalas av vårdtagaren själv, av anhöriga eller med hjälp av socialbidrag. Den tyska äldrevården har tidigare i mycket högre grad än den svenska byggt på insatser från anhöriga. Socialbidrag har kunnat erhållas om det inte funnits barn eller äktenskapspartner som kunnat träda in finansiellt. Försäkringen har tillkommit för att hålla tillbaka socialbidragens tillväxt i en framtid, när det ökande antalet gamla medför svårigheter att få de anhörigas medverkan att räcka. I det tyska fallet har således försäkringen inneburit att de äldres sociala rättigheter stärkts, medan dessa rättigheter av en majoritet svenskar anses som hävdvunna och självklara.

Ersättning från den tyska försäkringen kan både betalas ut för att ersätta anhörigas insatser och för att bekosta yrkesmässig vård och omsorg (hemma eller i särskilt boende). Den första ersättningsformen har, åtminstone fram till för ett par år sedan, varit den vanligaste.

Även Japan har till tradition ett mycket stort inslag av anhöriginSATSER i äldreomsorgen. I den nyligen införda japanska äldreförsäkringen är det kommunerna som är försäkringsgivare. Premier betalas av alla som är äldre än 40 år och även av pensionärer. Kommunerna ska tillsätta ett team, med uppgift att utföra den individuella behovsprövningen. Den ersättning som ges är sedan, till skillnad från i Tyskland, relaterad till den faktiska vårdkostnaden, upp till en viss högsta gräns. Vårdtagaren bestämmer själv om typen av vård och om vem som ska utföra den. Ersättning ges dock inte, också i motsats till i Tyskland, till vårdtagarens anhöriga.

Diskussionen i Sverige

De svenska förslag till frivillig äldrevårdsförsäkring som lagts fram har ungefär samma motiv som de amerikanska, att fungera som en form av högkostnadsskydd. Även i Sverige bestäms de vårdavgifter som den enskilde måste betala med hänsyn till privatekonomin. Man har bara

Med obligatorisk anslutning bortfaller problemen med att **högriskgrupper** utestängs eller att **lågriskgrupper** ställer sig utanför



rätt till ett visst förbehållsbelopp efter erlagda avgifter. Detta har naturligt nog varit frustrerande för många, och det har bl.a. skapat ekonomiska svårigheter för en maka eller make som velat bo kvar i den gemensamma bostaden efter att partnern måst flytta till ett särskilt äldreboende. Tanken är således att försäkringen ska skydda den vårdbehövandes inkomster och tillgångar. Kritik har riktats mot förslagen för att de ger kommunerna drivkrafter att ta ut höga avgifter. Det krävs lagstiftning eller andra regler, som hindrar kommunerna från att räkna in försäkringsutfallet som inkomst när individens vårdavgift ska beräknas.

Med obligatorisk anslutning bortfaller problemen med att högriskgrupper utestängs eller att lågriskgrupper ställer sig utanför. Man slipper också det s.k. fripassagerarproblemet, som innebär att folk avstår från försäkring, i förvisning om att det allmänna ändå träder in om det skulle knipa.

En avvägningsfråga är om även unga människor ska betala, eller endast äldre – Grip och Örtendahl föreslår att betalningen påbörjas vid 45 års ålder. Frånsett de eventuella juridiska svårigheter som kan finnas med en obligatorisk avgift som är åldersberoende, kan det vara problem att få in tillräckligt med pengar med en sådan åldersgräns. Man måste vidare ta ställning till om endast förvärvsaktiva ska betala, eller om även pensionärer (däribland förtidspensionärer) och andra inkomsttagare ska inbegripas.

Ytterligare en fråga är om premien ska vara lika för alla eller utgöra t.ex. en viss procent av inkomsten. I pensionssystem är det vanliga att inbetalningen är beroende av inkomsten, i varje fall om pensionen också är det (de "raka rörens" princip). Även äldreomsorgen har i Sverige av tradition betalats som en procent av inkomsten (kommunalskatt). Den har därmed ingått i utjämningspolitiken inte bara mellan vårdbehövande och icke vårdbehövande utan också mellan låg- och höginkomsttagare. En fast premie måste också vara ganska låg – om alla ska betala – och då kan det återigen bli svårt att få in en tillräckligt hög summa.

På förmånssidan gäller det, i likhet med frivilliga försäkringar, att precisera vad slags service, omsorg och vård som ska försäkras. Ett flertal olika uppläggningar har diskuterats, från att försäkringen ska innefatta mer daglig service och omsorg, till att den ska gälla endast de mest kostnadskrävande insatserna – det senare är i och för sig vad som mest överensstämmer med den klassiska försäkringstanken. Försäkringen kan

naturligtvis också täcka båda-dera. Grip och Örtendahl (2000) har själva på denna punkt tre olika alternativ. Försäkringen kan också användas till kvalitetshöjning, en "guldkant", utöver ett skattefinansierat basbehov. Gemensam med frivilliga försäkringar är svårigheten att på förhand veta vad som kommer att anses utgöra angelägna vårdbehov i en avlägsen framtid.

Det måste också avgöras vem som ska bedöma om ett

relevant vårdbehov föreligger eller inte, vem som ska vara försäkringsgivare – privata bolag, staten eller möjligen kommunerna själva – etc. I anslutning härtill måste risker för kostnadsdrivande övervältringseffekter uppmärksammas och motverkas. Privata försäkringsgivare är knappast möjliga med inkomstrelaterade avgifter. Att äldrevårdsinsatser skulle vara beroende av historiska inkomster och inbetalda avgifter torde vara ett främmande synsätt i Sverige.

Förslaget från SNS Valfärdspolitiska råd (Söderström m.fl., [1999]) bygger på en allmän, obligatorisk socialförsäkring. De motiverar detta med att kommunen är en för liten försäkringsgivare för att kunna sprida riskerna av en ogynnsam demografisk struktur och att det kommunala

Svårt att på förhand veta vad som kommer att anses vara angelägna vårdbehov i en avlägsen framtid



utjämningsystemet långt ifrån kompenserar för detta. Finansieringen föreslås därför ligga på statlig nivå. Produktionen av äldreomsorg kan med fördel decentraliseras och skötas av såväl privata som kommunala vårdgivare. Behovsbedömningen är en myndighetsuppgift och måste ligga kvar i offentlig regi.

Att införa en obligatorisk försäkringsavgift, eller ”öronmärkt” skatt, kan ses som ett försök att undanta ett område från uppkommande spar-krav i händelse av dåliga tider. Men, som Westerberg (2000) påpekar, finns det i längden inga möjligheter att genom någon form av äldre-försäkring garantera värden i alla tänkbara samhällsekonomiska scenarier. Detta förhållande har för övrigt beaktats rent formellt i det ”autonoma” reformerade pensionssystemet, genom den s.k. automatiska balansering som beslutats år 2001. I en gynnsam ekonomisk ut-veckling skulle å andra sidan ett försäkringssystem paradoxalt nog kunna få till effekt att hålla tillbaka äldrevårdens utveckling (Wetterberg [2000]). Prioriteringsdiskussionen i en normal budgetprocess skulle kunna ge fördelaktigare utfall, än om äldrevårdens resurser begränsas till de medel som försäkringssystemet kan inbringa. Det är, som påpekas i avsnittet om äldrevårdens kostnader nedan, inte orimligt att standarden inom omsorgen och värden tillåts stiga, i den mån BNP per invånare och den allmänna konsumtions-standarden gör det.

Öronmärkt skatt

Ett förslag om en ”äldrefond”

Äldrevärden, med pensionsfrågan betraktad som avklarad, är det off-entliga utgiftsområde där demografiskt betingade finansieringsproblem med störst sannolikhet och kraft gör sig gällande om ett par decennier. Detta skapar naturligtvis oro hos människor som hör till de generationer som kan komma att drabbas negativt. En försäkring skulle då kunna bidra till att dämpa oron. I flera av de ovan refererade analyserna poäng-teras att en obligatorisk äldrevårdsförsäkring kan kombineras med sparande och fondering. Sparande i en eller flera ”äldrevårdsfonder” skulle kunna jämna ut kostnadsbördan mellan olika generationer förvärvsaktiva, och minska risken för att kännbara skattehöjningar till slut måste till för att hålla äldrevärden och omsorgen på en anständig standard. En för-hoppning kan också vara att fonderingen ger upphov till så god avkast-ning att skatteuttaget eller den tilltänkta försäkringsavgiften kan läggas på en ganska låg nivå. Visserligen är det, som redovisas i ett följande avsnitt, mycket osäkert vad avkastningen vid en fondering kan komma att bli. Perioden fram till ungefär år 2025 är ganska kort, om man är ute efter en betryggande säkerhet för att den reala avkastningen ska vara lika med, eller med viss marginal överstiga, den reala ekonomiska tillväxten.

En försäkring skulle kunna bidra till att dämpa oron

Ett särskilt sparande för att finansiera framtida äldreomsorg förutsätter ofrånkomligen pengar. Det kan röra sig om någon procent av BNP för att få en effektiv utjämning till stånd, men med stor variation beroende på vilken utgiftsutveckling man räknar med och vad avkastningen på de fonderade medlen kan tänkas bli. Att dessa pengar skulle kunna komma in med hjälp av en frivillig

äldreomsorgsförsäkring är knappast troligt, och det finns även andra tveksamma aspekter på en sådan försäkring.

En obligatorisk äldreomsorgsförsäkring kan vara en god lösning på problemet att uppnå lika rättigheter för medborgarna. Samtidigt skulle en försäkring kunna lösa kommunernas finansieringsproblem och kostnadsfördelningsproblemet kommunerna emellan. Som har påpekats i debatten (Edebalk och Svensson, a.a.) innebär dagens ordning att kommunerna löper en ekonomisk risk att locka till sig äldre om de erbjuder god äldreomsorg. Med en finansiering via en socialförsäkring skulle pengarna följa de individer som har behoven. I de kommuner där vård och omsorg ges kommer därmed också pengarna att finnas.

Innan en obligatorisk äldreomsorgsförsäkring kan införas, återstår dock ett stort antal problem att lösa och avvägningar att göra. Det dröjer innan en eventuell obligatorisk försäkring kan beslutas med rimlig grad av politisk förankring, även om äldreomsorgsfrågorna för närvarande utreds på ett flertal håll, däribland inom ett antal myndigheter och organisationer, och flera rapporter är att motse under det kommande året. Och det dröjer ännu längre innan en eventuell försäkring kan finnas på plats.

Om en demografisk utjämningsfond ska knytas till äldreomsorgsfrågan är det emellertid bråttom. Det är nu 40-talisterna fortfarande finns i arbete, men deras pensionärstid närmar sig. Under ytterligare 10–20 år kommer relationen riktigt gamla i förhållande till övriga att vara betydligt gynnsammare än den blir sedan. Det är alltså nu det finns förutsättningar att medvetet planera för en utjämning av kostnaderna mellan generationerna

En obligatorisk försäkringsavgift uppfattas av många som en form av beskattning. Med en obligatorisk äldreomsorgsförsäkring som innefattar sparande blir det därför fråga om att tillföra äldreomsorgsområdet mer av allmänna medel. Att i erforderlig grad höja skattetrycket i vid mening under de närmaste åren kan emellertid möta svårt politiskt motstånd. Det kanske inte heller är nödvändigt. En möjlighet kan vara att utgå från det nu gällande offentligfinansiella sparmålet på 2 procent av BNP. Om målet ligger fast, bör resultatet bli att en offentlig nettoförmögenhet byggs upp under de närmaste åren, se t.ex. den senaste Långtidsutred-

ningen (sOU 2000:7, bilaga 1), H. Olsson och C. J. Nordén (2000). Det är emellertid inte alldeles enkelt att under trycket från både dem som gärna vill använda eventuella överskott till nya utgifter och dem som helst vill att skatterna sänks, upprätthålla ett allmänt överskottsmål. Kanske skulle det kunna främja politisk enighet om att ha kvar sparmålet, om överskottet används med sikte på äldrevårdens framtida finansiering. Då har ett första steg tagits, och andrum skapats för detaljarbetet med en eventuell äldrevårdsförsäkring. Det finns här en tydlig parallell till premiereservernas införande inom det reformerade pensionssystemet. Avsättningarna påbörjades långt innan systemets utformning var färdig, och medlen förvaltades interimistiskt av Riksgäldskontoret. Också parallellen till AP-fonderna är högst relevant.

AP-fonderna skapades under en period när trycket från pensionsutbetalningarna fortfarande var måttligt. Fondernas pengar användes till att investera i framtiden, främst i bostäder, och minskade därmed trycket på framtida generationer att satsa lika mycket på bostadsbyggande. Utrymme skapades för framtida pensionsutgifter.

Samtidigt finns AP-fonderna som finansieringskälla när 40-talisterna ska gå i pension. Om så inte hade varit fallet hade pensionsutgifterna måst höjas kraftigt på ett sätt som nu inte blir nödvändigt. Pensionssystemet kommer att uthärda den demografiska chocken som skapas av 40-talisterna. Finansieringen har delats mellan tidigare generationer och den generation som är aktiv när de stora pensionsavgångarna sker.

Att nu "läsa in" pengar till morgondagens äldreomsorg kan uppfattas som en onödig inskränkning i den fria och vid varje tidpunkt kloka dispositionsrätten till resurserna. Det är emellertid inte givet att motsvarande sparande i de offentliga finanserna finns tillgängliga alls om inte bred enighet kan nås om ett gott ändamål för sparandet. Om människor övertygas om det kloka i att nu skapa en buffert för framtidens äldre kan ett dubbelt syfte uppnås. Det egentliga sparmålet blir mera realistiskt och lättförståeligt. Människor känner större tillit till samhällets förmåga att bistå många fler framtida äldre med en tillräcklig omsorg för en värdig ålderdom.

Pensionssystemet kommer att uthärda den demografiska chocken som skapas av 40-talisterna



Kraffullt åldrande – tänkbara scenarier



Temat i förra årets upplaga av Socialförsäkringsboken var "Efter 55 – Välfärd, arbete och fritid". En grundtes i boken var att det inte borde bli så många ålders- och förtidspensionärer, som antagits enligt rådande prognoser. I stället borde vi – genomsnittligt – vara kvar i arbete längre. I det offentliga systemet finns det ingen övre åldersgräns, som bestämmer när vi måste ta ut pensionen.

Men de flesta berörs ändå av en sådan övre gräns, som en följd av avtal. Ofta har det varit ett tvång att lämna yrkeslivet vid 65. Med tiden har dessa avtal kommit att bilda en norm för hur det ska vara. I dag är det för de flesta en självklarhet att man ska lämna arbetslivet senast vid 65 år, kanske helst vid 60 år. Men behöver slutet på yrkeslivet verkligen bli så abrupt? Borde inte hälsan, arbetsförmågan och viljan vara avgörande för när man slutar arbeta, snarare än en viss ålder?

Uppgifter visar att *medellivslängden fortsätter att öka* och att *människor tycks förbli friska allt längre upp i åldrarna*. Är det utifrån dessa uppgifter rimligt att anta att man i framtiden ska kunna arbeta betydligt längre, om man vill och har hälsan?

I detta avsnitt kommer dessa frågeställningar att belysas utifrån aktuell medicinsk forskning, som rör människans åldrande. Under senare decennier har forskning angående människans åldrande tagit fart. Kanske beror det på att antalet personer, som uppnår hög ålder, ständigt ökat inom västvärlden och att det därför finns ekonomiskt underlag för läkemedel och medicinsk teknologi, som riktar in sig på de äldre.

För att belysa var forskningen står i dag och hur dagens vetenskapsmän ser på frågor om åldrandet, kommer endast forskningsresultat från de allra senaste åren att beaktas. Underlaget till översikten är hämtat dels från vetenskapliga publikationer under de senaste tio åren, dels från intervjuer med några svenska experter inom olika medicinska specialiteter (se förteckningen i *Källor och lästips* på sidan 159).

Medellivslängden

Människor i hela världen blir allt äldre. Detta demografiska genombrott skedde under 1900-talet, då medellivslängden i många västländer så gott som fördubblades. (Medellivslängden är det antal år en ålderskohort ett visst år kan förväntas ha kvar att leva. Ofta anges den för kohorten nyfödda). Den stora ökningen har i mångt varit oförutsedd, då de flesta prognoser om medellivslängden visat sig slå fel. Oftast har man underskattat ökningen.

Anledningen till att populationen åldras, är en förändring i balansen mellan antalet födda och döda. Vi har nu ett mönster, som består av lågt barnafödande och låg dödlighet. Detta leder till att gruppen äldre växer medan gruppen yngre minskar. Minskningen av dödligheten hos de äldre har varit dramatisk i Europas länder under det senaste halvsekle. Ju äldre åldersgrupp desto större har minskningen varit, vilket illustreras i följande tabell.

Ålder	1980	2000	Differens i procentenheter
65-69	2,0	1,4	0,6
70-74	3,3	2,3	1,0
75-79	5,7	4,0	1,7
80-84	9,8	7,2	2,6
85-89	16,5	13,3	3,2
90-94	27,3	23,3	4,0
95-	44,6	41,0	3,6

KÄLLA: SCB

Dödligheten i procent inom respektive åldersgrupp. Dödligheten har minskat under de senaste 20 åren i alla åldersgrupper över 65 år.

Förhållandena i Sverige är desamma som i övriga Europa. År 1968 fanns det cirka 365 000 personer, som var 75 år eller äldre. Trettio år senare hade antalet gamla nästan fördubblats. Enligt scb kommer det att finnas cirka en miljon människor i dessa åldrar år 2020. Som man kan se följande tabell förväntas medellivslängden öka med cirka 5 år under perioden 2000-2050 (5,5 år för män och 4,4 år för kvinnor).

År	Vid födelsen		Vid 65 år	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
2000	82,1	77,1	20,1	16,5
2030	85,2	81,0	22,5	19,1
2050	86,5	82,6	23,5	20,3

KÄLLA: SCB:S DEMOGRAFISKA RAPPORTER 2000:1

Återstående medellivslängd. Medellivslängden vid 65 år beräknas öka med cirka 3,5 år för både kvinnor och män under de närmaste 50 åren.

Folkmängden beräknas öka från cirka 8,9 miljoner år 2000 till cirka 9,5 miljoner år 2050. År 1950 låg folkmängden på cirka 7 miljoner. I följande tabell kan man se, att andelen personer över 80 år i stort sett kommer att fördubblas inom 50 år. Detta bekräftar iakttagelserna, att det är denna grupp som växer mest i västvärlden.

År	Över 65 år	Över 80 år
1950	10,2	1,5
2000	17,3	4,9
2050	24,4	9,3

KÄLLA: SCB:S DEMOGRAFISKA RAPPORTER 2000:1

Andel av befolkningen. Andelen personer över 80 år kommer att fördubblas fram till år 2050.

Hundraåringar

Att leva till hundra år är inte längre den sällsynthet, det en gång var. Antalet hundraåringar har fördubblats varje decennium i Europas länder under det senaste halvsekle. Ökningen har varit lika stor i länder med hög dödlighet, som i länder med låg dödlighet. Även i USA kan man se samma

utveckling. År 1950 fanns det cirka 3 000 hundraåringar i USA. Denna siffra är i dag 65 000 och enligt prognoser skall det finnas cirka 900 000 hundraåringar år 2050. Av de 65 000 nu levande hundraåringarna är endast 5 000 män, en könsskillnad som man i dag inte kan förklara till fullo. I genomsnitt, världen över, lever dock kvinnorna sex år längre än männen. I Sverige beräknades antalet hundraåringar till cirka 1 000 år 2000, och enligt SCB:s prognoser kommer antalet år 2050 ha ökat till cirka 6 800. Andelen hundraåringar i förhållande till folkmängden är således för närvarande dubbelt så stor i USA som i Sverige.

Minskad ökningstakt

Trots att medellivslängden hela tiden ökar, har själva ökningstakten minskat under de senaste decennierna. I USA ökade till exempel medellivslängden med 27 år från år 1900 till år 1997. Den största ökningen, 21 år, skedde under de första 70 åren, medan ökningen de senaste 30 åren varit betydligt lägre (6 år från år 1970 till år 1997). En liknade utveckling kan ses i Sverige, där medellivslängden för män och kvinnor låg strax under 60 år i början av seklet. År 1970 var medellivslängden för män 71,7 år och för kvinnor 76,1 år. Sen dess har den ökat med 5,4 år för män och 5,8 år för kvinnor.

Minskningen av ökningstakten beror främst på att förekomsten av sjukdomar, som drabbade framför allt yngre personer och barn i början av seklet, minskat betydligt. Vissa sjukdomar, såsom TBC, har nästan eliminerats. Ökningen i dag beror främst på den minskade dödligheten hos äldre personer.

Kommer ökningstakten att fortsätta att minska, vilket man förutsatt i prognoserna från SCB (cirka 5 år under de närmaste 50 åren)? Eller kommer den medicinska teknologins utveckling att innebära, att medellivslängden kommer att öka mer dramatiskt?

Medellivslängden i framtiden

När det gäller olika framtidsscenarioer skiljer man mellan medellivslängd och den tid en människa maximalt kan leva. Det mänskliga maximala "livsspannet" har oförändrat legat på cirka 125 år de senaste 100 000 åren. Det som förändrats är den livslängd en person kan förväntas få när hon föds, dvs. medellivslängden.

Olika slutsatser har dragits om människans möjlighet att bli betydligt äldre än i dag. Så menar vissa forskare att vår medellivslängd inte kan överskrida ett tak på cirka 85 år. Andra menar dock att det är fullt möjligt att medellivslängden, i en inte alltför avlägsen framtid, kan komma att ligga på 100–120 år. I de publikationer som ligger till grund för detta kapitel, finns en övervikt åt en mer blygsam ökning. Någon dramatisk ökning antogs inte heller av de svenska forskare som intervjuades. Ett undantag var den medicinske genetikern, som gissade att medel att bromsa upp åldrandet kommer att föreligga inom det närmaste halvsekle.

Eliminering av sjukdomar och medellivslängd

Som skäl för att ökningen inte kommer att bli dramatisk, angav man bl.a. beräkningar, som visat att en fullständig eliminering av de vanligaste dödsorsakerna före 90 års ålder inte skulle öka medellivslängden med mer än högst tio år (Lithell, Rosén, Saldeen, Strandberg). I Sverige skulle den största vinsten vara om hjärt- och kärlsjukdomarna helt skulle elimineras. Detta skulle öka medellivslängden med 4–5 år, medan en eliminering av samtliga cancertumörer

En fullständig eliminering av de vanligaste dödsorsakerna före nittio års ålder skulle inte öka medellivslängden med mer än högst tio år



skulle innebära cirka tre års ökning. Utrotning av övriga sjukdomar skulle ge någon till några månaders förlängd medellivslängd vardera. Om en sådan sjukdom som Alzheimers helt skulle elimineras, skulle medellivslängden endast öka med cirka 19 dagar.

En fullständig eliminering av de stora folksjukdomarna ses som en utopi. Dessutom tror de flesta forskare att en minskning eller eliminering av vissa sjukdomar bereder marken för andra sjukdomar. En person som räddas till livet vid en hjärtinfarkt, riskerar att drabbas av exempelvis cancer (Nyberg, Saldeen, Jonsson). Man kan inte heller bortse från risken att nya okända infektionssjukdomar, i likhet med AIDS och Ebolaviruset, kan drabba såväl utvecklingsländerna som västvärlden (Pettersson). Sannolikheten tycks således liten, att medellivslängden ska kunna öka mer dramatiskt genom att man botar eller eliminerar sjukdomar. För en anseilig ökning krävs, förutom en eliminering av sjukdomar, även att det "normala" åldrandet bromsas upp. Om åldrandet ska kunna bromsas upp, måste man ta reda på vad det är som styr en människas livslängd och varför man åldras.

Vad styr åldrandet?

De flesta forskare är överens om att den individuella livslängden styrs av såväl inre som yttre faktorer. Man är dock inte alltid överens om proportionerna mellan dessa faktorer. Vissa forskare menar att människans individuella livslängd till nästan 100 procent styrs av gener, medan andra anser att högst 25 procent kan förklaras av gener.

Utifrån det man vet i dag är det knappast sannolikt att någon enskild gen har inflytande på befolkningsnivå, även om vissa gener tycks ha större påverkan på livslängden än andra. Så har till exempel bärare av en genvariant, som bär beteckningen APOE e4, större dödlighet än resten av befolkningen och studier har visat att 100-åringar har lägre förekomst av denna genvariant. Andra studier har visat att det tycks finnas en stark familjekomponent hos människor som lever länge. Man har antagit att denna komponent är genetisk och att den kan bestå av en eller flera gener. Kanske kommer man i framtiden att kunna påverka dessa gener.

Åldrandets process

Människans risk att dö är som minst runt 12–13 år, därefter ökar den med åldern. Åldrandet kan därmed ses som en livslång process och inte något som helt plötsligt sätter igång vid 65 års ålder. Det betonas av flera forskare att det är viktigt att skilja på åldersförändringar och förändringar på grund av sjukdom. Man måste

Människans risk att dö är som minst runt 12–13 år

fråga sig "Vad skulle människan dö av, om alla de sjukdomar, som nu står i dödsorsaksintygen, skulle utrotas?". För dö skulle hon ju göra likafullt, men då kanske av de processer, som verkligen utgör åldrandet. Vad skiljer då åldersförändringar från förändringar på grund av sjukdom? Några kännetecken är att till skillnad från sjukdom händer de varje individ, som når en viss ålder. Vidare äger de rum i så gott som alla arter och påbörjas inte före könsmognaden hos någon av artens medlemmar. Även djur, som under årtusenden eller till och med årmiljoner inte upplevt åldrande, påvisar sådana förändringar, om de förflyttas från sitt vilda tillstånd.

Man menar således att man kan inte förstå åldrandet genom att studera de äldres sjukdomar. Studiet av sjukdom kan inte ge kunskap om det normala! En forskare menar att i stället för att fråga "Varför åldras vi?" borde vi fråga "Varför lever vi så länge?" Han motiverar detta med att det aldrig var meningen, teleologiskt sett, att vi skulle få veta något om åldrandets process. Under 99,9 procent av människans tid på jorden har medellivslängden varit cirka 30 år, med en maximal livslängd på cirka 50 år. Människan, och de djur vi valt att skydda, är de enda varelser på jorden, som i stort antal får uppleva åldrandet.

Under 99,9 procent av människans tid på jorden har medellivslängden varit ca trettio år

Att människan (och djur i fångenskap) uppnår en ålder långt bortom sin aktiva reproduktionstid kan således ses som en artefakt i naturen. Detta kan förklara att själva åldrandet, till skillnad från den enskildes livslängd, inte tycks styras av gener. Dessa styr den biologiska utvecklingen fram till könsmognaden, men några instruktioner för åldrandet i sig tycks inte generna innehålla. Den åldersspecifika dödligheten är ändå slående konstant över tid, mellan folk och vid olika nivåer av det totala dödstalet. Detta har lett till antagandet att det tycks finnas någon typ av underliggande biologiskt mönster när det gäller åldrandet.

Om det inte finns någon genetisk kod för själva åldringsprocessen, hur ska man då biologiskt förklara åldrandet? Studier av cellens uppbyggnad och funktioner har lett fram till några tänkbara förklaringar. Dessa fynd kan komma att ge upphov till medel för att bromsa upp åldrandet i framtiden. De viktigaste rönen har dels att göra med *syrets effekt på cellen*, dels de s.k. *telomerernas längd*.

Oxidativ stress i cellen

Det finns en sårbarhet hos cellerna, som hänger samman med syret. Åldrandet kan ha att göra med denna sårbarhet. I början av livets utveck-

I början av livets utveckling på jorden var syre ett gift



ling på jorden var nämligen syre ett gift, som organismerna först så småningom lyckades hantera. Med hjälp av syre kunde organismen effektivisera förbränningen av födan och energiproduktionen i kroppen. Men som en biprodukt bildas s.k. reaktiva syreföreningar. Dessa skadar såväl gener, fetter som proteiner i cellerna. Som skydd mot denna förstörelse

finns i alla celler speciella molekyler, antioxidanter, som har till uppgift att oskadliggöra de reaktiva syre-

föreningarna. Kroppen kan själv producera antioxidanter, men de kan även tillföras kroppen genom födan i form av vitaminer. Balansen mellan de

reaktiva syreföreningarna och antioxidanterna tycks ha en inverkan på livslängden hos arten. Människan har, till exempel, en betydligt större mängd antioxidanter i cellerna än möss, vilka ju lever betydligt kortare tid än vi.

Djurförsök har visat att det går att skapa en ökad livslängd genom ingrepp i arvsmassan. De arvsanlag det är fråga om, har i många fall visats påverka nedbrytningen av de reaktiva syreföreningarna. En motsvarighet till dessa arvsanlag finns även i människans DNA, varför det är teoretiskt möjligt att också hos människan göra liknande ingrepp. Man har även lyckats framställa en kemikalie, som påskyndar nedbrytningen av de reaktiva syreföreningarna. Om rundmaskar matas med kemikalien förlängs deras genomsnittliga livslängd med drygt 40 procent. Enligt forskare inom området är det rimligt att anta att man inom en tidsrymd på 20–30 år har genomfört kliniska prövningar med liknande substanser (Pettersson).

Telomerernas betydelse för åldrandet

Vad är telomerer? Ändarna hos normala kromosomer är förseglade med ett specifikt DNA, som hindrar att de smälter ihop med varandra eller med andra kromosomer. Dessa ändrar, som kallas telomerer, består av ett upprepat antal av samma korta DNA-sekvens. Vid den kromosomför-dubbling, som föregår varje celldelning, kopieras inte telomererna helt, utan tappar en bit. Det tycks som om det finns en kritisk punkt i denna förkortning, där cellen inte längre kan fortsätta att dela sig. Det har visat

sig att ett starkt samband föreligger mellan telomerernas längd i en cell och det antal delningar cellen kan genomgå. Ju kortare telomerlängden är, desto färre antal delningar. Man har också visat att telomerernas längd minskar med stigande ålder hos människan. Det finns dock undantag. Så påverkades till exempel inte telomerernas längd i donerad sperma av donatorernas ålder. Det skulle kunna visa att könscellerna innehåller någon mekanism, som upprätthåller telomerernas längd.

I mitten av 1980-talet upptäcktes ett enzym, som fick namnet telomeras. Man fann att telomeras förlängde telomererna. Telomeras förekommer rikligt i cancerceller, som är odödliga – till skillnad från normala celler, som har en begränsad livslängd. I cirka 90 procent av alla mänskliga cancerceller återfinns rikligt med telomeras. På senare år har man emellertid också funnit telomeras i vissa normala celler, såsom fostervävnad, benmärgsstamceller och testiklar. Mängden telomeras i dessa normala celler är dock betydligt lägre än i cancerceller.

Cancerceller är odödliga

Upptäckten av telomerasets funktion kan leda till att forskningen, i syfte att bromsa upp åldrandet, letar efter sätt att tillsätta telomeras till normala celler. Viktigt blir då naturligtvis att avväga mängden, för att inte riskera att den normala cellen utvecklas till en cancercell. Å andra sidan kan också forskningen rikta in sig på att finna hämmare till telomerasproduktionen för att ändra cancercellens egenskaper och bygga in en begränsad livslängd även hos dessa.

Att man nu funnit tänkbara förklaringar till åldrandet på cellnivå, innebär att det blir en tidsfråga innan dessa kunskaper börjar tillämpas även på människan. Man kan nog vara tämligen säker på att om det kommer att ligga inom mänsklig förmåga att genetiskt bromsa upp åldrandet, så kommer detta att ske, förr eller senare. Dock tycks steget från rundmask till människa fortfarande stort!

Finns det då några sätt redan nu att bromsa upp åldrandet? Somliga hävdar detta och verksamheter som riktar in sig på att skjuta upp åldrandet, blir allt vanligare. Hälsokostbutiker översvämmas av produkter, som sägs verka föryngrande. Med jämna mellanrum kan man läsa i kvällstidningarna eller hälsobladen om nya mirakelpiller, som ska hjälpa oss att bevara vår ungdom. Finns det i detta utbud någon behandling, som faktiskt håller vad man lovar, nämligen bibehållen ungdom? I USA finns medicinska mottagningar, ledda av läkare, som har specialiserat sig på att behandla friska personer med medicinska preparat, i syfte att bekämpa åldersförändringarna. Deras verksamhet går under namnet "anti-aging medicine".

”Anti-aging medicine”

Människan har alltid strävat efter att leva så länge som möjligt, men samtidigt har hon inte velat bli gammal. Därför har sökandet efter källan för evig ungdom ständigt funnits. I början av 1900-talet upptäcktes att produktionen av könshormoner och tillväxthormon sjunker, när man blir äldre. Alltsedan denna upptäckt har tanken funnits, att tillförsel av dessa hormoner borde motverka åldrandet. I modern tid har därför ”anti-aging medicine” främst varit förknippad med hormonbehandling. Målet med anti-agingbehandlingen är att restaurera de hormonsystem, som står för cellens bevarande och reparation. För att nå detta mål strävar man efter att återställa hormonsystemet till nivån vid 25–30 års ålder.

Östrogen, progesteron och testosteron styr våra fortplantningsfunktioner. Längst erfarenhet har man av att behandla kvinnor med östrogen.

Tillförsel av östrogen motverkar klimakteriebesvär, såsom svettningar, vallningar och sköra slemhinnor. Man har också funnit att behandling med östrogen efter klimakteriet kan motverka benskörhet. Trots den långa erfarenheten av östrogenbehandling saknar man dock fortfarande en fullständig bild av de biverkningar som långvarig tillförsel kan ge. Säkert kan dock sägas, att trots att östrogen bevisligen kan ge en bättre hälsa och därmed bättre livskvalitet de år man lever, finns det ingen forskning som visat att livslängden skulle bli längre vid östrogentillförsel.

Kunskaperna om testosteron är betydligt mindre än de om östrogen. När testosteron syntetiserades på 1930-talet hade man stora förhoppningar att det skulle bli en källa till ungdom. Denna förhoppning infriades dock inte och fortfarande vet man inte särskilt mycket om vilka effekter man får vid tillförsel av testosteron. En av indikationerna för förskrivning är impotens. Studier har dock visat att brist på testosteron endast kan förklara impotens i några få procent av fallen, och inte ens i dessa fall är alltid testosteron lämplig som behandlingsform. Tillväxthormon är känt för sin påverkan på tillväxten av såväl skelettet som mjukvävnader, och även för sin effekt på

Det finns ingen forskning som visar att livslängden skulle öka vid östrogentillförsel



metabolismen. I Sverige förskrivs tillväxthormon endast till personer som har fel i sin egen produktion av hormonet, dvs. enbart på medicinska indikationer. Terapi med tillväxthormon till personer med bristande egen produktion har visat sig kunna förbättra minnet och andra kognitiva funktioner. Även sinnesstämningen, välbefinnandet och aktivitetsgraden har påverkats. Tillförsel av tillväxthormon har också visat sig ge rent kosmetiska effekter. Kulmagen hos män motverkas och kvinnokroppen behåller sitt underhudsfett, så att rynkor försvinner. Det krävs dock en kontinuerlig tillförsel för att effekterna ska kvarstå. Vid utsättande av medicinen går effekterna snabbt tillbaka (Nyberg). I USA är det möjligt att även behandla friska personer med tillväxthormon. Behandlingen består av dagliga injektioner i doser, som är betydligt lägre än de som ges av medicinska skäl.

Forskningen om antioxidanternas skyddande roll har slagit igenom även på anti-agingklinikerna. I form av extra vitamintillskott vill man förstärka antioxidantsystemet. Forskning har dock visat att det är tveksamt om extra tillskott utifrån, vid sidan av det som man får genom födointaget, har någon effekt. Tvärtom verkar det vara så att om man tillför kroppen extra mängder antioxidanter, minskar den egna genstyrda produktionen.

Ingen dramatisk ökning

Sammanfattningsvis är det inte sannolikt att medellivslängden kommer att öka på något dramatiskt sätt genom att de sjukdomar vi drabbas av, kommer att minska eller till och med helt utrotas. En eliminering av samtliga sjukdomar före 90 års ålder, vilket i sig kan ses som en utopi, skulle maximalt förlänga medellivslängden med upp till tio år. Dessutom kan vi inte skydda oss mot nya, i dag okända virus, som kan leda till omfattande infektionsepidemier.

Medellivslängden kommer inte heller att påverkas av dagens anti-agingmediciner. Det är visat att åldrandets fysiska och psykiska följder, såsom skrynklig hud, torra slemhinnor, kulmage, dåligt minne och försämrade kognitiva funktioner, tillfälligt kan motverkas med tillväxthormon, en effekt som snabbt går tillbaka om man upphör med tillskottet. Dessa hormontillskott tycks således inte ha någon möjlighet att påverka cellens åldrande och död.

Däremot kan man inte bortse från möjligheten att det inom en framtid kommer att gå att bromsa upp åldrandet genom förändringar av arvsmassan. Detta skulle kunna leda till att människans maximala livslängd förskjuts uppåt och att allt fler uppnår en riktigt hög ålder. Även om en majoritet forskare i dag uttrycker sig med försiktighet när det gäller den framtida medellivslängden, kan man inte helt utesluta, att SCB:s prognos

om en ökning på endast fem år under de närmaste femtio åren kommer att sälla sig till de föregående underrapporteringarna.

Om tekniken kommer att finnas tillgänglig betydligt fortare än vi tror, kommer det att bli en mycket het etisk och samhällspolitisk debatt. Man kan ännu bara ana vilka frågeställningar denna teknik kan komma att leda till. Bland biogerontologiska forskare pågår redan debatten. Vissa forskare, som inte alls utesluter möjligheten att åldrandet kommer att

Att ge liv till åren och inte bara år till livet

Winston Churchill



kunna påverkas, kan inte se någon existentiell mening med det. De menar att biogerontologernas uppgift inte är att förlänga livslängden, utan att öka människans möjlighet att få leva ett aktivt, långt liv, fritt från sjukdom och funktionellt beroende. Det gäller "att ge liv till åren och inte bara år till livet!", enligt Winston Churchill, som ju uppnådde en aktningsvärd ålder.

Detta för oss över till den andra av de förutsättningar, som grundtesen i Socialförsäkringsboken 2000 vilar på, nämligen att de äldre, oavsett om medellivslängden kommer att öka mycket eller lite, behåller sin hälsa allt längre upp i åren.

Hälsan hos de äldre

Att människan i dag lever längre kan bero på att hon är friskare, eller på att hon hålls vid liv längre vid sjukdom. Flera olika scenarier är tänkbara. Ett där hälsan är oförändrad, dvs. människor fortsätter att visa upp lika hög grad av sjuklighet som tidigare vid samma ålder. Om man då lever längre, blir det en längre tid av sjukdom. Ett annat scenario är att sjukdomsperioden skjuts upp, men fortsätter att vara av samma längd. Ett tredje alternativ är att vi blir äldre och att sjukdomsperioden blir kortare, allt eftersom fler sjukdomar kan botas eller behandlas. Frågor om sjukdomsperiodens längd och när den kommer att inträffa, är viktiga att besvara. Implikationerna för samhället blir helt olika beroende på vilka svar man får, vilket resonemanget i nästa avsnitt visar.

Hur ser då hälsan ut hos den allt äldre populationen? Och hur kommer den att se ut inom det närmaste halvsekllet? Inom ramen för detta avsnitt kommer ingen utförlig redovisning att ske av de olika sjukdomar som äldre drabbas av. Här kommer i stället ett mer allmänt resonemang att föras om äldres hälsotillstånd. Dessutom diskuteras några problemområden, när det gäller vården av äldre.

Hälsoläget bland äldre

WHO menar att vi nu står inför en stor utmaning. Det gäller att se till att de extra åren i den ökade medellivslängden inte innebär ett ökat lidande för dem som blir gamla. Frågan om förväntad livslängd (life expectancy) bör kompletteras med den lika viktiga frågan om förväntad hälsa (health expectancy). Redan i dag görs regelbundna undersökningar av levnadsförhållandena i Sverige (ULF) för att mäta kvaliteten på hälsoläget. Dessa genomförs årligen av SCB på uppdrag av Sveriges Riksdag. Med hjälp av cirka 700 välfärdsindikatorer försöker man få en bild av hur människor lever och mår i Sverige i dag. Undersökningarna har pågått sedan 1975 och hittills har cirka 150 000 personer intervjuats. Undersökningsmaterialet begränsas dock till personer i åldrarna 16–84 år, varför uppgifter rörande de ”äldre äldre” (över 85) saknas.

ULF visar att ju längre man lever, desto större är sannolikheten att man ska drabbas av någon långvarig sjukdom (se följande tabell). Sjukdomar i cirkulationsorganen, dvs. hjärtat och de stora kärlen, är absolut vanligast hos äldre. Nästan hälften av alla över 75 år rapporterar sådana, mot drygt en tredjedel av personer i åldrarna 65–74 år. Av cirkulations-sjukdomarna är hjärtsjukdomarna tre till fem gånger så vanliga efter pensionsåldern som i den vuxna befolkningen som helhet (16–84 år).

Sjukdomar	Ålder		
	65–74 år	75–84 år	16–84 år
Långvarig sjukdom (ospecificerad)	72	82	46
<i>Sjukdomar i cirkulationsorganen</i>	39	49	13
Hjärtsjukdomar	17	24	5
Högt blodtryck	21	24	8
<i>Sjukdomar i rörelseorganen</i>	26	34	18
Nedsatt rörelseförmåga	35	66	15
<i>Sjukdomar i endokrina systemet</i>	15	15	5
Diabetes	8	9	3
<i>Sjukdomar i andningsorganen</i>	8	9	7

KÄLLA: ULF

De mest frekvent självrapporterade sjukdomarna hos äldre. Procent. Sjukdomar i cirkulationsorganen är vanligast och av dessa är hjärtsjukdomar de mest rapporterade.

Andra sjukdomar som drabbar speciellt äldre är osteoporos (benskörhet), demens bl.a. i form av Alzheimers sjukdom, psykiska besvär i form av depression och ångest samt enligt geriatrisk expertis också undernäringstillstånd (Akner). Ofta har en äldre person flera sjukdomar samtidigt. En svensk studie har visat att runt 80 procent av alla över 75 år lider av två eller fler självrapporterade, långvariga sjukdomar. ULF visar också att

Ju äldre man blir desto oftare besöker man läkare



ju äldre man blir desto oftare besöker man läkare. På frågan om man besökt läkare inom de senaste tre månaderna svarade 41 procent av hela gruppen (16–84 år) ja, medan motsvarande siffra för åldrarna 75–84 år var 65 procent. Finns det skäl att tro att hälsoläget kommer att bli avsevärt bättre hos de äldre?

Förändringar under de senaste tjugo åren i Sverige

Om man jämför hälsoläget i dag med det för tjugo år sedan, visar uppgifter från ULF på såväl förbättringar som försämringar. I följande exempel jämförs data från år 1980 och år 1996. Den självrapporterade hälsan har definitivt förbättrats sedan år 1980. Då bedömde 12,5 procent av alla i åldrarna 65–84 år sin hälsa som dålig eller mycket dålig. År 1996 var motsvarande siffra cirka 8 procent. Likaså rapporterade 10 procent färre nedsatt arbetsförmåga (25 % år 1996 mot 28 % år 1980). Andelen män som rökte minskade markant, från 28,4 procent år 1980 till 15,8 procent år 1996. Däremot ökade andelen rökande kvinnor från 8,7 till 12,8 procent.

Långvariga sjukdomar uppgavs i samma utsträckning som tidigare medan fler hade besökt läkare (se följande tabell). Sjukdomar i rörelseorganen ökade i hela gruppen äldre (65–84 år) med 40 procent (från 21,5 % till 30 %). Trots detta minskade andelen som rapporterade nedsatt rörelseförmåga och rörelsehinder, medan problem med ryggvärk ökade (tabellen överst på sidan 37).

Ålder	Långvarig sjukdom		Läkarbesök	
	1980	1996	1980	1996
65–69	69,2	68,7	43,2	50,4
70–74	73,0	74,7	48,3	55,2
75–79	79,5	79,6	52,4	63,3
80–84	85,3	83,9	58,9	67,5

KÄLLA: ULF

Andel personer med långvarig sjukdom och andel som har besökt läkare inom en tremånadersperiod. Lika många rapporterade långvarig sjukdom, men fler har besökt läkare.

Ålder	Nedsatt rörelseförmåga		Rörelsehinder		Ryggvärk	
	1980	1996	1980	1996	1980	1996
65–69	41,3	32,0	14,6	12,4	8,9	11,5
70–74	46,4	38,1	24,9	15,4	5,9	8,3
75–79	65,7	56,0	42,4	28,1	7,8	12,5
80–84	82,1	75,1	53,5	43,0	7,6	8,8

KÄLLA: ULF

Andel med nedsatt rörelseförmåga, rörelsehinder och ryggvärk. Färre personer rapporterade nedsatt rörelseförmåga och rörelsehinder, medan problem med ryggvärk ökade.

Över lag ser det ut som om de äldres hälsa blivit bättre, och att en ökad frekvens av vissa sjukdomar kan förklaras med att man blivit allt äldre. En ökning av långvariga sjukdomar, till exempel besvär i rörelseorganen, har blivit en konsekvens av att man lever längre.

Eftersom hjärtsjukdomar är bland de vanligaste sjukdomarna bland de äldre, kan det vara speciellt intressant att belysa förändringarna utifrån dessa.

Ålder	Kvinnor		Män	
	1980	1996	1980	1996
65–69	9,4	12,5	10,8	16,0
70–74	16,7	14,9	18,4	19,2
75–79	24,2	16,6	22,2	29,2
80–84	27,7	25,0	23,6	26,1

KÄLLA ULF

Andel som rapporterade hjärtsjukdomar. En minskning skedde för kvinnor medan hjärtsjukdomarna ökade hos män.

Medan andelen kvinnor som rapporterade hjärtsjukdomar minskade, utom i åldersklassen 65–69 år, ökade andelen män över lag. En förklaring till att hjärtsjukdomarna ökade hos män kan vara en minskad dödlighet. Om fler överlever allvarliga hjärtproblem innebär det också att fler kommer att leva med hjärtproblem, vilka kontrolleras med medicin eller annan teknologi. Dessutom riskerar fler då att drabbas av nya hjärtproblem. Hur har då dödligheten förändrats under samma period?

Enligt följande tabell minskade dödligheten vid hjärtinfarkt betydligt dessa år. Dödsfallen minskade hos båda könen. För kvinnorna halverades de i stort sett i alla åldersklasser och för männen var minskningen störst i åldrarna 65–69 år, där dödsfallen mer än halverades (54 %). I resterande åldersklasser låg minskningen på 37–45 procent.

Mycket intressant är att förutom att dödligheten minskade, försköts den även upp i åldrarna. Den frekvens som år 1980 gällde åldersklassen 65–69 år gällde år 1996 åldersklassen 70–74 år, frekvensen för 70–74-åringarna gällde för 75–79-åringarna osv. Denna trend går rakt igenom alla åldersklasserna och gäller såväl kvinnor som män.

Ålder	Kvinnor		Män	
	1980	1996	1980	1996
65–69	0,4	0,2	1,3	0,6
70–74	0,8	0,4	2,0	1,1
75–79	1,6	0,8	3,1	1,7
80–84	3,2	1,6	4,9	3,0
85–89	5,7	3,0	7,8	4,9
90–	10,0	5,4	13,1	7,7

KÄLLA: ULF

Andel över 65 år som har dött i hjärtinfarkt. Dödligheten minskade hos båda könen och försköts dessutom upp i åldrarna.

En viktig faktor som har lett fram till minskningarna i dödlighet är rökningen, som minskat påtagligt. År 1980 rökte 29 procent av kvinnorna jämfört med 22 procent år 1998. Motsvarande siffror för män var 36 respektive 17 procent. Diagnostisering och behandling av högt blodtryck har också bidragit till minskningen i dödlighet, liksom människornas förändrade levnadsvanor. Det finns en större medvetenhet i dag än tidigare, att man ska hålla fettintaget nere, vara försiktig med alkohol och motionera.

Den medicinska teknologin, med den snabba utvecklingen inom såväl transplantationsområdet som inom den medicinska genetiken, kommer att innebära ytterligare framsteg inom behandlingssidan. Redan nu finns mediciner som effektivt kan hjälpa dem som redan utvecklat någon form av hjärtbesvär. Forskare inom området är helt eniga om att en fortsatt nedgång i dödlighet och även i insjuknande är att förvänta, förutsatt att de förebyggande åtgärderna ökar (Saldeen, Rosén, Strandberg).

En liknande optimism, när det gäller det framtida hälsoläget hos äldre, finns hos forskare inom andra medicinska specialiteter. Inom forskning, som till exempel rör diabetes och Alzheimers sjukdom, kommer ständigt nya rön, vilka kommer att göra det möjligt att både behandla och förebygga dessa sjukdomar (Lithell, Jonsson). Samma typ av utveckling är att vänta inom de flesta av de sjukdomar som vi i dag känner till. Stora förhoppningar ställs till den medicinska genetiken när det gäller såväl behandling som diagnostik (Pettersson, Strandberg).

Hälsovägda levnadsår

Hur förhåller det sig då med "health expectancy" i relation till "life expectancy" om man jämför hälsan hos de äldre i dag med för tjugo år sedan? En bearbetning av ULF-data gjordes i Socialförsäkringsboken 2000 i avsikt att få fram just "förväntade hälsoår". Man använde sig av måttet "hälsovägda levnadsår" som är en kombination av dödlighet och mått på sjuklighet. Det innebär att man "viktar" olika grader av ohälsa. Om man har full hälsa i alla avseenden "väger" de förväntade levnadsåren 1. Vid lätt ohälsa minskar vikten till 0,9. Vid starkt nedsatt hälsa "väger" de förväntade levnadsåren endast 0,5. Kanske kan man uttrycka det så att om man har en svår nedsatt hälsa motsvarar ett års överlevnad "livskvalitetsmässigt" endast ett halvt år levt med full hälsa (Levnadsförhållanden – rapport nr 93).



Bearbetningen visade att de förväntade antalen hälsovägda levnadsår ökat något för både kvinnor och män sedan början av 1980-talet. För kvinnor i åldersgruppen 65–74 år var den genomsnittliga medellivslängden 8,4 år i början av 1980-talet, medan den i slutet av 1990-talet ökat till 8,6 år. Motsvarande hälsovägda levnadsår var 6,9 år respektive 7,2 år. För män i samma åldersklass ökade antalet hälsovägda levnadsår från 5,9 till 6,6 under samma tid. Denna åldersklass lever alltså i god hälsa under cirka 85 procent av de förväntade levnadsåren.

En komplettering av bearbetningen i Socialförsäkringsboken 2000 visar att kvinnor i åldersklassen 75–84 år lever i god hälsa under cirka 75 procent av de förväntade levnadsåren medan motsvarande siffra för män är drygt 80 procent. Även i denna åldersklass ökade antalet hälsovägda levnadsår från början av 1980-talet till slutet av 1990-talet (för kvinnor från 2,25 år till 2,55 år och för män från 1,55 år till 2 år)

Underdiagnostisering av äldre

Uppgifterna i ULF, att den självrapporterade hälsan hos äldre förbättrats samtidigt som fler långvariga sjukdomar rapporteras, kan tyckas motsägelsefulla. En förklaring till denna paradox kan vara en förbättrad medicinsk behandling av de äldres sjukdomar. Traditionellt har man, som diskuterades ovan, delat in åldersanknutna förändringar i sådana, som beror på "sjukdom", och sådana som är en följd av "normalt åldrande". Detta har sannolikt tidigare lett till en underdiagnostisering av sjukdomar hos äldre. Man såg helt enkelt den ökade sjukdomsrisk, som ett naturligt fenomen. I dag är geriatriska forskare överens om att många föränd-

ringar, som tidigare hänförts till kategorin ”normal åldrande”, egentligen är sjukdomsrelaterade (Akner). Detta innebär att de ofta kan behandlas med gott resultat. Som en läkare uttryckte det: ”Om vi vet tillräckligt mycket om våra patienters fysiologi, kommer själva åldern att förlora sitt prediktionsvärde för hur väl en behandling skall falla ut”.

Tidigare delade många kliniker också föreställningen att äldre personer saknar förmåga att svara på livsstilsförändringar. I enlighet med devisen ”det går inte att lära gamla hundar sitta”, trodde man inte att äldre kunde förändra sig när det gällde livsstilen. Studier har dock visat att äldre svarar mycket bra på förebyggande åtgärder. Som ett enskilt exempel på detta kan nämnas en 75-årig man med svår bronkit, som rökt sedan han var 14 år. Han fick en rökavvänjning i julklapp av sina barn, och lyckades sluta röka. Bronkiten försvann så gott som omedelbart, och efter några veckor gick han de fyra trapporna upp till mottagningen utan större besvär. Då detta var en av de första patienterna i en ung klinikers praktik, ledde det lyckade resultatet till en genuin tilltro hos denne till människans förmåga till förändring, oavsett ålder!

Hot mot hälsan hos de äldre

Gemensamt för gerontologer och geriatriker från olika länder är ett missnöje med att den geriatriska och gerontologiska forskningen fortfarande inte får tillräckliga resurser. Inte heller tycker man att geriatriken tillerkänns status, som en viktig disciplin inom medicinen. Detta, menar man, kan förklara att kunskapen om de äldres sjukdomar fortfarande är förhållandevis liten och att det fortfarande råder en underbehandling av de äldre (Akner, Lithell). Enligt dessa forskare kommer en fortsatt ökad kunskap om de äldres sjukdomar ytterligare att förbättra hälsan hos de äldre. Det finns dock stora problem att lösa, såsom hospitalisering, undernäring, multimedicing, passivisering och felaktig livsstil, innan hälsan hos de äldre kan bli optimal.

Hospitalisering

Ett stort problem inom geriatriken, som måste lösas, är risken för hospitalisering. Hospitalisering kan beskrivas som en mer eller mindre tillfällig tillbakagång av viktiga färdigheter, fysiska såväl som psykiska, som en följd av inläggning på sjukhus. Detta fenomen är inte något som endast drabbar äldre. Men dessa är, genom sin naturliga nedsättning i vissa centrala funktioner, särskilt sårbara. Några få dagar på sjukhus för en okomplicerad infektion kan starkt förminska en 85-årig kvinnas förmåga att själv ta sig till toaletten. Då kan man föreställa sig den hospitalisering som äger rum vid en längre tids vård. Läkare



inom området menar dock att denna risk i allmänhet är väl känd inom den svenska geriatriska vården. Däremot kan medvetenheten om denna risk vara betydligt mindre inom andra medicinska områden (Akner, Lithell). Det ligger därför en hel del i gamla människors rädsla att hamna på sjukhus. Man är rädd för att förlora de funktioner man fortfarande har intakta. En rädsla, som säkert baseras på erfarenhet, om vad som hänt med anhöriga eller vänner, när de väl kommit in på sjukhus.

Undernäring

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika sjukdom och återvinna hälsa. Det har visat sig att näringsbriststillstånd är vanligt inom svensk hälso- och sjukvård. Den genomsnittliga förekomsten av undernäring är cirka 30 procent, men den är betydligt större hos kroniskt sjuka äldre. Studier har visat att cirka 70 procent av boende på sjukhem lider av undernäring och att de resterande cirka 30 procent befinner sig i riskzonen för sådan. Detta kan jämföras med 3–6 procent hos hemmaboende. Dock befinner sig 40–60 procent i riskzonen även bland dessa. Undernäring definieras som ett tillstånd av obalans mellan intag och omsättning av energi och näringsämnen med ökad risk för sjuklighet. Den vanligaste formen av undernäring inom svensk sjukvård är orsakad av en kombination av energi- och proteinbrist (SoS-rapport 2000:11). En av de intervjuade geriatrikerna menade att kunskapsnivån om näringslära och behandling av undernäring inom kommunal äldreomsorg fortfarande är mycket bristfällig. För att förebygga ohälsa och borga för livskvalitet hos de äldre är det därför nödvändigt att försöka återställa ett normalt näringstillstånd hos den äldre (Akner).



Multimedicingering och läkemedelsbiverkningar

Ett annat stort problem är multimedicingeringen (Akner, Jonsson, Strandberg). På svenska sjukhem används i genomsnitt 9 läkemedel per boende och en enskild äldre patient kan ha upp till 10–15 olika läkemedel förskrivna. Man har visat att nästan 20 procent av de boende på sjukhem har allvarliga läkemedelsproblem. Det kan handla om olämpliga kombinationer av läkemedel, dubbelförskrivningar eller läkemedel som är direkt olämpliga för äldre.

Förutom risken att medicinerna kan motverka varandra är många läkemedel behäftade med biverkningar. Enligt Läkemedelsboken utgör dessa ett stort hälso- och sjukvårdsproblem, eftersom de är en ofta förekommande orsak till att vuxna patienter läggs in på sjukhus. 2–12 procent av de patienter, som läggs in på medicinska, geriatriska- och infektionskliniker i Sverige, har en läkemedelsbiverkan som huvudsaklig eller bidragande inläggningsorsak. Om en patient tar många läkemedel samtidigt, blir det självklart mycket svårt att avgöra, vilka av patientens symtom, som verkligen är sjukdomsrelaterade och vilka som är oavsedda interaktioner med andra läkemedel eller biverkningar.

En biverkning kan vara den s.k. rebound-effekten. Den innebär att medicinen kan ge de problem, som man en gång började ta den mot. Så kan vissa smärtstillande medel, till exempel mot migrän, efter en längre tids användning ge upphov till smärta, liksom sömnmedel kan ge sömnbesvär och ångstdämpande medel kan ge ångest. Det blir då lätt att tro att dosen behöver ökas. Man kan hamna i en ond cirkel, som kan leda till beroende om läkemedlen är narkotiska. Flertalet sömn-, lugnande, ångstdämpande och smärtstillande medel är narkotiska läkemedel. För att ytterligare komplicera det hela kan själva utsättandet av dessa preparat, om det inte sker genom omsorgsfull nedtrappning, ge upphov till abstinensbesvär som också liknar dem som medicinen tas emot.

Svensk läkemedelsstatistik visar att förskrivningen till äldre, av såväl sömn-, lugnande som smärtstillande medel är mycket hög. En långvarig konsumtion av dessa medel leder, förutom till risken att bli beroende, sannolikt till en passivisering med försämrade funktioner som resultat. Följande tabell visar att försäljningen av såväl sömn- som lugnande medel

Förskrivningen till äldre av såväl sömnmedel som lugnande och smärtstillande medel är mycket hög



som innehåller bensodiazepiner och smärtstillande medel som innehåller dextropropoxifen (DXP) ökar påtagligt med stigande ålder.

Ålder	DXP DDD/t.i.d ¹	Bensodiazepiner DDD/t.i.d ¹
20–29	2,0	4,1
40–49	9,2	30,8
70–79	41,7	97,0

¹ Definierad daglig dos/1000 invånare och dag.

KÄLLA: JONASSON, 2000

Försäljningen av smärtstillande medel med DXP och sömn- som lugnande medel med bensodiazepiner, 1996 i mellansverige. Försäljningen ökar påtagligt med stigande ålder.

En av de intervjuade forskarna menade att det är fel i organisationen som tillåter att en rad olika läkare är inkopplade på samma patient (Akner). Detta är, enligt hans mening, den främsta orsaken till denna multimedcinering av äldre och de olyckliga följder denna kan leda till. För att råda bot mot detta föreslår han, att en enda läkare ska ha huvudansvaret för den geriatriska patientens medicinering. ”Läkaren måste återfå huvudansvaret för patienten, och inte som nu, enbart verka som konsult inom åldringsvården”.

Ett sätt att motverka multimedcinering är att ge läkaren en möjlighet att via en samlad patientjournalinformation kunna ta fram vilka mediciner hans/hennes patient har förskrivna. Detta är också ett av de förslag till åtgärd som Socialstyrelsen lämnat till regeringen i syfte att förbättra såväl den medicinska som den ekonomiska uppföljningen av förskrivning och användning av läkemedel. Man menar att för att patienten ska få ut största möjliga nytta är det viktigt att få ”rätt” behandling. Detta i sin tur förutsätter att den förskrivande läkaren får kunskap om patientens övriga behandlingar med tanke på interaktioner m.m. som kan omintetgöra den aktuella läkemedelsbehandlingens resultat.

”Use it or loose it”

För att sjukdomsperioden ska kunna skjutas upp, är det nödvändigt att hålla i gång såväl fysiska som psykiska funktioner. Uttrycket ”Use it or loose it” är ytterst relevant när det gäller våra grundläggande funktioner. Sängläge under ett par veckors tid har visat sig ge unga, starka män så stark tillbakabildning av musklerna, att det tar ansevärd tid att återuppbygga den förlorade muskelstyrkan. Då kan man förstå att risken för tillbakabildandet av vitala förmågor är ännu större

Sängen är en farlig plats

hos en äldre person. Som en av experterna uttryckte det: "Sängen är en farlig plats" (Jonsson). Denna kunskap har omsatts i Sverige, bl.a. på särskilda stroke-enheter. Där försöker man motverka att en person, som drabbats av stroke, förlorar för mycket av sina förmågor. Man bokstavligen tvingar upp den drabbade direkt från ambulansbären och aktiverar henne/honom. Detta har visat sig betyda mycket för överlevnaden. Samma erfarenhet har gjorts när det gäller rehabilitering av patienter med rygg- och nackproblem.

Riskhöjande livsstil

Även om det aldrig är för sent att förändra livsstil och därmed åtnjuta betydande hälsovinster, är hälsan något man bör bygga upp under tidigare år. Såväl forskare som kliniker är helt överens om detta. När de intervjuade experterna tillfrågades om vad de själva gör för att leva så länge som möjligt, så friska som möjligt, svarade samtliga att de alltid tyckt om att motionera. Vidare tänkte de på vad de åt, även om de tillstod att de var förtjusta i såväl god mat som ett gott vin. Ingen av dem rökte och ingen tycktes behäftad med någon övervikt. Någon tyckte att det var viktigt

att regelbundet kontrollera sina värden för att följa upp kolesterolet m.m. Livskvalitet och livsglädje betonades av samtliga. Denna lilla grupp av manliga experter utgör naturligtvis ett ytterst selekterat urval och det går därför inte att generalisera deras sunda livsstil till befolkningen i stort.

Dock tycks det som att vissa förebyggande åtgärder verkligen vunnit genomslag i vårt samhälle. I dag tycks man till exempel, även på befolkningsnivå, vara mycket medveten om rökningens hälsovådliga risker. Sverige är i dag ett av de få länder som har uppfyllt who:s mål om en befolkning där minst 80 procent är rökfri. Oroväckande är dock

att många unga kvinnor börjar röka i dag, och att det fortfarande är ett "ojämlikt" problem, dvs. det är i grupper med de sämsta socioekonomiska förhållandena som flest rökare rekryteras.

Allt fler människor är också införstådda med att fettintaget måste hållas nere, vilket bland annat visat sig i det sjunkande antalet hjärt- och kärlsjukdomar. Det är dock viktigt att redan från tidig ålder röra på sig för att balansera fettet i vår kost. Emellertid

**Hälsan är något
man bör bygga upp
under tidigare år**



verkar den unga generationens alltmer stillasittande livsstil kunna bli ett allvarligt hot mot folkhälsan. Den i sammanhanget helt nödvändiga gymnastikundervisningen i skolan har minskat, liksom många naturliga tillfällen till motion, såsom spring i trappor, promenad eller cykling till skolan m.m. Denna brist på motion kan leda till att allt fler kommer att bli överviktiga framöver.

Många forskare och kliniker uppfattar överviktsproblemet som ett mycket stort hot mot folkhälsan framöver. Man talar om det i så starka termer som "fetma-epidemi" och "tickande fetmabomb" (Akner, Jonsson, Nyberg, Rosén). Fetma har nu uppmärksammas som ett hälsoproblem i många länder t.ex. Australien, England, Frankrike, Kanada och USA och även här i Sverige. I Sverige är cirka 2,5 miljoner människor överviktiga i dag, varav en halv miljon lider av verklig fetma. Övervikt respektive fetma definieras med hjälp av BMI, vilket står för Body Mass Index. $BMI = \text{vikt i kg} / (\text{längd i m})^2$. Ett BMI på över 25 betraktas som övervikt och över 30 ses det som fetma. De senaste tjugo åren har antalet personer med övervikt ökat med cirka 45 procent. Det är främst i åldrarna 16–44 år som ökningen skett, framför allt bland unga vuxna (18–25 år). Inget tyder på att vi ännu nått toppen på detta växande problem.

Den helt dominerande orsaken till fetma är att man under en längre tid har en obalans mellan intag och omsättning av energi. En allvarlig risk med fetma är att den lätt blir bestående, eftersom den är mycket svårbehandlad. Det finns i dag få behandlingsprogram som leder till någon varaktig viktminskning. Fetman i sig kan dessutom leda till flera typer av sjukdomar, framför allt diabetes, förhöjt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar samt för tidig död. Andra konsekvenser är belastningsskador i leder, ökat insjuknande i vissa former av cancer, sömnapné (andningsstillestånd när man sover), infertilitet och psykosociala problem. I länder där detta problem uppmärksammas en längre tid uppskattar man, att behandling av fetma och fetmarelaterade tillstånd uppgår till cirka fem procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Det skulle innebära cirka 5–7 miljarder kronor för Sveriges del (Jonsson).

Den unga generationens alltmer stillasittande livsstil kan bli ett allvarligt hot mot folkhälsan



Inom folkhälsovetenskapen varnar man dessutom för att framtidens folkhälsosjukdomar kommer att utgöras av de s.k. samsjukdomarna – till dessa hör bland andra psykosomatiska problem, stress, depression, ångest, fobier och missbruk (Rosén). Det som kännetecknar dessa sjukdomar är att de ofta har en diffus symptombild och att nya diagnoser tar över gamla. Så tycks till exempel ”psykisk insufficiens” ha ersatts med det mer dagsaktuella ”utbrändhet”. Diffusa led- och muskelbesvär kan i dag i stället diagnostiseras som fibromyalgi. Man vet redan att dessa tillstånd är mycket svårbehandlade och att rehabiliteringen därför blir tidskrävande. Hur dessa sjukdomar kommer att påverka de äldres hälsa i framtiden vet vi ingenting om i dag.

De äldre allt friskare

Sammanfattningsvis finns det redan i dag skäl att tro att den gamla föreställningen om den bräckliga och beroende åldringen inte längre är en korrekt bild. Många av dagens äldre är fysiskt aktiva, rörliga, oberoende och friska. Detta är en följd av såväl en förbättrad sjukvård som en aktivare och mer hälsoförebyggande livsstil hos de äldre. De flesta forskare menar, att trots att framtidsscenarioet med tanke på de hot mot hälsan som beskrivits ovan (framför allt fetma och fysisk passivitet) kan tyckas dystert, är förutsättningarna för en fortsatt utveckling mot ännu bättre hälsa övervägande goda.

Kunskaperna om de äldres sjukdomar har ökat, och fortfarande finns mycken kunskap att inhämta. Det kommer att innebära att allt fler erbjuds behandling för de långvariga sjukdomar de drabbas av som en följd av att de lever längre.

Framtidsscenarioet kommer härvidlag naturligtvis att se olika ut beroende på i vilken ålder man i dag befinner sig. Det är väl rimligt att anta att ju äldre man är i dag, desto mindre ”nytta” kommer man att ha av dagens medicinska utveckling. Många kliniker och forskare menar dock att även den som redan i dag uppnått en hög ålder kan få en ökad livskvalitet genom den medicinska forskningens rön. Allt fler gamla behandlas för olika sjukdomar. Detta leder till att de kan bo kvar hemma längre i stället för att behöva långvarig vård.

När det gäller dem som nu är i medelåldern, är det utifrån den optimism som många forskare ger uttryck för, rimligt att anta att man i stor utsträckning kommer att få uppleva ett kraftfullt åldrande. Allt fler av dem, som om tjugo år passerar 65-årsgränsen, kommer att uppnå en hög ålder i ett allt friskare tillstånd. Många forskare är än mer optimistiska när det gäller de riktigt unga. En del tror till och med att de flesta stora



sjukdomar, som i dag hotar oss, kommer att ha besegrats inom femtio år, då dagens femtonåring blir 65.

Ur sjuk- och hälsovårdens synvinkel finns det dock en baksida till detta. Det faktum att allt fler sjukdomar kan åtgärdas, leder oundvikligen till kravet att den allmänna sjukvården ska tillhandahålla de behandlingsmetoder som finns, även om de är kostbara. Ju fler behandlingsmetoder som blir möjliga, desto fler val och alternativ ställs såväl läkare som patienter inför. På båda håll växer då förväntningarna om vad den allmänna sjukvården ska kunna erbjuda den enskilde patienten. Det kommer inte att bli billigt att i den kliniska praktiken tillämpa den snabba medicinska utvecklingens landvinningar! En annan aspekt är att botandet av en sjukdom kan leda till att nya sjukdomar får en chans att utvecklas. En person, som får hjälp att överleva en stroke, eller en hjärtinfarkt, kanske senare drabbas av cancer. Detta kommer i sin tur att leda till nya kostnader för sjukvården.

I förlängningen kommer således inte sjukvårdens kostnader att bli lägre, bara för att människor är friskare längre. Men, för att anknyta till grundtesen i Socialförsäkringsboken 2000, de äldre kommer sannolikt att kunna stanna kvar längre i yrkeslivet framöver. Därmed kommer de att kunna bidra till samhällsekonomin under längre tid. Om äldre, som är friska, kan vara kvar några ytterligare år i arbete, kan fler dela kostnaderna för de ökade sjukvårdskostnaderna i allmänhet och vården av den växande gruppen av de riktigt gamla i synnerhet.

Slutligen, då gruppen äldre ovedersägligen kommer att fortsätta att öka, kan inte forskning om åldrandet och dess patologi åsidosättas. Inget samhälle har råd att inte fästa stor uppmärksamhet till denna grupp. Som någon uttryckte det: "ett samhälles överlevnad kommer att bero på, hur intelligent man handskas med åldringsexplosionen". Den medicinska teknologin till trots, det är den politiska processen, som kommer att avgöra om vårt land lyckas att "åldras" bra eller inte.

Det är den politiska processen som kommer att avgöra om vårt land lyckas att "åldras" bra eller inte

Äldrevårdskostnaderna i framtiden

De samlade offentliga utgifterna för äldrevård uppgick år 2000 till över 60 miljarder kronor. I detta belopp ingår kommunernas utgifter för vård och omsorg av personer 65 år och äldre, oavsett om de bor i sin ordinarie bostad eller i s.k. särskilt boende. Vidare ingår skattade utgifter för färdtjänst, i storleksordningen cirka ett par miljarder kronor. Efter avdrag för de äldres egna avgifter för äldreomsorgen stannar de offentliga nettoutgifterna vid något under 60 miljarder kronor. Det bör påpekas att den kommunala driftsredovisningen inte är fullständig när det gäller bl.a. fördelningen mellan äldre och yngre funktionshindrade och att olika skattningar leder till skillnader i nettoutgifter på någon eller några miljarder kronor. Beräkningarna i detta avsnitt ansluter till beräkningar för omsorgskostnaderna i olika åldersgrupper år 2000 som bl.a. har använts av Socialdepartementet och Finansdepartementet i redovisningen till Eurostat, EU:s statistikmyndighet.

Vidare bör särskilt påpekas att begreppet äldrevård innefattar den sjukvård som i samband med den s.k. Ädelreformen 1992 övertogs av kommunerna. Beloppet motsvarar omkring 6,5 procent av den totala lönesumman i landet. Äldrevården svarar för mer än en fjärdedel av de sammantagna offentliga utgifterna för ålderspensioner och äldrevård. Om 30 år kommer äldrevårdsutgifterna i relation till lönesumman med all sannolikhet att vara betydligt högre. Hur mycket högre beror på många faktorer – varav några kommer att diskuteras i detta avsnitt – men en huvudorsak är den växande andelen äldre i befolkningen.

Befolkningen i de förvärvsaktiva åldrarna kommer inom några år att stagnera och därefter minska i absoluta tal – en konsekvens av de låga födelsetal som registrerats under 1990-talet, vilka bara långsamt förväntas öka. Antalet äldre kommer däremot att växa explosionsartat. Delvis beror detta på den ökande medellivslängden. Denna bedöms stiga med ytterligare cirka 3,5 år fram till år 2030 enligt huvudalternativet i SCB:s senaste

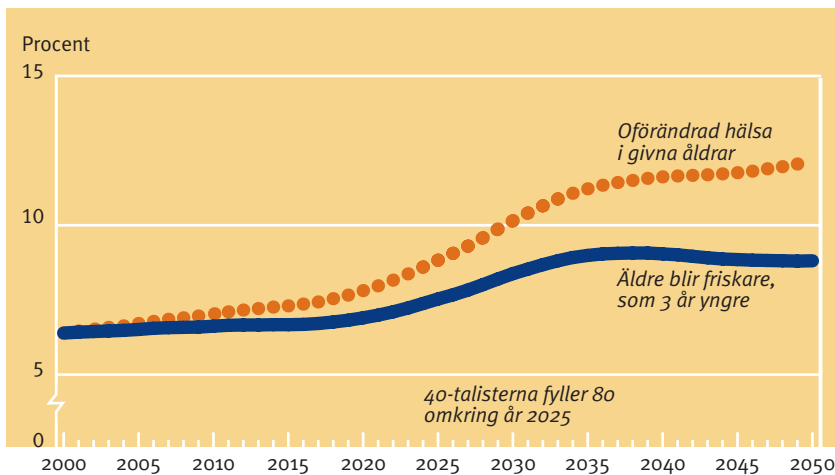
Äldrevården svarar för mer än en fjärdedel av de sammantagna offentliga utgifterna för ålderspensionärer och äldrevård



befolkningsprognos, och därefter ytterligare något fram till år 2050. Det går nu 29 människor i åldern 65 år och däröver på 100 personer i åldern 20–64 år. År 2030 blir det 44. Även utan fortsatt ökning i medellivslängden skulle emellertid försörjningsbördan för de äldre växa. Detta beror på att de äldre generationerna (särskilt 40-talistgenerationen) är så mycket större än de yngre, vilket är en återspeglning av födelse-talens historiska utveckling. Om ökningen i medellivslängd helt skulle utebli, skulle det likafullt år 2030 komma att gå 39 äldre på 100 personer i åldern 20–64 år.

Huvudkalkylen i det följande diagrammet bygger på antagandet att tyngdpunkten i människors behov av omsorg och vård förskjuts uppåt i åldern i ungefär samma takt som den förväntade medellivslängden räknat från 65 års ålder skjuts uppåt. Det antas således inte att den ökande livslängden för genomsnittsindividen innebär fler år med dålig hälsa mot slutet av livet. För detta har argumenterats i det föregående avsnittet ”Kraftfullt åldrande”, och frågan berörs kortfattat även nedan. Skulle antagandet om att de äldre blir friskare i givna åldrar – mot de flesta experters bedömning – inte infrias, skulle kostnadsökningen bli långt mer dramatisk. Det senare skulle betyda att den volym äldrevård som förbrukas per person blir oförändrad i varje åldersgrupp och för respektive kön. Samhällsekonomiska förutsättningar i övrigt för kalkylen anges i den följande faktarutan.

Tyngdpunkten i människors behov av omsorg och vård förskjuts uppåt i åldern



Utgifter för äldrevård i procent av lönesumman.

Beräkningsförutsättningar

Lönesummans tillväxt bestäms av förändringen i antalet arbetade timmar och förändringen i den reala timlönen. Antalet arbetade timmar bestäms i sin tur av antalet personer som är i arbete och medelarbetstiden för dessa. Antalet personer i arbete har beräknats under förutsättning av att andelen av befolkningen för båda könen och i varje åldersgrupp som är i arbete förblir konstant, och – i ett första steg – att medelarbetstiden för personer i arbete för dessa grupper förblir konstant. Förändringarna i den förvärvsaktiva befolkningens storlek och ålderssammansättning bidrar till en långsiktig nedgång i antalet arbetade timmar på 0,1 procent per år i genomsnitt 2000–2050, med de största minskningarna, 0,3 procent per år, på 2020-talet. Härtill har antagits en generell minskning av årsarbetstiden på 0,4 procent per år för samtliga. Uttaget som minskad veckoarbetstid motsvarar detta cirka 1,5 timmar i veckan per tioårsperiod. Sammantaget minskar antalet arbetade timmar med 0,5 procent i genomsnitt 2000–2050.

Den reala timlönen antas stiga med 2 procent per år. Detta är klart mer än genomsnittet för 1975–2000, då ökningen begränsades till några få tiondels procent

per år, men betydligt lägre än för 1950–1975, då ökningen var cirka 4 procent per år. Lönesummans tillväxt i fasta priser blir därmed 1,5 procent per år.

Det sker successivt en relativ fördyring av vårdproduktionen relativt näringslivets produktion. Detta beror på att produktivitetstillväxten i vårdsektorn antas vara liten eller obefintlig. Tillväxten i den reala timlönen på 2 procent per år antas motsvara tillväxten i näringslivets produktivitet (produktion per arbetad timme). En nominell löneökningstakt på t.ex. 4 procent per år är därmed förenlig med en inflation på 2 procent per år och oförändrade vinstmarginaler i näringslivet. Det förutsätts att den reala löneökningstakten i vårdsektorn är lika hög som i näringslivet. Vid obefintlig produktivitetstillväxt i vårdsektorn skulle detta medföra en relativ fördyring av vårdkonsumtionen på 2 procent per år. En del av vårdkonsumtionen, uppskattningsvis 25 procent, består emellertid av varor och tjänster som köps in eller förmedlas från näringslivet och som därmed kan tillgodoräknas en produktivitetstillväxt. Den relativa fördyringen skulle därmed kunna stanna vid 1,5 procent per år, vilket är vad som kalkylerats in för kurvan i diagrammet.

De äldre blir friskare

Den ökande medellivslängd som kan iakttas i ett långt historiskt perspektiv har inte medfört att antalet år med dålig och utgiftskrävande hälsa ökat i motsvarande mån. Det är inte enbart år med dålig hälsa som lagts till livet. Att de äldre blir friskare (i givna åldrar) minskar naturligtvis deras behov av vård och omsorg.

Det är i och för sig inte så lätt att mäta hälsotillståndets utveckling. SCB frågar, i sina undersökningar av befolkningens levnadsförhållanden (ULF), om människors uppfattning om sin egen hälsa. Resultaten tyder på att de äldres hälsa har förbättrats över tiden. Andelen som upplever sig ha full hälsa eller bara lätt ohälsa har stigit sedan 1980-talets början både bland ”yngre äldre” och ”äldre äldre”. Ökningen är något större för män än för kvinnor. Möjligen underskattar sådana subjektiva undersökningar hälsans förbättring i mer objektiv mening, om det är så att kraven på vad som ska kallas god hälsa har stigit i befolkningen.

I bilaga 8 till Långtidsutredningen, LU 2000, I. Batljan och M. Lagergren, Socialdepartementet (2000) finns en teoretisk och empirisk genomgång av olika hypoteser om hälsotillståndets utveckling i högre åldrar. Författarna finner att den hypotes som har övervägande empiriskt stöd är den att hälsotillståndet bestäms mer av hur många år människan har kvar att leva än av hur många år hon redan levat. Sjukligheten ökar ju närmare döden man kommer, oavsett vid vilken ålder den senare inträffar. En ökande medellivslängd skulle alltså innebära att även sjukligheten skjuts upp till högre ålder. Antalet ohälsöår på ålderdomen blir oförändrat, trots att livslängden stiger.

En mer radikal hypotes är att sjukligheten t.o.m. förskjuts snabbare uppåt i åldern än vad dödsdagen gör. Det skulle alltså vara lättare att förbättra hälsan i höga åldrar än att senarelägga själva döden. Den sjuklighetsperiod som föregår döden skulle bli allt kortare.

Uppskjuten sjuklighet leder till minskad sjuklighet i givna åldersgrupper. Om den minskade sjukligheten är förenad med en proportionell minskning i äldrevårdskostnaderna ges en enkel illustration av kostnadsbesparingarna för äldrevården i följande tabell. Där antas att konsumtionen av äldrevård successivt fram till år 2050 förskjuts uppåt i åldrarna med 5 eller 3 år. Exempelvis antas en 85-åring år 2050 behöva lika mycket vård som 80-åring (respektive 82-åring) i dag, och så vidare. En sådan schablonmässig teknik användes också i C.J. Nordén och H. Olsson (2000).

Sjukligheten ökar ju närmare döden man kommer



	Om de äldre blir som . . .	
	5 år yngre	3 år yngre
2000	0	0
2010	10	6
2020	19	12
2030	29	17
2040	37	22
2050	46	28

Minskade behov av äldrevård genom att de äldre blir friskare. Procent jämfört med utgifter om hälsan i givna åldrar skulle bli oförändrad.

Om de äldre hälsomässigt successivt blir ”som 5 år yngre” fram till år 2050, skulle behovet av äldrevård minska kraftigt, exempelvis redan år 2030 med cirka 29 procent. Likartade resultat erhåller Batljan och Lagergren när de utgår från framskrivna trender i hälsoutvecklingen enligt de ovan nämnda ULF-undersökningarna.

Att de äldre blir friskare ”som 5 år yngre” är emellertid ganska mycket. Den återstående medellivslängden

från 65 års ålder förutsätts i huvudalternativet i scb:s senaste befolkningsprognos stiga med cirka 3,5 år fram till år 2050. Möjligen är därför alternativet att de äldre blir ”som 3 år yngre” mer förenligt med hypotesen om en ungefär oförändrad sjuklighetsperiod mot slutet av livet.

Orsaker till ökande medellivslängd och bättre hälsa

Den allt bättre hälsan i olika åldersgrupper har ovan setts som motiv för att också räkna med en allt lägre åldersspecifik konsumtion av äldrevård. Men man skulle kanske kunna vända på resonemanget: är inte den ökande medellivslängden och den bättre hälsan ett resultat av bl.a. ökade insatser av just äldrevård?

SCB motiverar sina antaganden om ökande medellivslängd med ett antal faktorer: framsteg inom den medicinska forskningen och sjukvården, bättre levnadsvillkor, sundare levnadssätt, etc. Den förbättrade hälsan och ökade livslängden i nästan alla världens länder har att göra med ekonomiska framsteg i vid mening. Genetiska förändringar torde spela utomordentligt liten roll; det finns knappast heller några rent biologiska fördelar med att leva till den dubbla normala fortplantningsåldern som den västerländska människan numera gör. Detta betyder också att utvecklingen till stor del inte är ”gratis”. Det råder däremot inte full vetenskaplig enighet om vilka faktorer som är de mest betydelsefulla.

En orsak till längre liv och bättre hälsa, särskilt i ett lands tidigare ekonomiska utvecklingsstadier, är förbättringen i den privata konsumtionsstandarden; mer och bättre mat, bostäder, hygien, m.m. Här har offentliga utgifter vanligen spelat en mindre – om än inte obefintlig – roll. En annan orsak är sundare levnadsvanor; mindre tobaks- och alkoholmissbruk, mer motion och mindre övervikt, etc. Sådana förbättringar kostar inte så mycket i sig, men är naturligtvis delvis resultat av forskning och informationsverksamhet. En tredje faktor är framstegen på medicinens och vårdens område, som ju i Sverige varit starkt knutna

till den offentliga sektorns verksamhet. Det rör sig dels om en mer allmän standardtillväxt för befolkningen i alla åldrar, som kan kallas ”primär sjukdomsprevention”, dels om specifika insatser för att uppskjuta döden, undanröja sjukdom och lindra sjukdomssymtom. Till den sistnämnda delen rör det sig delvis om ökad konsumtion av just äldrevård.

Att det finns skillnader i livslängd och hälsa inom ett land mellan olika socio-ekonomiska grupper finns belagt både i USA och Sverige, för Sveriges del t.ex. av M. Thorslund och O. Lundberg (1994). Problemet är naturligtvis att äldre människor i olika socio-ekonomiska grupper har – och under hela sitt liv haft – olika standard i fråga om både privat konsumtion och levnadsvanor och troligen även medicin- och vårdresurser. Enskilda faktorerets vikt är därför svåra att särskilja.

Nämnas kan också möjligheten av s.k. iatrogena vårdbehov, som tas upp av Baltjan och Lagergren. Vården kan i sig skapa ökade vårdbehov, t.ex. på grund av felbehandlingar, men också genom övervård (hospitalisering).

Även om det således är osäkert i vilken grad ökade äldrevårdsinsatser leder till högre livslängd och bättre hälsa, är det i ett historiskt perspektiv klart att vårdvolymen i Sverige stigit betydligt mer än vad som kan förklaras med förändringarna i befolkningens åldersstruktur. Det gäller dock inte 1990-talet, då motsatt tendens gjort sig gällande. Om vårdvolymen även framgent skulle minska, kan detta negativt påverka utvecklingen av både medellivslängd och hälsotillstånd.

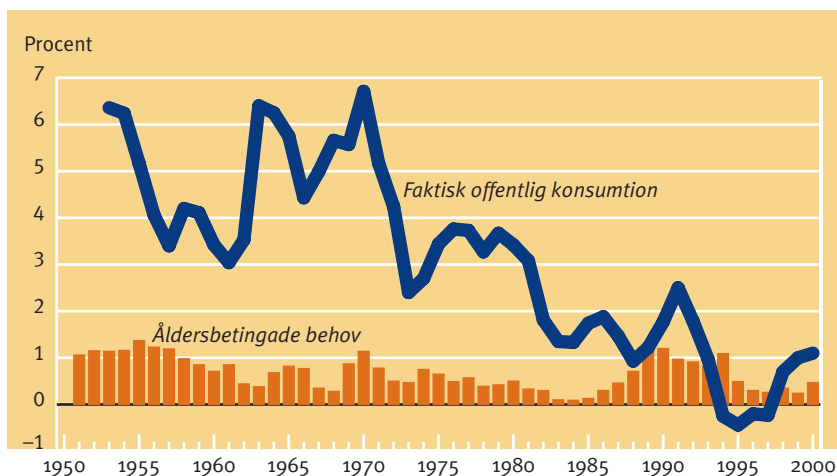
Standardtillväxt i äldrevården

Att konsumtionen av äldrevård på lång sikt stigit mer än vad som enbart kan förklaras av befolkningens åldersförändringar (och trots att ohälsan inom varje åldersgrupp minskat!) är inte en trend som bara gällt Sverige. Det finns också ett starkt samband mellan sjukvårds-konsumtion per invånare i olika länder och deras allmänna levnadsstandard, mätt som t.ex. BNP per capita. Trenden är inte heller begränsad till äldrevården, utan har gällt de flesta slag av offentlig konsumtion: barnomsorg, skola och sjukvård i allmänhet. I följande diagram visas hur volymen av individuellt konsumerad men offentligt finansierad

Det finns ett starkt samband mellan sjukvårds-konsumtion i olika länder och allmän levnadsstandard



konsumtion skulle ha utvecklats sedan 1950 om förbrukningen av respektive tjänster varit oförändrad per person inom varje åldersgrupp – alltså utan antagande om hälsoförbättring för de äldres del – förd bakåt i tiden i stället för framåt. Kurvan böljar upp och ned, i huvudsak som återspiegelning av variationer i antalet barn och gamla. Den faktiska offentliga konsumtionen (här visserligen inklusive kollektiv konsumtion som försvar, rättsväsen, m.m.) har emellertid vuxit betydligt mer. Det är först sedan 1980-talets slut som den under vissa år har vuxit långsammare, framför allt under de hårda besparingsåren under 1990-talets lågkonjunktur. Det senare är i princip ett uttryck för standardsänkning, medan det i det långa historiska perspektivet således har varit fråga om betydande standardhöjning.



Anm. Åldersbetingade behov beräknade som om volymen av vård, omsorg, m.m. varit konstant per person i varje åldersgrupp år för år under hela perioden. Tre års glidande medelvärde för den faktiska offentliga konsumtionen.

KÄLLA: SCB:S NATIONALRÄKENSKAPER OCH BEFOLKNINGSSTATISTIK SAMT C.J. NORDÉN OCH H. OLSSON (2000).

Volymtillväxt i den offentliga konsumtionen sedan 1950. Procent från föregående år.

Åtminstone delvis kan den ökande livslängden och den bättre hälsan bero på ökad standard inom själva äldrevården, både rent medicinskt och genom ett omhändertagande som allmänt stärker livsviljan. En sådan standardökning kostar pengar. Men dessutom är det, om det sker en standardökning på andra områden i samhället, inte orimligt att standarden även i detta slags konsumtion stiger, oavsett om det finns en konkret koppling till hälsoutvecklingen eller inte. Ökad äldrevårdsstandard är inte ett mindre rimligt önskemål än ökad standard i fråga om mat och

dryck, kläder, resor m.m., vilket inte nödvändigtvis är direkt hälsobefrämjande. Det kan exempelvis vara rimligt att för framtiden räkna med en volymökning i konsumtionen av äldrevård – per person som konsumerar den – som motsvarar tillväxten i BNP per capita.

Kalkylen till diagrammet på sidan 49 utgick från en produktivitets-tillväxt i näringslivet på 2 procent per år och ett schablonantagande om noll i produktivitetsökning inom den offentliga löneintensiva produktionen. Tillsammans med den prognostiserade utvecklingen av totalbefolkningen och arbetsvolymen skulle detta ge följande tillväxt i BNP per capita, procent per år:

2000–10	0,9
2010–20	0,8
2020–30	0,8
2030–40	1,3
2040–50	1,0

Med en motsvarande standardtillväxt inom äldrevården skulle utgifterna öka avsevärt mer än under de tidigare givna förutsättningarna. Detta framgår av det diagram som avslutar detta avsnitt. I det historiska perspektivet är en standardtillväxt i takt med BNP per capita likafullt inte anmärkningsvärt högt. Det kan nämnas att den totala offentliga konsumtionen under perioden 1960–2000 steg med cirka 2,7 procent per år, vilket utslaget på konsumenter i relevanta åldersgrupper innebar en standardökning på 2,2 procent per år. (Detta är i princip den genomsnittliga skillnaden mellan kurvan och staplarna i diagrammet på sidan 54.) Och även BNP per capita steg under samma period med drygt 2 procent per år.

Den fråga som inställer sig är naturligtvis om det är rimligt att en sådan fortsatt standardtillväxt ska vara offentligt finansierad på traditionellt sätt. Man kan tänka sig att ett ”basbehov” ska tillgodoses genom skattefinansiering och att en högre standard är något som kan köpas av den som vill och kan. Men hur ska basbehovet fastställas? Är det dagens ungefärliga standardnivå, eller en lägre eller en högre?

Hur ska basbehovet fastställas?



Bättre produktivitetstillväxt i näringslivet

Man kan möjligen anse att det antagande om näringslivets produktivitetstillväxt, 2 procent per år, som här har använts, är lågt hållet. Med en högre produktivitetstillväxt i näringslivet blir, under ett bibehållet antagande om konstanta vinstandelar (se föregående faktaruta), även reallöneökningarna större och därmed också skatte- och avgiftsbaserna. Detta betyder dock inte att vårdkonsumtionen skulle bli så mycket lättare att finansiera. Det är nämligen att anta att de anställda inom vården kräver samma reallöneutveckling som de sysselsatta i näringslivet, även om detta saknar motsvarighet i den egna sektorns produktivitetsutveckling. Detta gör att vårdkonsumtionen blir dyrare i motsvarande mån. I relation till lönesumman skulle kostnaderna för äldre vården därför bli ungefär desamma. Däremot är det naturligtvis möjligt att högre vårdutgifter känns lättare att bära, när bärarnas realinkomst är i lika grad högre. Redan en real framtida timlöneutveckling på 2 procent per år är ganska mycket jämfört med vad som i genomsnitt uppnåtts under de senaste 25 åren. År 2030 skulle det innebära en timlön som är 80 procent högre än i dag.

Större arbetskraftsutbud

Det förhåller sig helt annorlunda om en högre ekonomisk tillväxt uppstår genom att en större mängd arbete utförs i ekonomin. Antalet arbetade timmar har i de tidigare redovisade beräkningarna antagits minska med 0,5 procent per år fram till år 2050. Se faktarutan på sidan 50. Särskilt kraftig minskning i arbetskraftsutbudet, 0,7 procent per år, blir det på 2020-talet. Om nedgången i antalet arbetade timmar skulle kunna undvikas blir inkomstbasen för äldre vården finansiering större, utan att lönekostnaderna per timme behöver påverkas. Som en illustration kan nämnas att detta fram till år 2030 skulle vara likvärdigt med en utveckling där de framtida äldre vårds kostnaderna blev cirka 15 procent lägre än i den givna huvudkalkylen.

En minskning i antalet arbetade timmar skulle kunna motverkas genom en ökning av arbetskraftsdeltagandet i befolkningen. I grundkalkylen har för varje åldersgrupp räknats med att en oförändrad andel av befolkningen är i arbete, även i de äldre förvärvsaktiva generationerna. I Socialförsäkringsboken 2000, Riksförsäkringsverket (2000) diskuterades möjligheterna att vända den hittillsvarande nedåtgående trenden i arbetskraftsdeltagandet bland de äldre. Det konstaterades att förutsättningar borde finnas, men att det är svårt att bryta den traditionella inställningen – hos både arbetstagare och arbetsgivare och deras organisationer – att det är bäst om de anställda drar sig tillbaka från arbetslivet i god tid före 65 års ålder.

I grundkalkylen har vidare räknats med en minskning i den genomsnittliga årsarbetstiden per person med 0,4 procent per år (vilket uttaget som minskad veckoarbetstid skulle innebära 1,5 timme per tioårsperiod). En sådan nedgång kan betecknas som ganska liten i förhållande till långsiktiga europeiska trender, se t.ex. den regelbundet publicerade statistiken i OECD:s Employment Outlook. Sverige har under de senaste 20 åren – men inte dessförinnan – utgjort ett undantag, med svagt stigande medelarbetstid. Detta torde till stor del ha berott på den nästan obefintliga reallönstillväxt som rätt ända fram till för några år sedan. Stigande arbetstid har varit ett sätt för löntagarna att få åtminstone någon real ökning i årsinkomsten. Det finns, både sett över tiden och mellan länder, ett tydligt omvänt samband mellan tillväxten i de reala timlönerna och årsarbetstiden, se t.ex. H. Olsson, Konjunkturinstitutet (1996). Med en så pass god långsiktig tillväxt i reallönerna per timme som 2 procent per år, som här har antagits, är det troligt att en del av utrymmet för inkomstökning tas ut i form av ökad fritid.

Arbetskraft och löner i vårdsektorn

Tillgången på arbetskraft i Sverige kommer således sannolikt att minska i absoluta tal från och med slutet av det innevarande decenniet. Med den utveckling av äldrevårdskonsumtionen som skisserats i det föregående kommer emellertid antalet sysselsatta inom äldrevården att behöva stiga med någon procent per år under perioden 2010–2030. (Detta gäller det fall där de äldre antas bli ”som 3 år yngre”, men utan standardtillväxt per vårdkonsument.) Med tanke på att vårdsektorn i dag dessutom har en mer problematisk ålderssammansättning än ekonomin som helhet, med stora pensionsavgångar under de närmaste åren, kan stora problem med personalförsörjningen uppkomma. Som framgår av följande tabell är nästan hälften av de sysselsatta inom kommunsektorn nu över 45 år, mot bara en dryg tredjedel av de privat anställda. Dessutom är kvinnorna starkt överrepresenterade: 38 procent av kommunsektorns anställda var år 2000 kvinnor över 45 år.

	Kvinnor	Män	Båda könen
Stat	21,0	29,1	50,1
Kommuner och landsting	38,1	10,5	48,6
Privata arbetsgivare	12,4	22,0	34,4
Egenföretagare	14,0	41,9	55,9
Totalt	19,9	21,3	41,2

KÄLLA: SCB:S ARBESKRAFTSUNDERSÖKNINGAR.

Andel personer 45 år och äldre i sysselsättningen år 2000.

Redan finns tendenser till brist på bl.a. vårdpersonal och lärare. Ändå är det några år kvar innan den stora 40-talistskaran når den ålder då man enligt historiska mönster börjar lämna arbetskraften i större skala. I nästa tabell visas resultatet av en kalkyl som bygger på att sysselsättningens andel av befolkningen i olika åldersgrupper blir oförändrad i förhållande till år 2000, och på att ingen överströmning sker mellan sektorer av arbetskraft som från 25–30 års ålder etablerat sig i respektive sektorer.

Sektor	Antal personer	Förändring i %
Stat	-20 000	-9,1
Kommuner och landsting	-105 000	-9,5
Privata arbetsgivare och egenföretagare	+119 000	+4,2
Totalt	-6 000	-0,2

Anm. Beräkningarna av den totala sysselsättningen bygger på antagandet om oförändrad andel sysselsatta av befolkningen i åldersgrupper och kön från år 2000. Den sektorvisa utvecklingen har beräknats under antagande om att de olika sektorerna fram till år 2010 behåller sina andelar av olika åldersgruppers sysselsättning från och med de kohorter som i dag är 25 år och äldre. För yngre kohorter antas att sysselsättningen år 2010 kommer att fördelas i enlighet med den fördelning som gällde i samma åldrar under år 2000.

KÄLLA: SCB:S ARBETSKRAFTSUNDERSÖKNINGAR OCH BEFOLKNINGSPROGNOSE; BEARBETNINGAR INOM RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET.

Hypotetisk sysselsättningsförändring 2000–2010 om ingen överströmning av arbetskraft sker mellan sektorerna.

Kommuner och landsting kommer under dessa förutsättningar att netto förlora över 100 000 personer på tio år. Ett sätt att förhindra detta vore genom en framgångsrik nyrekrytering bland de nyttillträdande på arbetsmarknaden. Av dagens sysselsatta i 20–30-årsåldern arbetar cirka 20 procent i kommunsektorn. Detta tal skulle behöva öka till väl

över 30 procent om 10 år. I viss mån är det kanske också möjligt att köpa över arbetskraft från den privata

Det krävs en kraftansträngning för att få in fler unga i vårdsektorn

sektorn. I båda fallen krävs dock en kraftansträngning. Att ändra verksamhetsformerna genom ökad privatisering och bolagisering är naturligtvis ingen universallösning: att personer i så fall byter institutionell sektor ändrar inte marknadsläget i sak. Möjligen skulle dock rekryteringsläget bli bättre om det är så att privata arbetsgivare framstår som mer attraktiva än offentliga. Att kommunala arbetsgivare

åtnjuter låg popularitet från anställdas synpunkt (både de kommunanställda själva och privat anställda) har bl.a. visats i en undersökning redovisad av Kommunförbundet i september i år, se Kommunförbundet (2001).

Det kan mycket väl bli nödvändigt att långsiktigt höja de relativa lönerna i vårdsektorn, vilket givetvis skulle höja kostnaderna. Som ett räkneexempel kan antas att en lönehöjning på 0,75 procentenheter per år utöver genomsnittet på den övriga arbetsmarknaden är erforderlig fram till år 2020. Resultatet blir så småningom cirka 16 procent högre vårdkostnader vid samma konsumtionsvolym. Denna fördyring skulle därmed nästan motsvara den besparing som fram till år 2030 görs i den ovan redovisade kalkylen av att de äldre blir friskare, ”som 3 år yngre”. Baltjan och Lagergren (2000) återger en kalkyl med likartat utfall, där dock anpassningen av den relativa lönenivån sker med 0,5 procentenheter per år, men i gengäld fortgår fram till år 2030.

Lägre utgifter för barnomsorg och skola

Att antalet barn minskat är ett försörjningsbekymmer på lång sikt, men innebär offentligtfinansiellt naturligtvis en lättnad, när de stora barnkullar som föddes åren kring 1990 om några år lämnar skolåldern. Utgiftsbehoven i relation till lönesumman för barnomsorg, skola och barnsjukvård är stadda i minskning om man enbart ser till befolkningsutvecklingens betydelse vid oförändrad standard och nivå i verksamheten. På 2010-talet minskar de demografiskt betingade utgiftsbehoven för barn och ungdomar särskilt kraftigt. Under antagande om att barnfödandet så småningom stiger – och från år 2010 når nivån 1,8 barn per kvinna, att jämföra med dagens drygt 1,5 – kommer emellertid denna finansiella ”besparingspotential” i förhållande till dagsläget att vara uttömd mot slutet av 2020-talet.

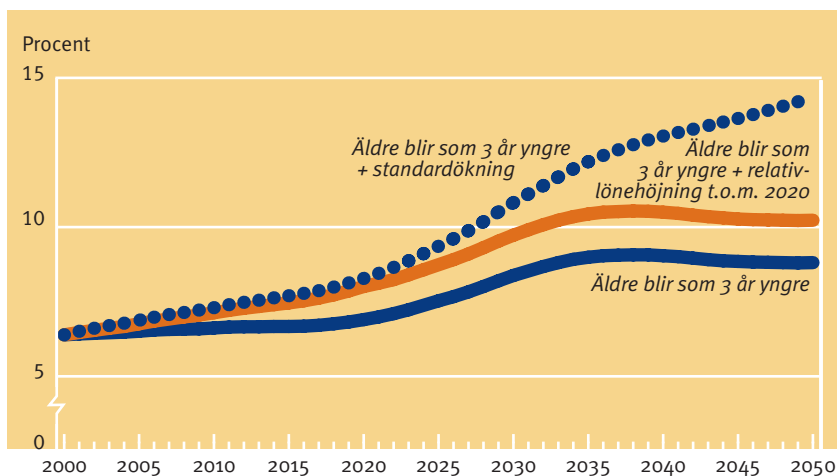
Det är alltså inte så att de växande utgifterna för äldreomsorg kan kompenseras med lägre utgifter för färre barn, annat än på kortare sikt. Om barnafödandet inte skulle repa sig blir potentialen naturligtvis större, men då blir i stället samhällets allmänna försörjningsläge i perspektivet bortom år 2030 starkt förvärrat.

Osäker kostnadsutveckling

En mer eller mindre kraftig ökning i de framtida kostnaderna för äldreomsorgen förefaller oundviklig. Ökningstakten accelererar på 2020-talet, när 40-talistgenerationen blir allt mer vårdkrävande. Den mer exakta utvecklingen är naturligtvis svåröversedd och beror bl.a. på hälsotillståndets utveckling, men också på vilka ambitioner man kommer att ha för vårdstandarden. Även livslängdens utveckling spelar givetvis stor roll.

Här har använts huvudalternativet i den senaste befolkningsprognosen från scb, vilket innebär att den förväntade återstående medellivslängden vid 65 års ålder ökar med cirka 3,5 år fram till år 2050. Denna prognos förutsätter en fortsatt utveckling på det medicinska området, men det går inte att i detalj precisera utvecklingen och vilka kostnader den är förenad med. Man kan i den ena extreman tänka sig att det blir förhållandevis billigt att ”köpa” både ökad livslängd och bättre hälsotillstånd. Då blir kostnadsökningen inom äldrevården inte så betungande. I den andra extreman blir den medicinska utvecklingen kostsam att praktiskt tillämpa. Ett långt liv i allt bättre hälsa kan då bli något som inte kommer alla till del, utan en mer lyxbetonad produkt, som den som vill och har råd kan köpa sig.

Under de senaste 10–15 åren har det funnits en tendens till ökad privat produktion inom såväl vård och omsorg som annan traditionell offentlig konsumtion. Syftet med privatiseringen har i allmänhet varit en önskan att göra produktionen mer effektiv genom ökad konkurrens – även i de fall produktionen förblivit kollektivt skattefinansierad. Inom vissa aspekter av vården är det säkerligen möjligt att genom bl.a. teknisk utveckling öka effektiviteten och dämpa kostnadsökningarna. I flera avseenden är hög personaltäthet emellertid en kvalitetsdimension i sig, och då är det svårt att göra kostnadsbesparingar vid oförändrad nivå på standarden. Oavsett om det privata inslaget ökar eller minskar under de närmaste decennierna kommer det samlade personalbehovet att växa.



Anm. Standardökning avser volymökning per vårdad i takt med tillväxten i BNP per capita. Relativlönehöjning avser 0,75 procentenheter per år högre kostnadsökning i vårdsektorn fram till år 2020.

Utgifter för äldrevård i procent av lönesumman.

Även när det gäller finansieringen finns ett privat inslag, de enskilda vårdavgifterna. En stigande del av konsumtionen skulle kunna betalas av konsumenterna själva genom sådana avgifter. I nationalbokföringen blir resultatet att konsumtionen övergår från att vara offentlig till privat, även om produktionen ligger kvar i offentlig regi. Formellt innebär detta en möjlighet att hålla skattetrycket nere, men en given vård- och omsorgsvolym kostar ungefär lika mycket oavsett om den betalas enskilt eller kollektivt. Valet mellan finansiering med skatter och genom enskilda vårdavgifter är ett fördelningspolitiskt val. Det kan också göras till en fråga om rättvisa mellan generationer. Hur rimligt är det att den fåtaliga 90-talistgenerationen på 2020-talet ska betala mycket mer i skatt för att ge de många 40-talisterna äldrevård? Å andra sidan, hur rimligt är det att 40-talisterna ska betala dyra privata vårdavgifter bara för att deras barn inte givit dem tillräckligt många barnbarn att försörja dem?

Att köpa ökad livslängd och bättre hälsotillstånd



Att spara och få avkastning

Sverige befinner sig just nu i en ganska gynnsam demografisk situation. Under ännu några år kommer antalet människor som är så gamla att de behöver större insatser av äldreomsorg att öka ganska obetydligt. Under det tidiga 2010-talet är det t.o.m. möjligt att antalet personer som är över 80 år minskar i absoluta tal. Orsaken är att 30-talistgenerationen är liten. När den stora 40-talistgenerationen passerar 80-årsåldern på 2020-talet kommer kostnaderna att öka mycket kraftigt, även om hälsoutvecklingen går framåt och sjukligheten successivt skjuts uppåt i åldrarna. Detta har diskuterats i tidigare avsnitt. Om vi vill göra något för att jämna av den finansiellt besvärliga kostnadspuckel som då växer upp, är det nu det arbetet behöver påbörjas.



Flera opinionsundersökningar har visat att människor är oroliga för att inte få tillfredsställande vård på ålderdomen. I en undersökning som TCO redovisade i maj 2001 uppgav exempelvis 40 procent av de tillfrågade att de skulle behöva teckna någon typ av försäkring för att öka tryggheten.

Försäkring och sparande

Det är dock möjligt att äldrevårdsförsäkringar i privata försäkringsgivares regi har begränsade utsikter att komma ut på marknaden. Detta har berörts ovan i avsnittet "Äldrevårdsförsäkring? – några slutsatser". Mycket tyder på att försäkringen, för att bli lönsam, förutsätter en så hög premie att den blir svår att marknadsföra med framgång.

Ett avgörande skäl för detta är att äldrevård är något som de flesta behöver under ett antal år mot slutet av livet. Försäkring i klassisk mening

innebär att försäkringstagaren får ersättning för en *ovanlig* händelse som medför stora utgifter om den skulle inträffa. Det sker alltså en riskspridning inom försäkringskollektivet. Ett typiskt exempel är brandförsäkring. I en äldrevårdsförsäkring, där flertalet av de försäkrade skulle bli ersättningsberättigade, blir riskspridningen liten. Premien måste därför sättas högt – försäkringen får i själva verket en viss karaktär av sparande.

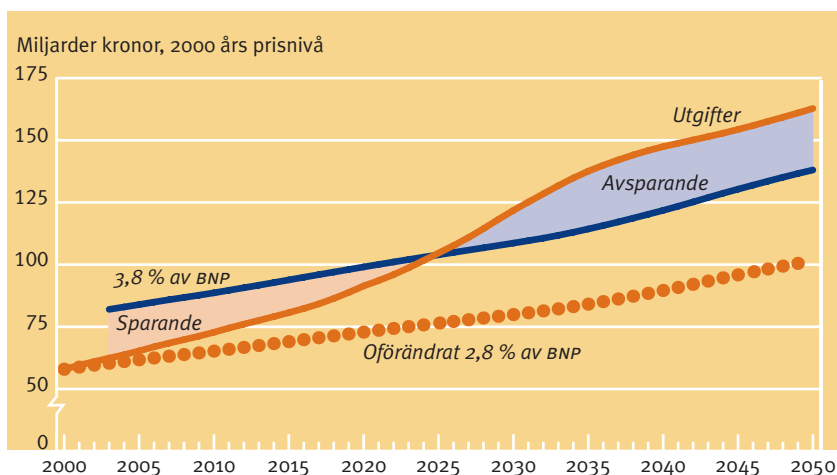
På samma sätt är en pensionsförsäkring till stor del att betrakta som sparande, eftersom sannolikheten är stor att få del av ett försäkringsutfall. Man talar mycket riktigt om att ”spara i pensionsförsäkring” (men aldrig om att ”spara i brandförsäkring”). Skillnaden mellan en äldrevårdsförsäkring och en pensionsförsäkring är likafullt stor. Visserligen är många människor intresserade av att spara till sin ålderdom, t.ex. i pensionsförsäkringar. Men de vill inte få ut sparkapitalet i form av en viss specificerad ”naturaförmån” (i detta fall äldrevård), som man eventuellt inte tror sig ha användning av. Den kan inte omsättas i något annat och inte heller föras över till arvingarna. Den enskildes sparmål är reda pengar, vilka kan utnyttjas efter önskan den dag kapitalet tas ut. Ett ytterligare skäl till ovilja att teckna en dyr äldrevårdsförsäkring är förmodligen åsikten att äldrevård är något man har rätt till ändå, genom den skatt man redan betalat under sitt förvärvsaktiva liv.

Om vi vill få till stånd en utgiftsmässig utjämning över tiden – dvs. undvika *både* att ta ut alltför höga enskilda vårdavgifter av de äldre och alltför höga skatter av de yngre – är det därför troligt att staten måste stå för eller stimulera till denna ”buffertering”. Problemet och dess tänkbara omfattning illustreras i följande diagram. Äldreomsorgen kostar nu inte fullt 3 procent av BNP, dvs. så högt är det skattetryck som i dag avdelas för att finansiera vården. Ett belopp om 3 procent av BNP kommer emellertid ganska snart att vara för litet för att täcka utgifterna. Hur mycket för litet beror i och för sig på vilka antaganden som läggs till grund för kalkylen, se närmare det förra avsnittet. Här har valts det kostnadsalternativ som bygger på att de äldre successivt blir friskare (”som tre år yngre” år 2050), att det inte sker någon standardhöjning för dem som vårdas, men att det sker en relativ lönehöjning för de vårdanställda så att den genomsnittliga relativlönen är drygt 15 procent högre år 2020 än den är för närvarande. I illustrationen antas att från och med år 2003 ett tilläggsbelopp motsvarande 1 procent av BNP sätts av till äldreomsorgen. Äldreomsorgen tillåts alltså

Äldrevård är något som de flesta behöver under ett antal år mot slutet av livet

Spara en procent av BNP

”kosta” 3,8 procent av BNP redan från år 2003 – den nuvarande nivån 2,8 plus tilläggsbeloppet 1 procent av BNP. Det uppstår härigenom ett *finansiellt sparande* som inledningsvis uppgår till 1 procent av BNP, men som sedan successivt sjunker. Från omkring år 2025 räcker (i följande illustration) inte längre 3,8 procent av BNP till utgifterna, men nu kan man använda det sparande som ackumulerats. Det sker ett ”avsparande” (motvarande uttrycket ”dissaving” på engelska). Eventuellt räcker detta sparande till att finansiera äldrevården ända fram till år 2050, tillsammans med en fortsatt tillförsel av ”friska” pengar motsvarande den nuvarande nivån 2,8 procent av BNP. Huruvida detta blir fallet eller ej beror på vilken avkastning som kan tillgodoräknas sparandet. Ju högre avkastning det blir, desto lägre behöver sparandet vara för att klara avsparandefasen. Detta är en fråga som vi återkommer till.



Anm. Utgifter beräknade enligt alternativet att de äldre blir friskare, ”som 3 år yngre” enligt avsnittet ”Äldrevårdskostnaderna i framtiden”, och under antagande att de anställda i äldrevården får en relativ lönehöjning på 0,75 procent per år fram till år 2020.

Illustration av buffertering av äldrevårdskostnader.

Former för statlig påverkan

Staten har alltid i olika former och i olika grad sökt påverka sparandet i samhället, till stor del via försäkringsväsendet och kreditmarknaden. En del åtgärder har varit tillfälliga, närmast konjunkturpolitiska, andra av institutionellt och långlivat slag.

Ända fram till senare delen av 1980-talet var marknaden för långfristiga krediter reglerad, i fråga om kreditvolym, räntor och andra

kreditvillkor. Ett övergripande syfte var att säkra statens och bostadsbyggandets kreditbehov, men – särskilt under 1970-talet – även att styra inriktningen av industrins investeringar. När merparten av regleringarna avskaffades för snart 15 år sedan, var detta resultat dels av att mer marknadsliberalt tänkande bröt igenom, dels att de allt effektivare internationella kapitalmarknaderna – trots en parallellt verkande valutareglering – gjorde den inhemska regleringen mer och mer svårskött.

På pensionsområdet är det statliga inflytandet alltså påtagligt. AP-fonden skapades under regleringstänkandets tid. Den inrättades för att kompensera den minskning i människors enskilda sparande som man – helt korrekt, som det visade sig – antog skulle uppstå efter att ATP-systemet infördes. Fonden byggdes upp genom en högre pensionsavgift än vad som behövdes för att finansiera de inledningsvis blygsamma ATP-pensionerna. Fondkapitalet användes, med stöd av kreditmarknadsregleringen, till stor del för att finansiera det mycket omfattande bostadsbyggandet under 1960- och 1970-talet.

De nyligen införda premiereserverna inom det allmänna pensionsystemet utmärks, liksom AP-fonden under dess inledningsskede, av att de inbetalda avgifterna är större än de pensioner som betalas ut. Skillnaden är att staten inte avser att i nämnvärd grad reglera hur kapitalet placeras, utan nöjer sig med att bestämma inbetalningarnas storlek. Ett av de ursprungliga syftena med att inrätta premiereserverna var, enligt direktiven till Pensionsarbetsgruppen som tillsattes i början av 1990-talet, att öka sparandet i samhället. Under högkonjunkturåren i slutet av 1980-talet var hushållens sparande starkt negativt.

Både AP-fonden och premiereservsystemet inrättades således i syfte att positivt påverka samhällets totala sparande. Något annorlunda förhåller det sig historiskt med den subvention som ges till privata pensionsförsäkringar i form av avdragsgilla premiebetalningar. Visserligen måste försäkringsutfallet i sinom tid tas upp till vanlig inkomstbeskattning, men den skattecredit som erhålls motsvarar i praktiken att avkastningen



varit skattefria. Sedermera har förmånligheten begränsats genom särskild avkastningsskatt. Bakgrunden till subventioneringen, som är av gammalt datum, är att man ville ge egenföretagare samma pensionsvillkor som anställda med avtalspension. För de senare betalar arbetsgivaren premier eller avgifter, vilka inte beskattas som inkomst för den anställde. Avsikten med avdragsrätten var således inte direkt att öka pensionssparandet, men den har likväl utgjort en viktig faktor bakom den starka tillväxten i det enskilda pensionssparandet. Subventioner till sparande med det direkta syftet att öka sparandet har också periodvis använts, t.ex. det s.k. allemanssparandet som inrättades år 1978.

Statens möjligheter att påverka sträcker sig alltså över ett brett fält,

Offentliga sektorn ska ha två procent överskott sett över en konjunkturcykel



från att ge sparsubventioner till att föreskriva obligatoriskt sparande som i premiereservsystemet, eller att fondera i egen regi som i AP-fonden.

Slutligen kan staten också ha sparmål för den egna budgeten. Överskott i statens finanser medför amortering av statsskulden och i förlängningen uppbyggnad av en statlig nettoförmögenhet. Härigenom ökar spelrummet för att ha underskott för att klara besvärliga perioder i framtiden. För närvarande gäller ett riksdagsbeslut om att den samlade offentliga sektorn ska ha ett finansiellt överskott motsvarande 2 procent av BNP, sett över en konjunkturcykel. Detta sparmål har sitt ursprung i det s.k. konvergens-

program som påbörjades för att förbereda Sverige för deltagande i den europeiska valutaunionen.

Framtida avsparande i pensionsfonderna

När den stora 40-talistgenerationen börjar pensioneras i slutet av detta decennium ökar pensionsinkomsternas storlek i förhållande till löneinkomsterna. Detta möjliggörs genom att pensionsfonderna trappas ned. I det allmänna pensionssystemet har ett långvarigt reformarbete nu slutförts, bl.a. i syfte att hantera den väntade starka ökningen av antalet äldre i förhållande till befolkningsantalet i förvärvsaktiv ålder. För pensionssystemet kommer påfrestningarna tidigare än inom äldreomsorgen, eftersom pensioner normalt börjar uppbäras i betydligt lägre ålder än

den i vilken behoven av äldreomsorg blir stora. Utgångspunkten har varit att pensionerna ska finansieras utan att de avgifter och skatter som de förvärvsarbetande betalar till pensionssystemet höjs i relation till deras inkomster. Lösningen har två huvudinslag. Det ena är att pensionsbeloppen gjorts följsamma till de inkomster som de förvärvsarbetande parallellt intjänar, till medellivslängdens fortsatta utveckling samt till avkastningen på både premiereserverna och AP-fonden. Ytterst kan den s.k. automatiska balanseringen lösas ut och säkra att systemets utfästelser kommer i samklang med den aktuella ekonomiska och demografiska utvecklingen. Det andra inslaget är att använda de medel som nu under fyra decennier sparats i AP-fonderna. I ett flertal rimliga scenarier för den demografiska och ekonomiska utvecklingen kommer AP-fonderna att dras ned kraftigt under perioden 2010–2040, dvs. under 40-talisternas pensionärsår. Se O. Settergren, m.fl., Riksförsäkringsverket (2000). Med den valda konstruktionen är det endast genom att använda AP-fonden och avkastningen på denna som man kan undvika att pensionsnivåerna i framtiden successivt sänks, givet den prognosticerade ökningen av antalet äldre per förvärvsaktiv.

Även inom de pensionssystem som avtalats mellan parterna på arbetsmarknaden och i de privata pensionsförsäkringarna kommer ett betydande avsparande att äga rum från och med ungefär år 2010. Det är mycket svårt att beräkna hur stort det samlade avsparandet från pensionsfonderna kommer att bli. Överslagsmässigt kan det dock uppskattas till 50 à 100 miljarder kronor om året 2010–2040 (i 2000 års prisnivå), eller 2 à 3 procent av BNP, beroende på vilka prognosantaganden som görs, och med ganska stora variationer under perioden. Dessa pengar utgör naturligtvis inkomster för pensionärerna, men till en del också (eftersom de är beskattningsbara) skatteinkomster för den offentliga sektorn. Att fondera pensioner innebär att samtidigt fondera skatter.

Möjligheten att använda "fonderade skattemedel" (som inte härrör från beskattning av den löpande BNP) påverkar något den illustration som gavs i diagrammet ovan av hur en tidsmässig utjämning

För pensionssystemet kommer påfrestningarna tidigare än inom äldreomsorgen



av äldrevarðskostnaderna kan göras. Om dessa extra skattemedel antas fördelas proportionellt på olika offentliga ändamål skulle den i diagrammet valda illustrationsnivån 3,8 procent av BNP sänkas med uppemot ett par tiondels procent.

Vad är sparande?

En äldrevarðsförsäkring eller ett äldrevarðssparande skiljer sig från samhällsekonomisk principiell synpunkt inte från motsvarande arrangemang när det gäller kontanta pensioner. Det gäller att (i centrala eller individuella former) spara under de år som återstår tills de kraftiga utgiftsökningarna kommer, och att sedan avspara, dvs. avyttra det hopsparade kapitalet.

Att spara innebär att avstå från att använda all inkomst till konsumtion. I en mot omvärlden slutet ekonomi (eller i världen som helhet)

Att spara innebär att avstå från att använda all inkomst till konsumtion



kan man bara spara genom att investera i reala resurser, realkapital, som kan användas som produktionsmedel i framtiden. Det kan röra sig om bostäder, industri- och kontorsfastigheter, maskiner, samfärdsel- och kommunikationsanläggningar samt annan s.k. infrastruktur, men också om s.k. immateriellt kapital som utbildning och forskningsresurser. För att utgöra ett sparande i egentlig

mening, ett nettosparande, måste investeringarna vara större än den kapitalförslitning som löpande sker genom att kapitalet tjänar ut på grund av slitage eller att det av andra skäl blir mindre användbart. Det är bara investeringar därutöver (nettoinvesteringar), som ökar den framtida produktions- och inkomstpotalen.

För ett enskilt land kan möjligheten att spara i utlandet tillkomma: att förvärva utländskt kapital eller att låna ut pengar till andra länder. Detta sparande ger upphov till framtida inkomster i form av aktieutdelning, räntor, m.m. Sparande i utlandet förutsätter i nationellt perspektiv att landet exporterar mer än det importerar, dvs. att det förbrukar mindre varor och tjänster än det producerar.

Ett ökat sparande *ex ante* (på förhand planerat), som inte motsvaras av reala investeringar eller exportöverskott, leder *ex post* (som faktiskt utfall) inte till ökat sparande utan till minskad inkomst. De latinska termerna myntades av nationalekonomerna i den s.k. stockholmsskolan på 1930-talet. Sparförsöket leder till minskad produktion eftersom kon-

sumtionen blir mindre medan investeringarna och exporten förblir oförändrade. Den minskade produktionen leder till att inkomsterna i samhället i form av löner och vinster blir lika mycket mindre.

Elementär nationalräkenskap:

$BNP = \text{produktion} = \text{inkomster}$

$BNP = \text{konsumtion} + \text{inhemsk investering} + \text{exportöverskott}$

$\text{Sparande} = \text{inkomster} - \text{konsumtion}$

$\text{Sparande} = \text{inhemsk investering} + \text{exportöverskott}$

Individer inom ett land kan spara genom att köpa värdepapper av (dvs. låna ut till) andra individer i landet. Detta individuella sparande är dock från nationell synpunkt inget sparande om det inte sedan investeras av låntagarna: annars betyder det bara att värdepapper bytt ägare inom landet.

Distinktionen mellan vad som är sparande och inte sparande är viktig om man ska introducera landsomfattande system för att spara till t.ex. framtida äldrevård. Det är inte självklart att sparandet i landet som helhet blir större med ett sådant system, även om det är obligatoriskt att betala avgifter. Avgörande är bl.a. hur avgiftsbetalarna handlar i nästa led. Om de reagerar positivt, och tror att försäkringen verkligen innebär en tryggad vård på ålderdomen, kan de minska sitt sparande i andra former och därigenom vidmakthålla samma konsumtionsvolym som tidigare. I så fall kommer det inte att finnas mer resurser tillgängliga för de framtida förvärvsarbetande, vilka i sista hand måste stå för äldrevårdskostnaderna. Man har bara skapat en mekanism, ett alternativ till skattesystemet, för att ta ut pengarna.

Om ett ökat sparande uppstår, återstår frågan vilka investeringar sparandet motsvarar. I ett land utan tillgång till internationella kapitalmarknader skulle resultatet bli att priset på aktier och obligationer steg och att avkastningen föll. Näringslivets reala investeringar skulle stimuleras av detta genom lägre kostnader för kapital, men det är inte säkert att efterfrågan på kapital skulle motsvara den initiala ökningen av utbudet. Den minskade konsumtionen skulle kunna minska näringslivets framtidstro och hålla tillbaka investeringarna. Sänkt tillväxt och lågkonjunktur blir då följderna. Detta är analys i den berömde ekonomen J.M. Keynes anda, numera till stor del överspelad av modernare teorier och av ändrade institutionella förutsättningar, men ändå med viss aktualitet i stora länder med ekonomiska problem, som Japan och USA.

Illustration av lyckosam och mindre lyckosam buffertering

Ekonomin antas stationär med tre generationer: gamla (utan löneinkomst), medelålders och unga (löneinkomst 1000 vardera). De gamla lever på att sälja värdepapper 200 (avsparande) som de köpt när de var medelålders i föregående period. Från avkastning bortses. De medelålders köper värdepapper 200 (sparande) av de gamla för att leva av som gamla i nästa period. De unga varken köper eller säljer värdepapper, men antas bekosta samhällets reala investeringar 200. Investeringarna består i den stationära ekonomin bara av ersättning av förslitet realkapital. Den ekonomiska strukturen blir stabil period för period:

Period 1

Gene- ration	Inkomst (BNP)	Värdepapper köp	Värdepapper försäljn.	Inves- tering	Kon- sumtion
1			200		200
2	1000	200			800
3	1000			200	800
Summa	2000	200	200	200	1800

Period 2

Gene- ration	Inkomst (BNP)	Värdepapper köp	Värdepapper försäljn.	Inves- tering	Kon- sumtion
2			200		200
3	1000	200			800
4	1000			200	800
Summa	2000	200	200	200	1800

realt den konsumtion 100 som de medelålders avstått från. I period 2 säljer den gamla generation 2 sina värdepapper 300; 200 till den nu medelålders generation 3 (som återgår till tidigare sparmönster för medelålders) och 100 till den unga generation 4, som bara behöver investera 100, förutsatt att den extra investeringen på 100 som gjordes i period 1 är användbar. Generation 2 får sin önskade konsumtion 300, och de två andra generationerna får det traditionella konsumtionsbeloppet 800:

Period 1

Gene- ration	Inkomst (BNP)	Värdepapper köp	Värdepapper försäljn.	Inves- tering	Kon- sumtion
1			200		200
2	1000	300			700
3	1000		100	300	800
Summa	2000	300	300	300	1700

Period 2

Gene- ration	Inkomst (BNP)	Värdepapper köp	Värdepapper försäljn.	Inves- tering	Kon- sumtion
2			300		300
3	1000	200			800
4	1000	100		100	800
Summa	2000	300	300	100	1900

Nu bestämmer sig under period 1 den medelålders generationen 2 att öka sin konsumtion när de i period 2 blir gamla med 100 till 300; detta genom att spara 100 mer och konsumera 100 mindre. De gamla i period 1 har dock inte mer värdepapper än 200 att sälja. Den unga generation 3 lånar då 100 av de medelålders, dvs. säljer värdepapper 100 till de medelålders, som därmed kan köpa sina önskade 300.

För att det hela ska gå i lås måste de unga investera de 100 de lånat, dvs. totalt 300. De kan investera i inhemskt realkapital med lång livslängd eller i utlandet genom att exportera. Investeringen motsvarar

Antag att de unga i generation 3 i stället skulle konsumera de 100 de lånat av generation 2. De investerar bara 200 (som unga brukat göra i den stationära ekonomin) och tar i anspråk det konsumtionsutrymme som de medelålders lämnat; de konsumerar 900 i stället för 800. Nu kan olika saker hända i period 2. En möjlighet är att de den tillträdande unga generation 4 faktiskt köper värdepapper 100 av de gamla, som det var tänkt. De behöver emellertid därtill investera 200 (inte som ovan 100) för att landets realkapital ska hållas intakt (alternativt måste landet

låna utomlands). De kan också dra ned sin konsumtion för att få plats med investeringen, vilket ju inte heller var tanken från början. En tredje möjlighet är att vara motsträviga i att köpa de äldres värdepapper och inrikta sig på att investera vad som behövs 200 och konsumera sina 800. De äldre skulle då inte kunna konsumera 300 som de hade planerat. De går då antagligen ned i pris på pappren och kan kanske därigenom förmå båda de förvärvsarbetande generationerna att köpa 25 vardera. Resultatet blir i så fall:

Period 1

Gene- ration	Inkomst (BNP)	Värdepapper köp	Värdepapper försäljn.	Inves- tering	Kon- sumtion
1			200		200
2	1000	300			700
3	1000		100	200	900
Summa	2000	300	300	200	1800

Period 2

Gene- ration	Inkomst (BNP)	Värdepapper köp	Värdepapper försäljn.	Inves- tering	Kon- sumtion
2			250		250
3	1000	225			775
4	1000	25		200	775
Summa	2000	250	250	200	1800

Alla generationer har i period 2 fått en mindre konsumtion än det var tänkt. Det är emellertid viktigt att konstatera att totala BNP och den totala konsumtionen, sett över båda perioderna, inte har påverkats. I exemplet råkar generation 3 vara vinnare i spelet, de båda andra är förlorare. Exemplet visar är att konsumtionsmöjligheterna bestäms av produktionskapaciteten och att en buffertuppbyggnad måste motsvaras av reala investeringar inom eller utom landet för att ge önskat resultat.



I ett litet land som Sverige, med numera fri tillgång till de stora internationella kapitalmarknaderna, och där näringslivet till stor del består av starkt internationaliserade företag, är det inte troligt att ett ökat inhemskt sparande får så stor effekt på den inhemska kapitalbildningen. Räntor och annan kapitalavkastning är till stor del internationellt bestämda. Dock är det naturligtvis möjligt för statsmakterna att styra en del offentliga investeringsprojekt i en riktning som understöder målet om en demografiskt betingad kapitaltillväxt under kommande år. Ett ökat sparande tar sig annars sannolikt främst uttryck i ett överskott i handeln med utlandet, i bytesbalansen. Under senare år har en stor del av det svenska sparandet placerats i utlandet, se tabellen.

	Procent av BNP						Mdkr per år 1995– 1999
	1950– 1959	1960– 1969	1970– 1979	1980– 1989	1990– 1994	1995– 1999	
Bruttoinvesteringar	22,0	25,3	21,7	17,9	17,2	16,4	301
./. Kapitalförslitning	9,6	10,0	10,5	11,9	14,1	13,7	252
= Sparande i Sverige (nettoinvestering)	12,4	15,3	11,2	6,0	3,1	2,7	49
+ Sparande i utlandet (bytesbalans)	0,2	-0,3	-0,7	-1,4	-1,7	3,4	62
= Totalt sparande	12,6	15,0	10,5	4,6	1,4	6,1	111

KÄLLA: EGNA BEARBETNINGAR AV SCB:S NATIONALRÄKENSKAPER.

Svenskt sparande 1950–1999. Genomsnitt för 10- och 5-årsperioder.

Den långa siktens problem

De stora löpande utgifterna för äldreården om ett par decennier måste, i likhet med pensionerna, betalas av de framtida förvärvsarbetande. Ett syfte med att nu arrangera ett sparande vore att i gengäld avlasta dem andra utgifter under de år äldreårskostnaderna blir höga. Detta kan som nämnts ske genom att under de närmaste åren investera så mycket i inhemskt realkapital att det framtida behovet av investeringar blir lägre. Ett annat sätt är att genom överskott i bytesbalansen bygga upp en för-

mögenhet i utlandet, som senare kan avsparas och därigenom minska det framtida behovet av exportproduktion för att finansiera importen. Ett exportöverskott i dag kan motsvaras av ett importöverskott i morgon.

**Ett exportöverskott i dag
kan motsvaras av ett
importöverskott i morgon**

När det gäller inhemska investeringar finns det gränser för hur mycket det är möjligt och meningsfullt att öka dessa. Det är väl närmast olika infrastrukturprojekt som kan komma i fråga. Att tillverka maskiner, m.m., för att lägga i malpåse under 20–30 år är naturligtvis inte välbetänkt; de kommer att vara obsoleta innan de hinner tas i bruk. Det kommer heller inte att ske så länge dessa investeringsbeslut fattas på marknads-ekonomiska villkor.

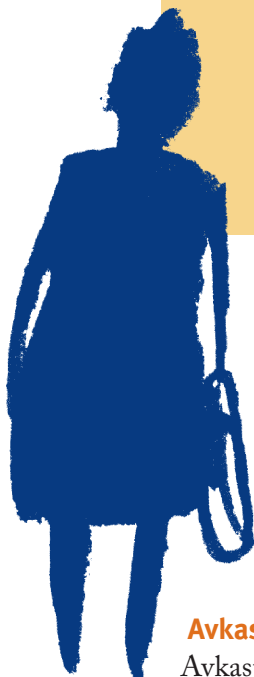
Alternativet med buffertering via bytesbalansen har särskilda problem. Strategin bygger på att framtida förvärvsarbetande i andra länder genom exportöverskott tillgodoser en del av Sveriges behov av varor och tjänster. Många av de viktigaste ekonomierna i världen, däribland flera EU-länder står inför liknande demografiska bekymmer som Sverige och kan vilja använda samma strategi. Det uppstår då en konkurrens om att få ha exportöverskott under de närmaste åren och därefter en konkurrens om att ha importöverskott. I synnerhet om vi går utanför Europa är det vidare en svårbedömd fråga i vilka länder som vi med rimlig risk kan placera exportöverskott. De fattigare ländernas exportpotential och betalningsförmåga om 20–30 år är osäker. Att den internationella handeln och kapitalförmedlingen fungerar någorlunda väl i dag är dessutom inte en garanti för att den gör det flera decennier framåt i tiden.

Att den internationella handeln fungerar i dag är inte en garanti för att den gör det flera decennier framåt i tiden

En äldrevårdsfond kan lika litet som en pensionsfond annat än undantagsvis vara direktfinansiär av stora infrastrukturprojekt. Detta vore att ta en nästan maximal risk för att inte kunna sälja fondens tillgångar vid den tidpunkt då pengarna behövs. Att enbart placera medlen i utlandet är likaså ensidigt och riskfyllt. Både stora infrastrukturprojekt och landets samlade förmögenhetsställning gentemot utlandet är frågor där den statliga budgeten och den ekonomiska politiken har huvudansvar. Ett sätt att hantera äldrevårdsproblematiken vore därför att beakta den kommande puckeln i äldrevårdskostnaderna i överskottsmålet för statsbudgeten. Äldrevårdsfonderingen blir då en integrerande långsiktig del av statsskuldspolitiken. En nackdel är att bufferteringen göms undan och blir mycket otydlig för allmänheten. Äldrevårdens ställning blir svagare i konkurrensen med att andra offentliga utgiftsområden.

En från statsbudgeten fristående äldrevårdsfondering skulle antingen kunna vara reglerad på ungefär samma sätt som AP-fonderna, eller utgå från obligatoriska premiebetalningar som fick placeras efter individuell val, i stil med premiereservfonderna inom det allmänna pensionssystemet.

Enskilt äldrevårds- sparande enbart genom marknads- krafternas verkan är inte troligt



Det senare alternativet skulle dock, för att utformningen skulle ha någon mening i sig, leda till att olika människor får olika vårdstandard beroende på vilken fondering som valts. Sådana fördelningsmässiga konsekvenser har bejakats inom det allmänna pensionssystemet, men är kanske mindre acceptabla i ett allmänt äldrevårdssystem. Att ett enskilt äldrevårdssparande av större omfattning skulle komma till stånd enbart genom marknadskrafternas verkan får, som nämnts, bedömas som mindre troligt.

Oavsett äldrevårdsfonderingens utformning i alla viktiga detaljer, är det en betydelsefull fråga för dess dimensionering vilken avkastning man kan påräkna för fondmedlen. För att återknyta till diagrammet på sidan 64, inledningsvis i detta avsnitt: ju högre avkastningen är desto mindre belopp behöver avsättas under sparandefasen under de närmaste åren för att åstadkomma en given finansieringshjälp under den besvärliga period som inleds på 2020-talet.

Avkastningen på finansiella marknader

Avkastningen på en finansiell placering (i aktier, obligationer etc.) är den årliga vinsten i procent av det placerade kapitalet. Vinsten består av två delar: den vinst som under året kunnat realiserats i form av utdelning, ränta etc. (ibland kallad direktavkastning) och den vinst (eller förlust) som uppkommit på grund av förändringar i värdepapprenas marknadsvärden. Om man från denna *nominella* procentuella avkastning drar den procentuella inflationen erhåller man vad som vanligtvis kallas den *reala* avkastningen. I vissa teoretiska sammanhang används i stället den *förväntade* framtida inflationen, men från denna komplikation bortses här.

Fram till 1990-talets början var det en allmänt accepterad konvention att i långsiktiga kalkyler över t.ex. AP-fondens utveckling anta att den reala avkastningen var samma som den ekonomiska tillväxten (den procentuella tillväxten i BNP) som antagits. Bakgrunden till detta var delvis teoretisk, delvis empirisk. Under vissa restriktiva förutsättningar kan man teoretiskt visa att den reala kapitalavkastningen på mycket lång

sikt är lika med den ekonomiska tillväxten. Under en 60-årsperiod fram till 1970-talets slut kunde man också konstatera att denna ”gyllene regel” stämde mycket bra, se följande tabell. Den genomsnittliga reala avkastningen på aktier och statsobligationer understeg den ekonomiska tillväxten med några få tiondels procentenheter per år. Aktieavkastningen var några tiondels procentenheter högre och obligationsavkastningen en dryg procentenhet lägre. De senaste 20 åren, fram till den senaste kraftiga börsnedgången, uppvisar en helt annorlunda bild, inte minst vad gäller aktier, som reallt avkastade inte mindre än 16 procent per år. Under en 80-årsperiod fram till 1990-talets slut blev den genomsnittliga reala aktieavkastningen härigenom 7 procent per år, medan den under en 60-årsperiod fram till 1970-talets slut var drygt 4 procent per år.

Skillnaden mellan aktieavkastningen och statsobligationsräntan är ett uttryck för den *riskpremie* som placerarna kräver för att köpa aktier hellre än mer riskfria statspapper. De flesta antas föredra en helt säker avkastning framför en förväntad avkastning som är lika stor, men har risk för variationer uppåt och nedåt. Detta kallas *riskaversion*. Avkastningsskillnaden ska emellertid också täcka skillnaden i förvaltningskostnader, bevakningskostnader, mäklararvoden och andra s.k. transaktionskostnader. Aktieportföljer drar i allmänhet högre sådana kostnader än obligationsportföljer. Riskpremien borde egentligen beräknas netto, efter sådana kostnader. Riskpremien, brutto, var under 80-årsperioden 1918–1998 3,7 procent (skillnaden mellan 7,0 och 3,3), men under perioden 1918–1978 bara 2,0 procent.

	1918–1978	1978–1998	1918–1998
Real avkastning, aktier	4,2	15,7	7,0
Real avkastning, statsobligationer	2,2	7,2	3,3
Real avkastning, genomsnitt	3,2	11,5	5,2
Real BNP-tillväxt	3,6	1,7	3,1

KÄLLA: SETTERGREN M.FL., RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET (2000) OCH SCB:S NATIONALRÄKENSKAPER.

Real kapitalavkastning och real BNP-tillväxt. Procent per år.

Det är till allra största delen stigande marknadsvärden som byggt upp den höga aktieavkastningen under senare år, och som sett i ett längre perspektiv bara naggats i kanten av börsnedgången sedan våren 2000. Direktavkastningen, utdelningarna, är däremot en mycket stabil komponent, som sällan avvikit särskilt mycket från 3–4 procent reallt.

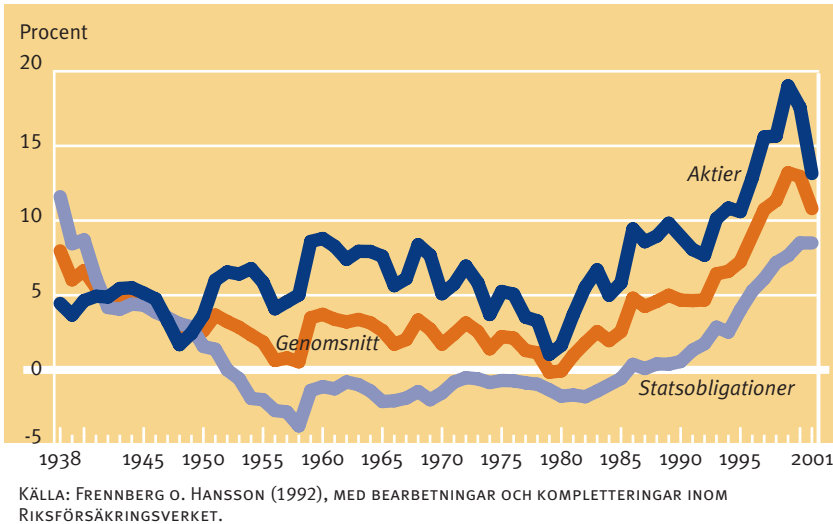
Det är viktigt att framhålla, såsom gjorts i debatten under det senaste börsfallets efterdyningar, att placeringar i aktier och aktiefonder måste utvärderas långsiktigt. Från år till annat har kasten i marknadsvärdena

varit utomordentligt stora, inte minst under de senaste 20 åren. Detta gäller även i starkt diversifierade portföljer med stor riskspridning. Det är en väldig spännvidd i de årliga reala värdeförändringarna på börsen. Under loppet av år 1999 var uppgången i Affärsvärldens generalindex för börsaktier, efter avdrag för inflationen, över 60 procent och uppgångar på 40–50 procent har ägt rum under flera av de senaste 20 åren. Det finns emellertid också exempel på kraftiga reala årliga börsfall under samma period.

För att någorlunda säkert ge positiv realavkastning av några procents höjd måste aktieplaceringar alltså vara mycket långsiktiga. En sikt längd på 20 år är i sammanhanget kort, även om placeringen görs i bredast möjliga aktieportfölj med stor riskspridning. Det följande diagrammet visar att avkastningen under olika 20-årsperioder har skiftat mycket kraftigt. En börsaktieplacering gjord exempelvis år 1960 gav knappt någon real avkastning alls fram till 1980. En rekordavkastning på drygt 17 procent per år kunde däremot erhållas under 20-årsperioden från 1980 till 2000 (men några procentenheter per år lägre om placeringen behållits bara tre månader in på år 2001).

Placeringar i långsiktiga obligationer, dvs. skuldebrev utställda av låntagaren, har lägre risk än aktieplaceringar i synnerhet om man behåller dem löptiden ut. Man får då tillbaka sitt kapital, inklusive överenskommen nominell ränta. Risken finns att långgivaren kommer på obestånd och inte kan betala, dvs. i princip konkursrisken. För svenska statsobligationer kan denna risk betraktas som obefintlig. Om man blandar ut börsaktieportföljen med en lika del statsobligationer blir variabiliteten i den långsiktiga avkastningen därför lägre (se åter diagrammet). Samtidigt har avkastningen nästan alltid, oavsett vilken 20-årsperiod man betraktar, blivit lägre än i börsaktieportföljen, en återspeglning av den ovan nämnda riskpremien.





Real avkastning på svenska aktier och statsobligationer, inklusive direktavkastning. Procent per år på placeringar gjorda för 20 år sedan.

Ett väsentligt riskmoment i obligationsplaceringar är dock osäkerheten om den framtida inflationen. Den viktigaste orsaken till att en 20-årig obligationsplacering gjord år 1980 har avkastat så mycket som drygt 5 procent realt är att inflationen under 1990-talet varit mycket lägre än vad som man trodde vid emissionstillfället. Delvis av samma skäl gav en obligationsplacering gjord år 1920 en 5-procentig realavkastning per år fram till 1940; mellan de angivna åren föll den allmänna prisnivån med cirka 25 procent till följd av de ekonomiska kriserna under 1920- och 1930-talet.

Osäkerheten om den framtida inflationen

Den som successivt under årens lopp blickat tillbaka på 20 år gamla obligationsplaceringar fick ända från 1950-talets mitt till 1980-talets slut se sig ha haft negativ real avkastning. Detta berodde till en del på kraftiga inflationsvågor, men också på att statens och bostadsbyggandets finansiering under denna tid underlättades genom statlig reglering av lånevolymer och räntor.

Osäkerheten i aktieplaceringar är i första hand av affärsriskens natur: osäkerheten om hur det kommer att gå för de reala ekonomiska aktiviteter man investerar i. Obligationsplaceringar, åtminstone i statspapper, präglas mer av inflationsrisk. Härtill kommer givetvis den risk som består i att man kan bli tvungen att realisera innehavet före löptidens slut. Då har emittenten inte något inlösesåtagande utan realisationsutfallet bestäms marknadsmässigt ungefär på samma sätt som för aktier.

Kapitalavkastningen och ”den gyllene regeln”

Den metod att räkna fram den långsiktiga kapitalavkastningen, som ligger till grund för diagrammet på sidan 77 och för den tidigare visade tabellen, används i sina huvuddrag världen över. För Sveriges del blir resultatet att kapitalavkastningen, realt, under de senaste 80 åren varit cirka 5 procent per år, och cirka 7 procent per år om man ser enbart till börsaktiekapital. Sådana siffror har citerats flitigt och ibland använts

Den reala kapitalavkastningen under de senaste åttio åren har varit fem procent per år



som indikation på vad man på lång sikt kan vänta sig för förmögenhetstillväxt i t.ex. fonderade pensionssystem.

Kapitalavkastningsberäkningarna inkluderar såväl värdestegring på värdepapper som utdelningar och räntor (direktavkastning). Detta gäller principiellt både aktier och räntebärande värdepapper, men frågan är mest komplicerad när det gäller aktiekapital. De flesta börsföretag utmärks av att de normalt inte delar ut hela den

formellt utdelningsbara vinsten. En ofta betydande del hålls kvar i företaget och används i dess fortsatta verksamhet. Hur stor del som utdelas varierar mellan företag och över tiden. Utdelningspolicyn påverkar börskursen: om en liten del av vinsten utdelas blir aktiernas börsvärde högt och omvänt. För att kunna jämföra olika företags avkastning måste detta samspel mellan utdelningspolicy och börskurs på något sätt beaktas.

Om en stor del av vinsten hålls kvar i företaget, är detta likvärdigt med att aktieägarna återinvesterar utdelningar, som de skulle ha fått om företaget haft som policy att utdela en större andel. Den gängse metoden för att beräkna kapitalavkastning innefattar *antagandet* att alla utdelningar återinvesteras i samma värdepapper. Därefter görs *antagandet* att dessa antagna återinvesteringar erhåller samma avkastning som de befintliga aktierna. Beräkningen kommer därmed att visa vad en aktieägare, som återinvesterat sina utdelningar på det beskrivna hypotetiska sättet, skulle ha fått i avkastning och förmögenhetstillväxt med ”ränta på ränta”.

I verkligheten återinvesteras inte alla utdelningar på detta vis. Beräkningen visar bara vilken avkastning en enskild aktieägare, som är för liten för att kunna påverka aktiestockens börsvärde, skulle kunna ackumu-

lera. En större placerare kan bara återinvestera sin utdelning till opåverkad aktiekurs om det finns aktier till försäljning på marknaden till samma kurs.

Ett ytterst förenklat exempel på en möjlig situation: En placerare A har aktier för 100 kr i ett företag. Företaget lämnar regelbundet 2 procent per år i utdelning. Ingen förändring i börskursen antas ske. Efter ett års utdelning har A, om han återinvesterar den, 102 kr; efter ytterligare ett år 104,04 kr (med "ränta på ränta"), osv.

Placerare A:s årliga förmögenhetstillväxt blir 2 procent per år, lika med vad den gängse metoden för att beräkna kapitalavkastning ger. Antag sedan att placerare B är den ende återstående aktieägaren, inledningsvis också med aktier för 100 kr. Företagets totala aktiekapital är alltså 200 kr. Om företaget inte nyemitterar aktier kan A bara återinvestera sin utdelning genom att köpa aktier från B: första året 2 kr, nästa år 2,04 kr, osv. Möjligen är B villig att sälja till rådande kurs, och om han dessutom avstår från att återinvestera sin utdelning har han efter första året aktier för 98 kr, efter andra året 95,96 kr, osv. B:s förmögenhet sjunker alltså. A:s och B:s samlade ägarvärde är efter ett år fortfarande 200 kr, efter ytterligare ett år fortfarande 200 kr, osv. Den gemensamma förmögenhetstillväxten blir således 0 procent per år, lika med tillväxten i företagets totala aktiekapital, också 0 procent per år. (Det har ju antagits att inga förändringar sker i börskurserna och att inga nyemissioner sker.) Den gängse metoden att beräkna kapitalavkastning ger naturligtvis fortfarande 2 procent per år. Det är vad placerare A, som är den som betar sig i enlighet med vad som antas i beräkningsmetoden också får som förmögenhetstillväxt. Det är emellertid omöjligt för A och B att båda göra så.

Den anade paradoxen i det enkla exemplet löser upp sig om företaget varje år genom nyemissioner av aktier utvidgar sitt kapital med 2 procent per år, första året alltså 4 kr, osv. Det möter då inget hinder att både placerare A och B återinvesterar sin utdelning och därigenom erhåller en förmögenhetstillväxt som motsvarar den beräknade kapitalavkastningen 2 procent per år. För att företaget ska vilja öka sitt kapital krävs emellertid, vid konstant kapitalbehov i förhållande till produktionen, att den senare också växer med 2 procent per år. Detta betyder att kapitalavkastningen är lika med tillväxten i produktionen – överfört på nationell nivå tillväxten i BNP. Detta är den s.k. *gyllene regeln*.

Den gemensamma förmögenhetstillväxten

”Den gyllene regeln”

Om behovet av kapital i relation till produktionen i ekonomin är konstant över tiden, är en kapitalavkastning på en viss procent per år förenlig med en förmögenhetstillväxt av samma storlek för alla kapitalägare i ekonomin, förutsatt att även produktionen växer med detta procenttal. Alla har då möjlighet att lägga avkastningen till kapitalet och få ränta på ränta.

Med någon fantasi kan detta kanske ses som en parallell i det finansiella livet till den riktiga gyllene regeln, som i den nya bibelöversättningen lyder: ”Allt vad ni vill att människorna ska göra för er, det ska ni också göra för dem. Det är vad lagen och profeterna säger”. (Matteus 7:12)

Jämförelsen mellan kapitalavkastningen och BNP-tillväxten kan behöva modifieras av olika skäl. Ett är, vad gäller förmögenhet i marknadsnoterade värdepapper emitterade av bolagssektorn, att denna sektor kan ha en annan procentuell produktionstillväxt än BNP-tillväxten. Ett annat är att kapitalintensiteten, dvs. den kapitalmängd som behövs i förhållande till produktionen, kan förändras. Ett tredje skäl är att landets kapitalägare har placeringar i andra länder, där de ekonomiska förhållandena är annorlunda, och att utlänningar har placeringar i svenska värdepapper.

I det nyss givna kraftigt förenklade exemplet skulle placerare A:s starka vilja att återinvestera leda till att aktiekursen höjs om B vore en mer motsträvig säljare. Det uppkommer en ”kapitalinflation”. Kurshöjningen påverkar (i fasta priser) inte företagets kapitalbehov och produktion under de i övrigt givna förutsättningarna, och en övervärdering av aktiekapitalet uppstår. Denna övervärdering går tillbaka om A (som kan

vara en pensionsfond i uppbyggnadsskede) blir mindre benägen att återinvestera, eller om B skulle återgå till att vara ytterst säljvillig.

Kapitalinflation

Det kan inte uteslutas att den mycket höga aktieavkastning som uppnåtts under de senaste 20 åren (visserligen då och då modifierad genom börsfall) har sin orsak i en ovanligt stark benägenhet att återinvestera utdelningar, inte minst hos de allt fler fondsparande 40-talisterna. Nyemissionerna av aktiekapital har varit små i förhållande till återinvesteringsbehovet och kurserna har drivits upp. Denna uppbyggnadsfas ebbar ut när 40-talisterna börjar ta ut sina pensioner, och när utbetalningarna från det allmänna premiereservsystemet så småningom kommer igång



i större skala. Av den ovan visade tabellen framgick att ”den gyllene regeln” gällde ganska bra i genomsnitt under 60-årsperioden 1918–1978. Att avkastningen under de därpå följande 20 åren blev väsentligt större, skulle kunna vara ett mer temporärt fenomen.

Kapitalavkastning i de reala nationalräkenskaperna

Man kan närma sig frågan om kapitalavkastningen i ekonomin med en helt annan utgångspunkt än de finansiella marknaderna: de nationalräkenskaper som produceras av SCB.

Det går inte att sätta likhetstecken mellan den kapitalavkastning som enskilda aktörer i det ekonomiska systemet under begränsade perioder kan uppnå och den realiserade och konsumerbara kapitalinkomst som en nation har till sitt förfogande. Landets verkliga disponibla inkomst begränsas av BNP, med tillägg av den kapitalavkastning som kan erhållas på finansiella nettoplaceringar som ackumulerats i utlandet. Därutöver kan landet tidvis vidga sitt konsumtionsutrymme genom underskott i bytesbalansen. I det sistnämnda fallet lånar landet från utlandet, eller återkräver kapital som tidigare lånats ut. Om någon grupp i samhället ska kunna tillgodogöra sig en tillväxt i sina konsumtionsmöjligheter som går utöver dessa restriktioner, kan det bara ske genom att andra grupper får en lägre tillväxt i sina.

BNP är värdet av alla varor och tjänster som framställs i landet under en viss tidsperiod, vanligen ett år. BNP och dess olika delar framräknas varje år i nationalräkenskaperna. Endast varor och tjänster som tillhandahålls mot betalning räknas dock in. Betalningen sker genom försäljning på marknader eller via de offentliga budgetarna. Arbete i hemmen, ideell verksamhet etc. ingår således

BNP är värdet av alla varor och tjänster som framställs i landet under ett år

inte. BNP motsvaras av inkomster för dem som tillverkar varorna och tillhandahåller tjänsterna. Inkomsterna är av två slag: löner och vinster. Några inkomster utöver dem som motsvaras av BNP genereras inte i landet. Några sådana inkomster kan inte finnas, eftersom det inte skulle finnas något att köpa för dem. En del människor lever visserligen av socialförsäkringsersättningar, m.m. (t.ex. pensionärer), men dessa inkomster är transfereringar (överföringar) från inkomster som motsvaras av BNP.

I egentlig mening motsvaras inte ens hela BNP av inkomster. En del av produktionen måste nämligen användas för att ersätta uttjänta delar av den kapitalstock (maskiner, byggnader, anläggningar, m.m.) som används i produktionen. Skulle man konsumera även denna del, så skulle man konsumera en del av kapitalet, inte bara inkomsten. Inkomst anses

inte ha uppstått förrän man sett till att hålla kapitalet intakt. Den produktion som åtgår för att ersätta uttjänt kapital kallas i nationalräkenskaperna för kapitalförslitning. I företagsredovisningar, m.m., hyllas samma "hicksianska" princip (efter ekonomen Hicks), men där används termen avskrivning för att beteckna ungefär samma sak. Vad som återstår av BNP sedan kapitalförslitningen dragits av är nettonationalprodukten (NNP), som inkomstmässigt fördelar sig på löner och (netto)vinster. Den senare inkomstkomponenten kallas i nationalräkenskaperna vanligen driftsöverskott (netto, efter avdrag för kapitalförslitning).

De årliga variationerna i de svenska företagens driftsöverskott har varit stora. En markant topp i driftsöverskottets andel av produktionsvärdet inträffade mot slutet av 1990-talets lågkonjunktur, dvs. omkring 1995. Under 1990-talets sista år sjönk andelen igen som en återspeglning av den tilltagande reallönetillväxt som ägde rum.

Driftsöverskott och kapitalavkastning

Driftsöverskott produceras i två delar av ekonomin, företagssektorn och i hushållssektorn. Hushållens driftsöverskott utgörs delvis av egenföretagares (t.ex. många lantbrukares) inkomster. Härtill kommer i nationalräkenskaperna en stor post som motsvarar nyttjandevärdet av villor och fritidshus. Man tänker sig att hushållen betalar en hyra till sig själva. Detta "imputerade" driftsöverskott behövs för att likställa boende i egna och hyrda bostäder och kan ses som en avkastning på det i fastigheterna investerade kapitalet. Hushållens andel av det totala driftsöverskottet är stor, kring 50 procent under senare år. I ett långt historiskt perspektiv har hushållens andel likafullt sjunkit, trots det ökade egnahemsboendet. Huvudorsaken är jordbrukets relativa tillbakagång.

När man talar om kapitalavkastning är det företagssektorns avkastning man vanligen tänker på. (Utdelningsinkomster, m.m., som hushållen får genom sitt aktieäggande hör till företags-

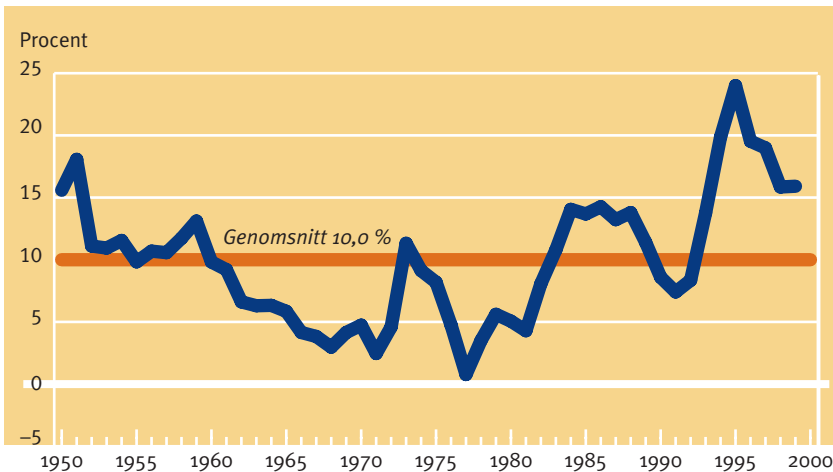
sektorn; avgörande är i vilken sektor överskottet produceras.) Företagssektorn består inte bara av börsföretagen utan även av onoterade bolag, små som stora. Också statliga bolag och affärsverk ingår. Bruttoproduktionen (produktion före avdrag av kapitalförslitning) har sedan 1950 stigit med 2,8 procent per år i fasta priser, något mer än tillväxten i totala BNP. Liksom för BNP har företagssektorns tillväxt varit avsevärt lägre under den senare delen av halvsektlet. Nettoproduktionen (efter avdrag av kapitalförslitning) har ökat i samma takt som bruttoproduktionen. Sett över hela perioden sedan år 1950 har driftsöverskottet i företagssektorn vuxit lika mycket som produktionen. Det är emellertid stor skillnad mellan halvsektlets båda hälfter. Under perioden 1950–1975 minskade driftsöverskottets andel av produktionsvärdet kraftigt, trots en betydande uppryckning under högkonjunkturen 1972–1974. Sedan 1970-talets senare del har andelen stigit lika kraftigt.

	Tillväxt, % per år		
	1950–1975	1975–1999	1950–1999
Bruttonationalprodukt (BNP)	3,7	1,7	2,7
Företagssektorns bruttoproduktion	3,9	1,6	2,8
Företagssektorns nettoproduktion	3,9	1,6	2,8
Företagssektorns driftsöverskott	1,2	4,4	2,8

KÄLLA: BEARBETNINGAR AV SCB:S NATIONALRÄKENSKAPER.

Kapitalavkastningen i företagssektorn kan beräknas genom att sätta driftsöverskottet i relation till värdet av kapitalstocken. Driftsöverskottet i nationalräkenskaperna motsvarar begreppet rörelseresultat efter avskrivning i företagsredovisningarna. Vid beräkningen värderas dock resursförbrukningen till vad det skulle kosta att återanskaffa de förbrukade resurserna (i företagsredovisningarna används oftast historiska anskaffningsvärden). Detta innebär bl.a. att ett avdrag sker för inflationens urholkande effekt på kapitalet, när avdraget för kapitalförslitning (beräknat till återanskaffningsvärde) görs. Beräkningen resulterar således

direkt i ett reallt avkastningsmått. Om emellertid prisuppgången på realkapital (byggnader, maskiner etc.) är t.ex. högre än i konsumentpriserna, kommer avkastningens köpkraft att underskattas. I beräkningen av företagssektorns reala avkastning som visas i följande diagram har därför en inflationsjustering gjorts, så att värdestegringsvinster på realkapitalet lagts till driftsöverskottet och därefter inflationsförluster beräknade med hjälp av konsumentprisindex dragits ifrån. Denna metod för s.k. inflationsjusterad räntabilitetsberäkning finns närmare beskriven i 1984 års långtidsutredning, bilaga 3.

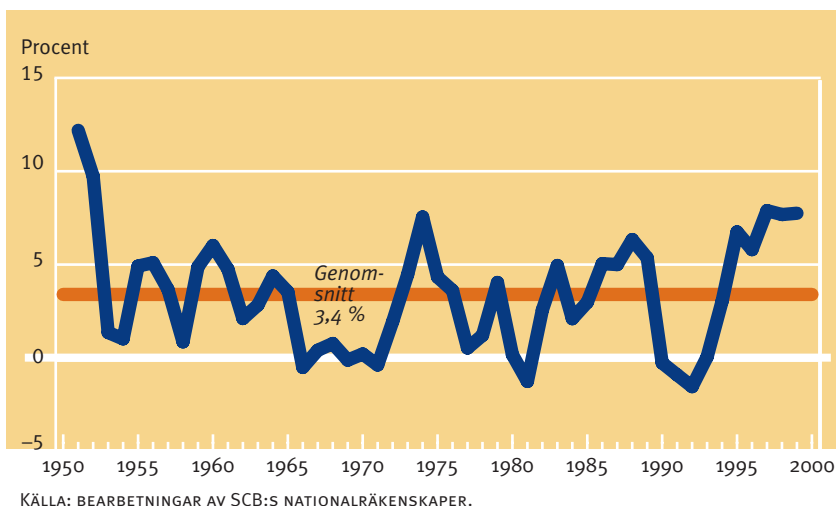


KÄLLA: BEARBETNINGAR AV SCB:S NATIONALRÄKENSKAPER.

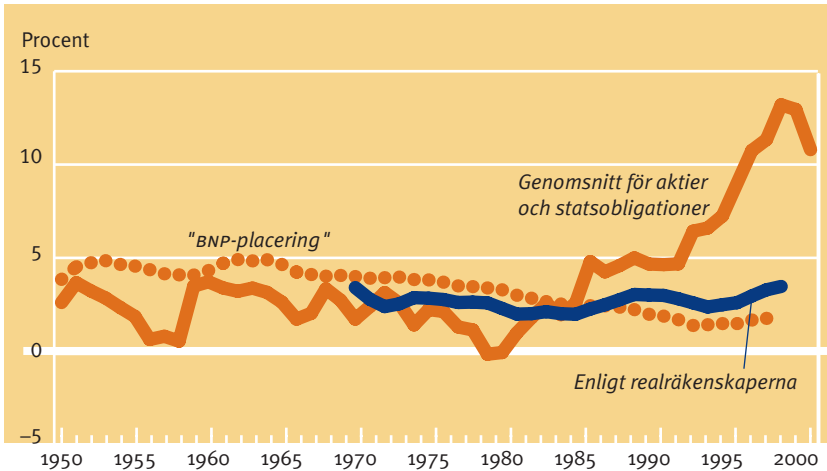
Företagssektorns driftsöverskott (netto) i procent av nettoproduktionsvärdet.

Man kan också beräkna den reala kapitalavkastningen i företagen, genom att sätta driftsöverskottet (netto) i relation till företagets realkapitalstock (se faktarutan ovan och hänvisning där). Den så beräknade avkastningen har sedan år 1950 i genomsnitt varit 3,4 procent, med betydande variationer år från år. Under 1990-talets andra hälft var den betydligt högre, 7–8 procent. Avkastningen avser det totala i företagen investerade kapitalet, således både lånat kapital och ägarkapital. Under de senaste 20 åren har denna avkastning varit långt lägre än den (realiserade och orealiserade) avkastning som registrerats på värdepappersmarknaderna, som återgavs i diagrammet på sidan 77. Ända sedan år 1986 har genomsnittsavkastningen på en 20 år gammal kombinerad börsaktie- och obligationsportfölj varit högre än den avkastning i företagssektorn som här framkommit med hjälp av de reala nationalräkenskaperna. Se diagrammet nedan. Före år 1986 gällde emellertid (alltsedan 1970) det omvända.

”Den gyllene regeln” har redan nämnts: att under vissa förutsättningar realavkastningen i ekonomin på lång sikt teoretiskt är lika med BNP-tillväxten. Tanken har under senare år satts ifråga på både teoretiska och empiriska grunder. I diagrammet på sidan 85 återges även avkastningen på en 20-årsplacering i ett hypotetiskt värdepapper som ger samma reala avkastning som BNP-tillväxten. Att denna placering alltsedan 1980-talets mitt varit underlägsen den reala kapitalavkastningen – även beräknad enligt nationalräkenskaperna – framgår tydligt. Dessförinnan var det emellertid tvärtom. Under lång tid översteg ”BNP-placeringens” reala avkastning de båda andra avkastningsberäkningarna.



Real avkastning i företagssektorn beräknad med hjälp av de reala nationalräkenskaperna.



KÄLLA: BEARBETNINGAR AV SCB:S NATIONALRÄKENSKAPER OCH DIAGRAMMET PÅ SIDAN 77. ANM. "BNP-PLACERING" ÄR AVKASTNINGEN PÅ EN TÄNKT PLACERING SOM GER SAMMA AVKASTNING SOM BNP-TILLVÄXTEN.

Real avkastning i 20-årsperspektiv. Procent per år på placeringar gjorda 20 år tidigare.

I ett ännu längre perspektiv, det halvsekel som gått sedan 1950, är skillnaderna mindre:

BNP-tillväxt	2,7 procent
Real avkastning enligt nationalräkenskaperna	3,4 procent
Real avkastning på börsaktier och statsobligationer i genomsnitt	4,4 procent

Det finns flera reservationer att göra till ovanstående jämförelse. Dels finns en betydande allmän osäkerhet vad beträffar det statistiska underlaget och beräkningsmetoderna, dels finns mer specifika reservationer. Nationalräkenskaperna omfattar hela företagssektorn, även onoterade bolag m.m., i vilka avkastningen kan ha varit annorlunda än i börsföretagen. Vidare ingår i nationalräkenskaperna inte de svenska företagens utländska dotterbolag, vilkas verksamhet i hög grad kan påverka de på den svenska börsen befintliga moderbolagen. Slutligen bör påpekas att företagens lånade kapital löper med andra räntor än statsobligationsräntan. De är ofta högre, men kan också vara lägre, t.ex. på vissa handelskrediter.

Huvudintrycket är emellertid att skillnaderna går i förväntade riktningar, och att de inte är uppseendeväckande stora. Att genomsnittsavkastningen på aktier och obligationer varit en procentenhet per år högre än avkastningen beräknad med hjälp av nationalräkenskaperna kan bero på att de senaste 10–20 årens kraftiga börsuppgång drivit upp kurserna ovanför den långsiktigt rimliga jämviktsnivån – en s.k. spekulationsbubbla

har skapats. Den kalkylerade riskpremien på börsaktier i förhållande till statsobligationer var som framgick av tabellen på sidan 75 hela 8,5 procent per år 1978–1998. Att avkastningen beräknad med hjälp av nationalräkenskaper i sin tur överstigit BNP-tillväxten med 0,7 procentenheter per år under de senaste 50 åren kan ses som ett uttryck för att ”den gyllene regeln” inte gällt exakt – dock inte anmärkningsvärt långt ifrån.

Den framtida kapitalavkastningen

Den relativt långa period vi har bakom oss av hög real kapitalavkastning – främst till följd av stigande börsaktievärden – har föranlett många ekonomiska bedömare och finansanalytiker att successivt skruva upp

Uppskruvade förväntningar på den framtida avkastningen



förväntningarna även om den framtida avkastningen. Hög kapitalavkastning var en av ingredienserna i de mångfacetterade beskrivningarna av ”den nya ekonomin” som gjordes i slutet av 1990-talet. De som då fortsatte att hävda ”den gyllene regeln” giltighet hade naturligt nog svårt att göra sig hörda.

Riksförsäkringsverket och andra myndigheter har frångått den tidigare standarden

att enbart kalkylera med en framtida kapitalavkastning som överensstämmer med den antagna BNP-tillväxten. I verkets beräkningar av AP-fondens utveckling används olika alternativ som med upp till cirka 3 procent-

enheter per år överstiger den antagna reala tillväxten. Ett ytterligare skäl till denna praxisändring är dock att AP-fonden numera i ökad utsträckning placerar i aktier. Premiepensionsmyndigheten använde i 2001 års besked till de pensionsförsäkrade en avkastning som var 3,5 respektive 4 procentenheter högre än den reala tillväxten på 0 och 2 procent per år. Utgångspunkten var härvid att premiepensionskapitalet främst utgörs av aktier. Det har i debatten funnits förespråkare för högre antaganden än så.

Börsfallet 2000–2001 har givit frågan om den framtida kapitalavkastningen ny belysning och intensifierat diskussionen. I USA har frågan varit föremål för debatt långt innan den senaste konjunkturförsvagningen började bli märkbar under senare delen av år 2000. I USA:s socialförsäk-

ringsadministration började man i mitten av 1990-talet använda 7 procents avkastning som standardantagande för aktieplaceringar, drygt 5 procentenheter utöver den antagna ekonomiska tillväxten. Sikt längden för antagandena var hela 75 år.

Att anta så stora skillnader mellan aktieavkastning och ekonomisk tillväxt har kritiserats därför att de leder till orimligt stora öknings i relationen mellan börsvärde och BNP, för USA:s del av bl.a. D. Baker (1998). I slutet av 1990-talet var relationen börsvärde/BNP i USA uppe i cirka 2, dvs. börsvärdet var dubbelt så högt som BNP. I början av 1990-talet var relationen 0,7 och den hade dessförinnan bara vid något enstaka tillfälle under efterkrigstiden överstigit 1,0 (detta skedde under 1960-talets senare del). Som visats av P. Diamond (2000) skulle 7 procents avkastning, givet det ganska lågt hållna tillväxtantagandet, medföra mer än en 20-dubbling av relationen börsvärde/BNP på 75 år. Den skulle alltså stiga till cirka 40. Mot bakgrund av den relaterade utvecklingen under de senaste 50 åren skulle detta givetvis vara mycket egendomligt.

I Sverige var den motsvarande relationen mellan börsvärde och BNP i slutet av 1990-talet uppe i ännu högre tal än i USA, cirka 2,5. Ökningen under 1990-talet hade också varit betydligt större. Den amerikanska kritiken borde således vara minst lika tillämplig på de svenska förhållandena.

Den senaste börsnedgången, som för Sveriges del inleddes på eftervintern år 2000, har hittills (i mitten av oktober 2001) inneburit att de genomsnittliga börskurserna nästan halverats sedan den högsta nivån. Om man slår ut börsfallet på t.ex. 20 år innebär det i minskning i årsavkastning på ungefär drygt 2 procentenheter. Man kan grovt säga att om avkastningen från nuläget skulle bli 6 procent per år, skulle den årliga avkastningen på en 20-årsplacering som gjordes i mitten av år 2000 bli 4 procent per år. En möjlig ståndpunkt är därför att rimligheten av ett högt antagande (från nuläget) om aktieavkastningen har ökat.

Börsfallet kan dock ha inneburit en bekräftelse på vad vissa redan tidigare ansett, nämligen att den tidigare uppgången var en utveckling i ojämvikt, och att en spekulationsbubbla hade skapats i slutet av 1990-talet. Relationen mellan det svenska börsvärdet och BNP kan nu uppskattas till 1,3 à 1,4. Det rör sig således om en avsevärd sänkning från cirka 2,5 när det var som högst, men det är fortfarande fråga om en betydligt högre relation än den som genomsnittligt rådde före 1990-talets början. En tolkning skulle därför kunna vara att det finns en betydande fallhöjd kvar till en jämviktsnivå, och att kurserna på några års sikt kommer att sjunka ytterligare.

En berättigad fråga är därför hur en så kraftig uppgång, innehållande så mycket luft, tidigare hade kunnat äga rum. En förklaring kan vara

människornas starkt ökande intresse för aktier på grund av stigande inkomstnivåer, och att den stora 40-talistgenerationen pensionssparat allt intensivare. Detta har analyserats av P. Diamond (2000) med hjälp av begreppen "erforderlig riskpremie" och "realiserad riskpremie". Att allmänhetens intresse av att inneha aktier (vid givna priser och framtidsutsikter) ökar medför att den erforderliga riskpremien sjunker. Då stiger priset på hela aktiestocken, vilket under en övergångsperiod leder till att

den realiserade riskpremien stiger. Under en sådan övergångsperiod vore det ett misstag att bygga framtidsförväntningarna på vad som kan vara en temporärt höjd avkastning.

Vidare är det tänkbart att en del av den aktieköpande allmänheten av okunskap eller bristande erfarenhet baserar sina förväntningar på den kursutveckling de iakttagit under en alltför kort historisk period. Att sådana "extrapolativa" förväntningsfel kan finnas har K.E Case och R.J Shiller (1988) funnit belägg för.

Slutligen bör påpekas att både börsuppgången under 1990-talet och den följande nedgången till stor del berott på utvecklingen inom IT-företagen. Detta gäller i särskilt hög grad Sverige. Börsutvecklingen i mer traditionella branscher och företag har varit långt mindre dramatisk.

Att göra en tillförlitlig prognos på den reala kapitalavkastningen är inte möjligt.

Det finns många okända faktorer som kommer att inverka och det har visat sig svårt att ens i en känd historisk omvärld förklara vad som hänt hittills. Vad man i bästa fall kan klara är att ringa in den sannolika utvecklingen med hjälp av några alternativa antaganden.

Med de förutsättningar om arbetskraftsutbud och produktivitet som redovisades i det tidigare avsnittet beräknas BNP-tillväxten bli 1,2 procent per år i genomsnitt under det kommande halvsekle. Redan detta är självklart ett högst osäkert antagande. Det historiska material som presenterats i det föregående tyder sammantaget på att kapitalavkastningen (på summan av aktiekapital och lånat kapital) på mycket lång sikt varit något högre än BNP-tillväxten. Som ett huvud- eller mellan-

Hur hade en så stor uppgång innehållande så mycket luft kunnat äga rum?



alternativ för de närmaste 50 åren skulle man kunna använda 2,5 procents real avkastning per år, dvs. 1,3 procent utöver BNP-tillväxten. Om de internationella marknaderna även i framtiden kommer att vara oreglerade, kan det för Sverige finnas ett särskilt argument för att sätta avkastningen något högre än BNP-tillväxten, nämligen att kapitalavkastningen är internationellt bestämd. Sverige hör, tillsammans med flera andra europeiska länder och USA, till de länder i världen som tillväxtmässigt kommer att överträffas av ekonomier i andra länder i världen. En högre kapitalavkastning i de senare områden kan i viss mån återverka på den avkastning som kan nås här.

Ett lämpligt lågalternativ ges av den ”gyllene regeln”, alltså 1,2 procent per år. Som ett logiskt högalternativ ger sig då 3,8 procents avkastning, ett alternativ som avviker lika mycket uppåt från medelalternativet som lågalternativet avviker nedåt.

Alternativ	BNP-tillväxt	Kapitalavkastning	Skillnad
Låg	1,2	1,2	0,0
Medel	1,2	2,5	1,3
Hög	1,2	3,8	2,6

Avkastningstalen har tänkts gälla från och med 2002, dvs. efter den nedjustering av börskurserna som skett fram till senare delen av 2001.

Om man räknar med att riskpremien för aktiekapital borde vara 2 à 5 procentenheter högre än statsobligationsräntan skulle avkastning på börsaktier överstiga de angivna talen med 1 à 2,5 procentenheter. Spännvidden i aktieavkastningen skulle alltså kunna vara från drygt 2 till drygt 6 procent per år.

Om man tänker sig att en fond för utjämning av äldre vårdskostnader skulle uppbära en avkastning som motsvarar genomsnittet i ekonomin (dvs. placerar i både aktier och obligationer) kan en kalkyl av fonderingsbehovet göras. Här har den utgångspunkten valts att ett fondkapital byggs upp under de kommande relativt oproblematiske åren, med den begränsade ambitionen att fonden fram till år 2050 ska täcka utgifterna, tillsammans med skattemedel som i procent av BNP motsvarar dagens utgifter. Den framtida utgiftsutvecklingen antas vara den som uppkommer om de äldre successivt blir friskare (”som tre år yngre”) men där de anställda inom vården får en höjning av sina relativa löner. Se närmare det föregående avsnittet om äldre vårdskostnaderna. Man kan då bakvägen bestämma det belopp, kalla det äldre vårdavgift, som årligen måste tillföras fonden. Resultaten, för de tre ovan angivna avkastningsalternativen, sammanfattas i följande tabell. Lågalternativet, med en avkastning som är 2,6 procentenheter lägre än högalternativet erfordrar ett avgifts-

Arbetskraftsutbud och produktivitet

Äldrevårdsfonden skulle, när den blir som störst 2025–2030, motsvara ungefär halva den nuvarande AP-fonden

belopp som är 25 procent större. Om fondmedlen kan investeras till hög avkastning, inhemskt eller utomlands, minskar alltså avgiftsbördan på de förvärvsaktiva.

Äldrevårdsfonden skulle, när den blir som störst 2025–2030, motsvara ungefär halva den nuvarande AP-fonden. Sparandet i äldrevårdsfonden skulle således utgöra en viss kompensation för den sparandeminskning i samhället som den kommande nedtrappningen av AP-fonden innebär – ungefär på samma sätt som AP-fonden på sin tid kompenserade för den nedgång i hushållssparandet som blev följden när ATP-systemet infördes.

	Avkastning		
	1,2	2,5	3,8
Äldrevårdsavgift, % av BNP	1,09	0,98	0,87
Fondkapital, miljarder kronor, 2000 års priser			
2010	165	151	136
2020	337	325	306
2030	373	377	370
2040	211	224	224
2050	0	0	0

En äldrevårdsfond.



Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror



Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Tilltro till försäkringen

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringens finansiella omfattning 93

Ekonomisk trygghet för familjer och barn 102

Föräldrapenning vid barns födelse **102**

Tillfällig föräldrapenning **104**

Pappadagar **106**

Havandeskapspenning **107**

Barnbidrag **108**

Vårdbidrag **109**

Barnpension **111**

Underhållsstöd **112**

Bostadsbidrag **114**

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp 116

Sjukpenning **116**

Arbetslivsinriktad rehabilitering **118**

Förtidspension och sjukbidrag **120**

Tandvård **123**

Arbetsskadeersättning **124**

Handikappersättning **125**

Assistansersättning **126**

Närståendepenning **127**

Bilstöd **128**

Läkemedel **129**

Ekonomisk trygghet vid ålderdom m.m. 130

Ålderspension **130**

Bostadsstöd till pensionärer **134**

Efterlevandepension till vuxna **136**

Delpension **139**

Intjänad pensionsgrundande inkomst **140**

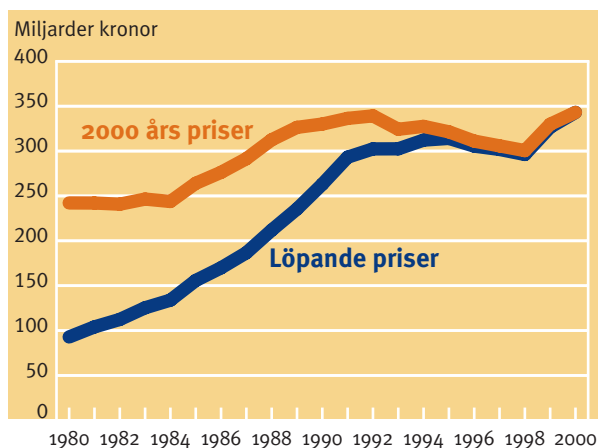
Arbetslöshetsförsäkringen **142**



Socialförsäkringen i siffror

Socialförsäkringens finansiella omfattning

År 2000 var socialförsäkringens utgifter sammanlagt 343,1 miljarder kronor. Sedan 1980 har utgifterna i 2000 års prisnivå stigit med 42 procent.



Socialförsäkringens utgifter.

Under perioden 1980–2000 är det främst utgifterna för ålderspension som har ökat. Långsiktigt har också stödet till barnfamiljer stigit, även om utgifterna sjönk mellan 1994 och 1997.

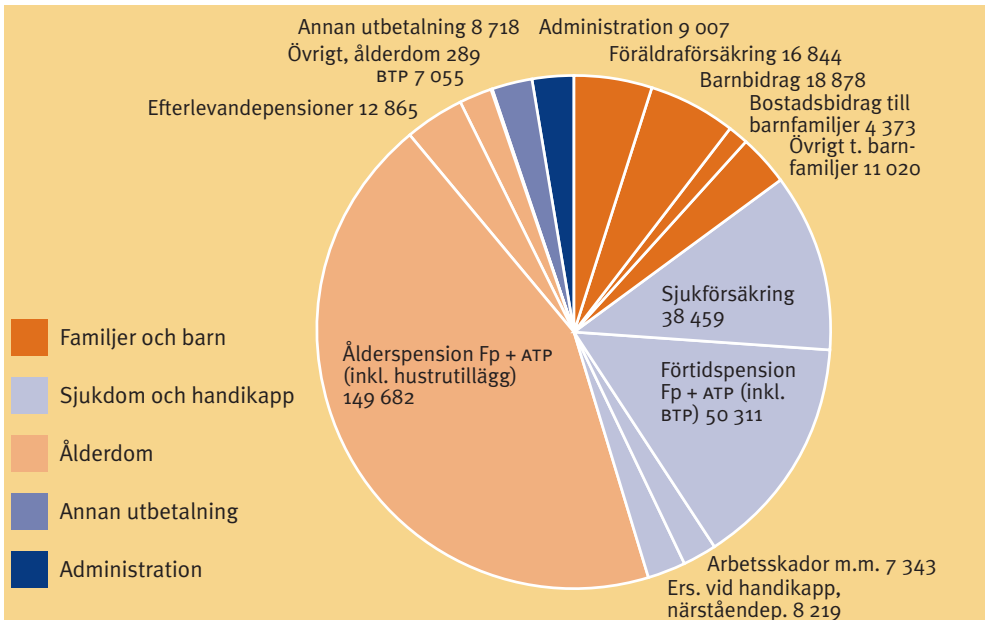
Ökningen var mycket kraftig under andra hälften av 1980-talet. Efter en kontinuerlig uppgång fram till och med 1992 minskade sedan de totala utgifterna uttryckt i fasta priser år från år, för att sedan åter öka kraftigt under 1999.

Utgiftsökningen berodde bland annat på de kraftigt ökade utgifterna för sjukförsäkringen och ökningen av ATP. Under 1999 gjordes också ett par större ändringar inom socialförsäkringen, bland annat infördes statliga ålderspensionsavgifter. Flera av försäkringarna som till exempel sjukpenning och föräldrapenning är pensionsgrundande. Dessutom ges pensionsrätt för vård av barn, värnplikt och studier. Därför betalar staten in ålderspensionsavgifter som i princip motsvarar pensionsrätten för detta. Även under år 2000 ökade utgifterna på grund av utgiftsökningar inom dessa tre områden.



Försäkringsgren/-förmån	1998	1999	2000
Ekonomisk trygghet för familjer och barn			
Föräldraförsäkring	14 129	15 595	16 844
Barnbidrag	16 830	16 766	18 878
Bostadsbidrag till barnfamiljer och ungdomar	5 749	5 067	4 373
Vårdbidrag för handikappade barn	1 656	1 851	1 986
Underhållsstöd	4 584	4 591	4 831
Barnpension			
Folkpension	286	289	288
ATP	634	649	653
Pensionsrätt för barnår	.	3 108	3 240
Bidrag vid adoptioner	20	22	22
Summa	43 888	47 938	51 115
Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp			
Sjukförsäkring			
Sjukpenning och rehabiliteringsers.	20 761	27 855	36 458
Sjukvårdsförmåner m.m.	1 880	1 899	2 001
Förtidspension/sjukbidrag m.m.			
Folkpension	13 554	13 869	14 236
ATP	23 610	24 037	24 770
Statliga ålderspensionsavgifter	.	8 865	8 739
Sysselsättningsgaranti för förtidspensionärer	.	0	2
Bostadstillägg till förtidspensionärer	2 346	2 498	2 564
Handikappersättning	996	1 012	1 036
Arbetsskadeersättning	6 010	7 236	7 343
Bilstöd	212	201	209
Assistansersättning	5 192	6 039	6 960
Övrig ersättning	134	11	14
Summa	74 695	93 522	104 332
Ekonomisk trygghet vid ålderdom m.m.			
Ålderspension			
Folkpension (Fp)	52 674	53 279	53 201
ATP	88 900	93 234	96 481
Efterlevandepension			
Folkpension	476	465	432
ATP	11 718	12 194	12 433
Bostadstillägg till pensionärer	7 245	7 437	7 055
Delpension	585	300	211
Övrig pension	98	87	78
Summa	161 696	166 996	169 891
Annan utbetalning			
Utbildningsbidrag	8 737	10 192	8 511
Dagpenning till värnpliktiga m.m.	10	16	12
Familjebidrag till vPL	260	103	87
Övrigt	469	420	108
Summa	9 476	10 731	8 718
Administration	6 519	7 417	9 007
Totalt	296 274	326 604	343 063

Socialförsäkringens utgifter 1998–2000 i miljoner kronor. Från och med 1999 ingår statliga ålderspensionsavgifter. Dessa avgifter var sammanlagt 15 546 miljoner kronor år 1999 och 18 046 miljoner år 2000.

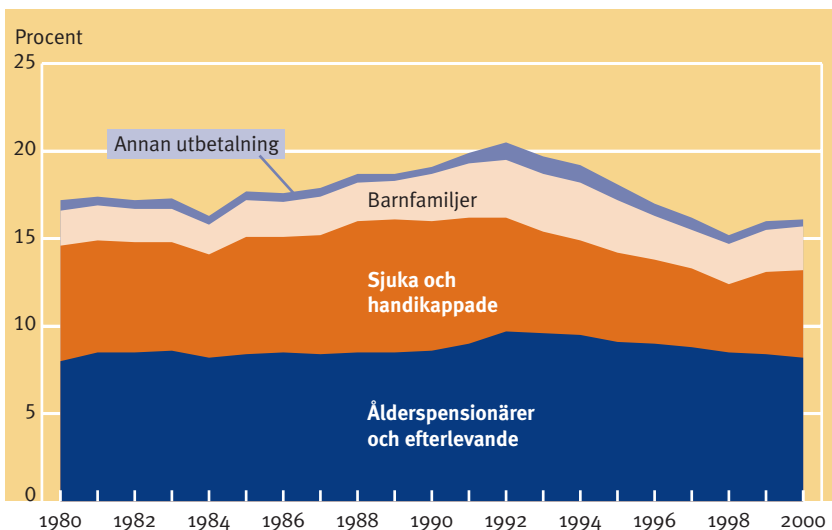


Utgifternas fördelning år 2000.

Nästan hälften av socialförsäkringens utgifter (49 procent eller 169,9 miljarder kronor) gick till ålderspensionärer och efterlevande. Tre tiondelar (104,3 miljarder kronor) gick till sjuka och funktionshindrade. Stödet till barnfamiljer var ungefär en sjundedel

(15 procent eller 51,1 miljarder kronor) av de totala utgifterna. Därutöver finns vissa andra ersättningar (3 procent eller 8,7 miljarder kronor för år 2000). Försäkringskassornas och Riksförsäkringsverkets administration stod för resterande del av utgifterna (3 procent eller 9,0 miljarder kronor).





Utbetalningar från socialförsäkringen som andel av BNP. Från och med 1999 ingår statliga ålderspensionsavgifter, vilket höjer socialförsäkringens andel av BNP med knappt en procentenhet.

Utbetalningarna från socialförsäkringen är en betydande del av samhälls-ekonomin. År 2000 motsvarade utbetalningarna från socialförsäkringen 16 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Efter att ha stigit i det närmaste oavbrutet nådde socialförsäkringens samlade utbetalningar sin kulmen på 21 procent av BNP år 1992. Flera kostnadsreducerande regeländringar har senare medfört att försäkringens andel av en växande BNP har minskat. Ändringarna är bland annat sänkta ersättningsnivåer, sjuklöneperiod och karensdag i sjukförsäkringen. År 2000 var socialförsäkringens andel av BNP på samma nivå som i slutet av 1970-talet.



Försäkringsgren	Inkomster, miljoner kronor				Utgifter, miljoner kronor			Över- skott ¹
	Avgifter	Statliga medel enl. lag	Övrigt ²	S:a	Utbetal- ningar	Admini- stration	S:a	
Sjukförsäkring	74 574	12 574	–	87 148	84 559 ³	2 589	87 148	0
Sjukvårdsförmåner	–	2 117	–	2 117	2 001	116	2 117	–
Handikappersättning	–	1 116	–	1 116	1 036	80	1 116	–
Arbetskador	12 290	190	–	12 480	7 343	312	7 655	4 825
Bilstöd	–	241	–	241	209	32	241	–
Assistansersättning	–	5 392	1 654	7 046	6 960	86	7 046	–
Ålderspension								
Via AP-fonden	144 274 ⁴	–	28 704	172 978	138 840	1 655	140 495	32 483
Via statsbudgeten	7 745 ⁵	3 297 ⁶	–	11 042	10 842	200	11 042	0
Premiep.systemet	21 556 ⁴	–	–	21 556	0	635	635	..
Efterlevandepensioner	14 790	0	–	14 790	13 806	49	13 855	935
Bostadstillägg, BTP	–	9 844	21	9 865	9 641	224	9 865	–
Delpension	41	188	–	229	211	18	229	0
Föräldraförsäkring	19 141	0	–	19 141	16 488	603	17 091	2 050
Barnbidrag	–	18 957	–	18 957	18 878	79	18 957	–
Bostadsbidrag till barnfamiljer m.fl.	–	4 764	–	4 764	4 373	391	4 764	–
Vårdbidrag för handikappade barn	–	2 114	–	2 114	1 986	128	2 114	–
Underhållsstöd	–	3 343	1 850	5 193	4 831	362	5 193	–
Pensionsrätt för barnår	–	3 240	–	3 240	3 240	..	3 240	–
Övrig ersättning ⁷	30	81	122	233	222	11	233	0
Ej fördelad administration ⁸	–	1 148	–	1 148	–	1 148	1 148	–
Summa	294 441	68 606	32 351	395 398	325 466	8 718	334 184⁴	..

¹ Summeringär ej meningsfull på grund av att inkomsterna i premiepensionssystemet utgörs av reserveringar.
² Underhållskyldiga, kommuner, räntor med mera.
³ Inklusivt förtidspension, havandeskapspenning, närståendepenning samt statliga ålderspensionsavgifter.
⁴ Inklusivt statliga ålderspensionsavgifter.
⁵ Det kan anses att de ålderspensionsavgifter som låg över "taket" på 8,07 prisbasbelopp delvis finansierade folkpensioner under år 2000.
⁶ År 2000 inflöt 1 403 miljoner kronor i folkpensionsavgifter som avsåg år 1998. Det kan anses att även dessa avgifter delvis finansierade de folkpensioner som utbetalades under år 2000.
⁷ Exklusive utbetalningar inom arbetsmarknadsområdet och ersättningar till värnpliktiga.
⁸ I huvudsak försäkringskassornas utgift för förändring av pensionskulda och delar av Riksförsäkringsverkets administration.

Socialförsäkringens inkomster och utgifter år 2000. Socialförsäkringen finansieras främst genom socialavgifter, allmän pensionsavgift, statliga ålderspensionsavgifter, skatter samt fondavkastning.

Om man utgår från de lagstadgade finansieringsreglerna ska utgifterna till viss del täckas av socialavgifter och allmän pensionsavgift. Andelen för varje år är dock ungefärlig, det är inte för alla försäkringar i lag angivet hur stor andel som ska finansieras med avgifter.

På grund av att inkomsterna i premiepensionssystemet (21,6 miljarder kronor) är reserveringar, är det inte meningsfullt att ange exakt hur stor del av de totala utgifterna som täcktes av avgiftsinkomster under år 2000 (om premiepensionssystemet exkluderas var andelen ungefär fem sjättedelar). Däremot kan denna kvot anges för övriga delar av finansieringen. Ränteintäkter med mera från AP-fonden motsvarade knappt nio procent av de totala utgifterna. Den andel som enligt reglerna finansieras med statliga medel var drygt en femtedel av de totala utgifterna. Ersättningar från kommuner och underhållsskyldiga med mera motsvarade drygt en procent av de totala utgifterna.

Inkomsterna av socialavgifter, allmän pensionsavgift och räntor med mera var sammanlagt 326,8 miljarder kronor. Tillskottet av statliga medel var 68,6 miljarder kronor. Exklusive utbetalningar inom arbetsmarknadsområdet var de totala utgifterna 334,2 miljarder kronor.

Som framgår av föregående tabell visade den del av ålderspensionen som finansieras via AP-fonden ett stort överskott (32,5 miljarder kronor), främst beroende på att 28,7 miljarder kronor i räntor med mera lades till fondkapitalet. Det bör dock påpekas att utgifterna ökar relativt kraftigt varje år. Detta beror dels på att antalet ålderspensionärer ökar, dels på att det genomsnittliga pensionsbeloppet ökar. Därför behövs ett visst överskott för att klara framtida utbetalningar.

Arbetskadeförsäkringen har från och med 1994 visat ett årligt överskott som successivt har återställt tidigare års underskott. Under år 2000 uppgick överskottet till 4,8 miljarder kronor.

Föräldraförsäkringen visade ett överskott på 2,1 miljarder kronor och efterlevandepensioner ett överskott på 0,9 miljarder.



År	Influtna social-avgifter	Allmänna egen-avgifter	Influtna avgifter som andel av socialförsäkringens totala utgifter, procent ¹
1985	103 936		67
1990	193 512		75
1991	204 455		71
1992	191 360		67
1993	175 185	6 244	63
1994	182 881	6 705	64
1995	166 672	28 385	65
1996	168 883	37 959	71
1997	165 956	47 261	74
1998	154 996	52 025	72
1999	152 564 ²	59 610	67 ²
2000	209 151 ²	63 734	82 ²

¹ Exklusive utbetalningar inom arbetsmarknadsområdet och ersättningar till värnpliktiga.
² Exklusive premiepensionssystemet, inklusive statliga ålderspensionsavgifter.

Influtna avgifter 1985 och 1990–2000 i miljoner kronor. Notera att siffrorna inte är jämförbara över tiden. Detta beror dels på de omfattande regelförändringar som skett framförallt i slutet på 1990-talet, dels på att periodiseringen av avgifterna gjorts på olika sätt för olika år.

Försäkringsgren	1990	1996	1997	1998	1999	2000
Socialavgifter ¹						
Sjukförsäkring	10,10	5,28	4,04	7,90	7,50	8,50
Arbetskadeförs.	0,90	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38
Folkpension	7,45	5,86	5,86	6,83	–	–
Ålderspension (ATP)	13,00	13,0	13,00	6,40	6,40	10,21
Efterlevandepension	–	–	–	–	1,70	1,70
Delpension	0,50	0,20	0,20	0,20	–	–
Föräldraförsäkring	–	–	–	–	2,20	2,20
Summa	31,95	25,72	24,48	22,71	19,18	23,99
Allmänna egenavgifter						
Sjukförsäkring	.	3,95	4,95	.	.	.
Pension	.	1,00	1,00	6,95	6,95	7,00
Summa	.	4,95	5,95	6,95	6,95	7,00

¹ För egenföretagaravgifter gäller sedan 1993 ofta andra procentsatser.

Lagstadgade avgifter till socialförsäkringen 1990 och 1996–2000 i procent av respektive avgiftsunderlag. Avgiftsunderlaget för socialavgifterna utgörs av lönesumman för anställda och egna företagare. Avgifterna betalas in av arbetsgivaren respektive egenföretagaren.

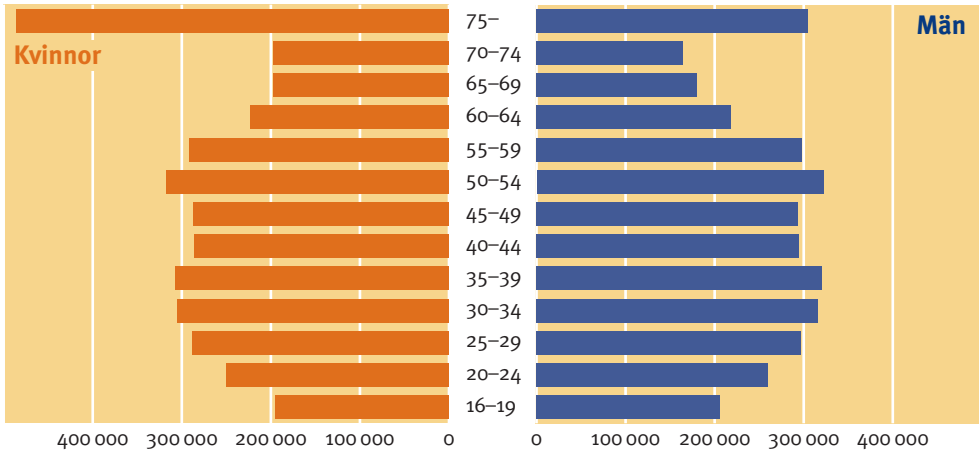
Den allmänna pensionsavgiften betalas in av de förvärvsarbetande. Den grundas på förvärvsinkomsten samt på inkomster som sjukpenning, arbetslöshetsförsäkring och andra inkomstersättningar upp till sammanlagt 8,07 gånger det förhöjda prisbasbeloppet under ett år. Perioden 1993–1997 fanns även en allmän sjukförsäkringsavgift. År 1998 avskaffades den allmänna sjukförsäkringsavgiften och då höjdes istället den allmänna pensionsavgiften i motsvarande grad.

År 1999 gjordes flera ändringar, bland annat för att anpassa avgiftsnivåerna till utgifterna inom respektive område. Folk- och delpensionsavgifterna togs bort. Avgifter för efterlevandepension och föräldraförsäkring infördes. Dessutom sänktes sjukförsäkringsavgiften med 0,4 procentenheter. Totalt innebar detta en kraftig sänkning (3,53 procentenheter) av det totala avgiftsuttaget vad gäller de riktade socialavgifterna. Detta komparerades dock av att den allmänna löneavgiften höjdes med 3,56 procentenheter.

År 2000 höjdes sjukförsäkringsavgiften med 1,00 procentenheter och ålderspensionsavgiften med 3,81 procentenheter. Detta komparerades dock av att den allmänna löneavgiften sänktes med 4,95 procentenheter.



Inskrivna försäkrade



Inskrivna försäkrade personer 2000.

Svenska medborgare och utländska medborgare som är bosatta i Sverige är försäkrade enligt lagen om allmän försäkring (AFL).

Alla försäkrade personer som har

fyllt 16 år och är bosatta i Sverige är inskrivna hos den allmänna försäkringskassan. En person som lämnar Sverige anses vara bosatt här om utlandsvistelsen varar högst ett år.

Regler

Ålder	Kvinnor	Män	Kvinnor och män
16-19	194 988	206 347	401 335
20-29	537 948	556 824	1 094 772
30-39	611 790	637 075	1 248 865
40-49	573 113	588 573	1 161 686
50-59	608 647	620 518	1 229 165
60-69	420 142	399 357	819 499
70-	683 365	469 125	1 152 490
Samtliga	3 629 993	3 477 819	7 107 812

Inskrivna försäkrade personer 2000.

Sjukpenningförsäkrade är de inskrivna försäkrade personer som beräknas tjäna minst 24 procent av basbeloppet per år genom förvärvsarbete. År 2000 motsvarade det 8 800 kronor. För år 1997 och tidigare gällde 6 000 kronor per år. Den sjukpenninggrundande inkomsten är högst 7,5 basbelopp per år (274 500 kronor 2000).

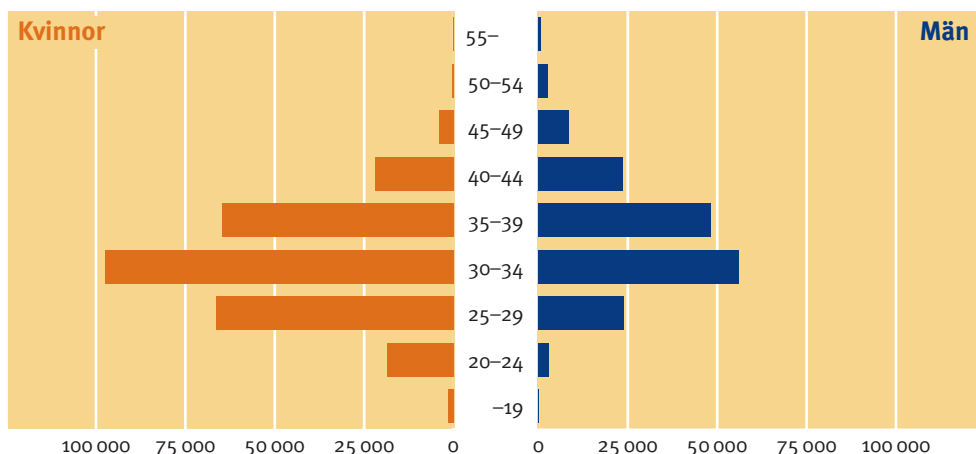
Sedan år 1992 behöver man inte anmäla ny eller ändrad inkomst till försäkringskassan i förväg. Numera räcker det att anmäla sin nya inkomstnivå när det är aktuellt att använda någon förmån hos försäkringskassan. Detta innebär att det saknas uppgifter om hur många försäkrade som finns i respektive inkomstnivå.

Regler

Ekonomisk trygghet för familjer och barn

Föräldrapenning vid barns födelse

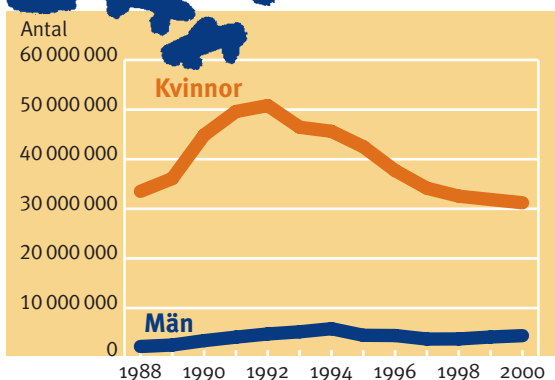
Föräldraförsäkringen ska stödja båda föräldrarnas möjlighet att kombinera föräldraskap och förvärvsarbete.



Personer med föräldrapenning 2000.

Kvinnor har genomgående använt sig av föräldraförsäkringen i betydligt större utsträckning än män. 442 000 hade föräldrapenning under år 2000. Kvinnorna var 62 procent och männen 38

procent. Ungefär en tredjedel av kvinnorna och hälften av männen var äldre än 35 år. Endast i de allra äldsta åldersgrupperna var det fler män än kvinnor som hade föräldrapenning, beroende på att männen i höga åldrar kan få barn med yngre kvinnor.



Dagar med föräldrapenning. Männen tar i genomsnitt ut betydligt färre dagar än kvinnorna. Av alla dagar med föräldrapenning under år 2000 svarade kvinnorna för 88 procent. I figuren syns tydligt effekten av de stora barnkullarna åren kring 1990. De uttagna föräldrapenningdagarna har sedan sjunkit år från år i samband med det minskade barnafödandet. Antalet dagar med föräldrapenning vid barns födelse var som allra högst år 1992. Antalet dagar har därefter sjunkit successivt. För männen ses dock en topp år 1994, och en liten uppgång kan noteras både år 1999 och 2000.

Föräldrapenning kan man få med anledning av ett barns födelse eller adoption under sammanlagt 450 dagar per barn. För 360 av dagarna är ersättningen relaterad till föräldrarnas inkomstbortfall, dock lägst 60 kronor per dag. För de resterande 90 dagarna får man garantinivån som är 60 kronor om dagen för alla.

Om föräldrarna har gemensam vårdnad om barnet har var och en rätt till hälften av det totala antalet

föräldrapenningdagar. En förälder kan dock överlåta rätten till föräldrapenning till den andra föräldern med undantag av 30 dagar, den så kallade pappa-/mammamånaden.

Ersättningen kan tas ut som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels dag. Föräldrapenning kan man som regel ta ut tills barnet har fyllt åtta år. Sedan den 1 januari 1998 är ersättningen 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Maximal föräldrapenning var drygt 18 000 kronor per månad under 2000.

Regler



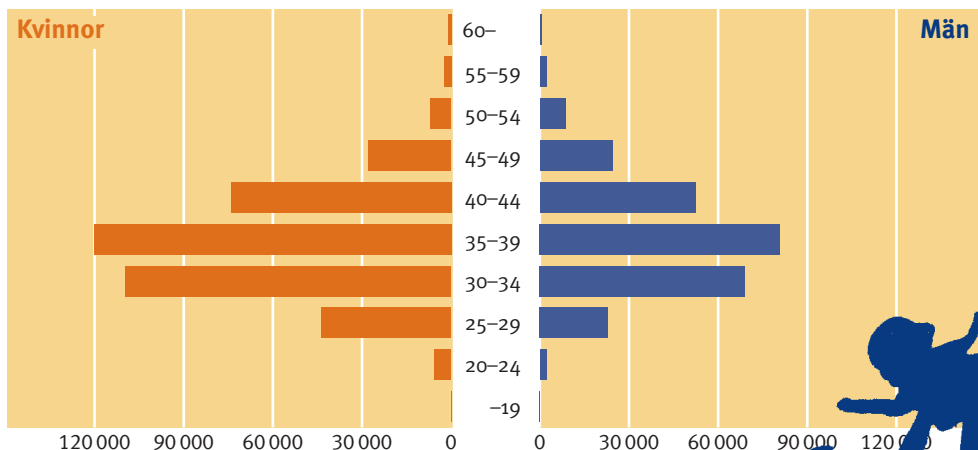
Ålder	Antal mottagare		Antal dagar i medeltal		Medelbelopp, kronor under året	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
-19	1 579	44	174	62	12 383	7 646
20-24	18 603	2 864	162	34	33 745	12 363
25-29	66 334	24 010	136	28	42 722	11 369
30-34	97 404	56 042	114	27	39 649	11 262
35-39	64 801	48 326	94	26	32 552	11 130
40-44	22 046	23 509	70	26	22 611	10 647
45-49	4 094	8 455	44	25	13 152	10 179
50-54	345	2 593	44	28	12 106	11 037
55-	8	818	53	77	23 155	26 956
Samtliga	275 214	166 661	113	27	36 369	11 127

Föräldrapenning med anledning av barns födelse 2000.

Av totalt 11,9 miljarder kronor i föräldrapenning med anledning av barns födelse under år 2000 gick 84 procent till kvinnor och 16 procent till män.

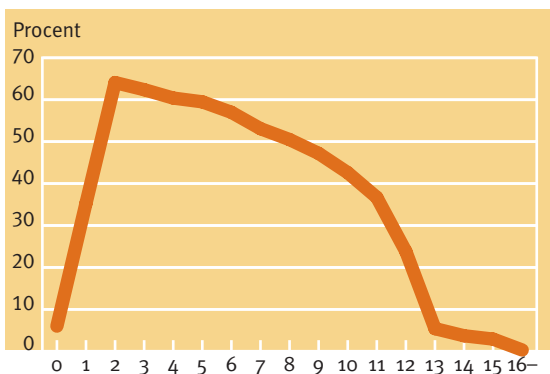
Tillfällig föräldrapenning

Tillfällig föräldrapenning gör det möjligt för föräldrar att vara hemma från arbetet med sjuka barn.



Personer med tillfällig föräldrapenning för vård av barn 2000. Drygt 655 000 personer använde tillfällig föräldrapenning under 2000. De flesta var kvinnor, 60 procent. Männens andel var 40 procent, vilket är något högre än andelen bland dem som tagit föräldrapenning vid ett barn födelse, 38 procent. Ålders- och könsfördel-

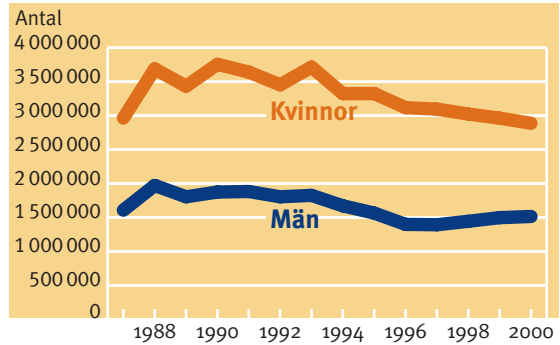
ningen för de båda förmånsslagen är mycket likartad, dvs. männens antal överväger endast i de allra äldsta åldersklasserna.



Barn som vårdats med tillfällig föräldrapenning 2000. För mer än hälften av barnen mellan två och åtta år har tillfällig föräldrapenning tagits ut. Drygt 60 procent av två- och tre-åringarna har någon gång under 2000 vårdats av en förälder eller av annan som fått tillfällig föräldrapenning.

Dagar med tillfällig föräldrapenning

för vård av barn. Av totala antalet ersatta dagar under 2000 använde kvinnor 66 procent. Männen andel sjönk under fler års tid men har ökat något de senaste åren. Trots att antalet barn blivit flera under 1990-talet har antalet dagar med ersättning för vård av sjuka barn minskat under en stor del av perioden. Detta kan bero på två genomförda sänkningar av ersättningsnivån samt den stora arbetslösheten. Det beror också på att andelen yngre barn minskat, dvs. de



som kräver mest vård. Ersättningsnivån höjdes år 1998.

En förälder som behöver avstå från förvärvsarbete för att vårda barn är berättigad till tillfällig föräldrapenning. Detta gäller om barnet är under 12 år (i vissa fall 16 år). Normalt kan man få ersättning för 60 dagar per barn och år. Rätten till tillfällig föräldrapenning kan i vissa situationer överlåtas till en annan person, som i stället för föräldern stannar hemma från sitt arbete för att vårda barnet.

Föräldrar till barn som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kan få ersättning för vård av sjukt barn i åldern 16–21 år (ibland äldre).

Vidare har en förälder till ett barn som är 15 år eller yngre och som omfattas av LSS även rätt till tio så kallade kontaktdagar per barn och år. Dessa dagar kan tas ut för föräldrabildning, vid invänjning eller besök i den förskoleverksamhet eller skolbarnomsorg som barnet deltar i.

Dagarna kan tas ut som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels ersättning. Under 1997 var ersättningsnivån 75 procent. Sedan den 1 januari 1998 är ersättningen 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Maximal föräldrapenning var drygt 18 000 kronor per månad under 2000.

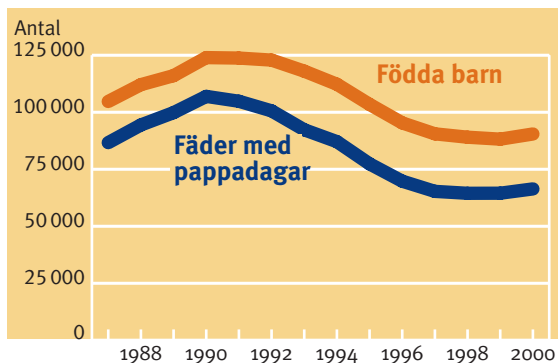
Regler

Ålder	Antal mottagare		Antal dagar i medeltal		Medelbelopp, kronor under året	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
–19	43	19	10	10	3 098	5 259
20–24	5 520	2 168	9	7	4 257	4 160
25–29	43 668	22 920	9	7	4 476	4 559
30–34	109 605	69 000	8	6	4 598	4 345
35–39	120 147	80 793	7	6	4 258	4 059
40–44	74 107	52 466	6	5	3 711	3 680
45–49	27 816	24 494	6	5	3 341	3 418
50–54	6 926	8 657	5	5	2 811	3 356
55–59	2 399	2 275	3	5	1 898	3 190
60–	1 023	509	3	4	1 514	2 694
Samtliga	391 254	263 301	7	6	4 162	4 010

Tillfällig föräldrapenning för vård av barn 2000. Av totalt cirka 3,1 miljarder kronor i tillfällig föräldrapenning för vård av barn under 2000 gick 61 procent till kvinnor och 39 procent till män.

Pappadagar

Fäderna ges genom pappdagarna möjlighet att vara med vid förlossningen, sköta hemmet och vårda barn i samband med ett barns födelse.



Pappadagar. Antalet födda barn och antalet fäder med pappadagar var som högst år 1990, då ungefär 86 procent av papporna utnyttjade pappdagarna. Under större delen av 1990-talet har antalet pappadagar sjunkit successivt beroende på att antalet födda barn har minskat, samtidigt som också andelen av de nyblivna papporna som använder sina 10 dagar har minskat. År 2000 var det endast 73 procent som utnyttjade pappdagarna.

Regler

I samband med ett barns födelse eller adoption har fadern rätt till tillfällig föräldrapenning under 10 dagar per barn. Dagarna får tas ut längst till och med den sextionde dagen efter den dag barnet har kommit hem eller den dag

adoptivföräldern har fått barnet i sin vård.

Sedan den 1 januari 1998 är ersättningsnivån 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Maximal ersättning var drygt 18 000 kronor per månad under 2000.



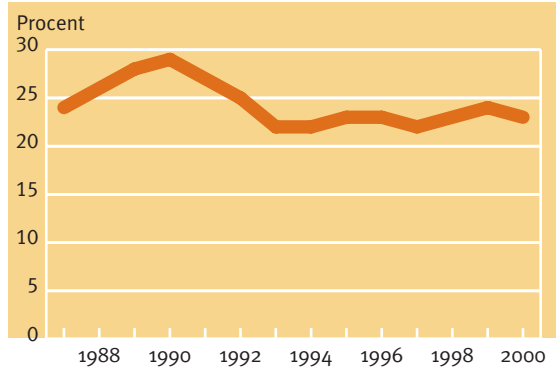
Ålder	Antal mottagare	Antal dagar i medeltal	Medelbelopp, kronor under året
-19	36	9,2	4 717
20-24	2 628	9,4	5 742
25-29	15 288	9,5	6 502
30-34	25 034	9,5	6 857
35-39	15 520	9,5	6 912
40-44	5 498	9,5	6 781
45-49	1 740	9,6	6 703
50-54	483	9,5	6 847
55-59	106	9,6	6 629
60-	18	10,0	6 517
Samtliga	66 351	9,5	6 732

Pappadagar 2000. Under 2000 betalades det ut 447 miljoner kronor i pappadagar.

Havandeskapspenning

Gravida kvinnor som inte kan fortsätta förvärvsarbete kan få möjlighet till ledighet och vila genom havandeskapspenning.

Andelen kvinnor med havandeskapspenning. Under senare delen av graviditeten har de flesta kvinnor ersättning från socialförsäkringen i form av havandeskapspenning, sjukpenning eller föräldrapenning. Andelen med havandeskapspenning ökade under i stort sett hela 1980-talet. Kulmen på närmare 30 procent nåddes under år 1990. Efter en tydlig nedgång i början av 1990-talet ses en svag uppgång igen.



Försäkringskassan betalar ut havandeskapspenning endast om arbetsgivaren inte kan omplacera kvinnan till annat arbete. Kvinnan kan få havandeskapspenning under högst 50 dagar under de två sista månaderna av graviditeten.

Sedan den 1 januari 1998 är ersättningen 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Maximal havandeskapspenning var drygt 18 000 kronor per månad under 2000.

Regler

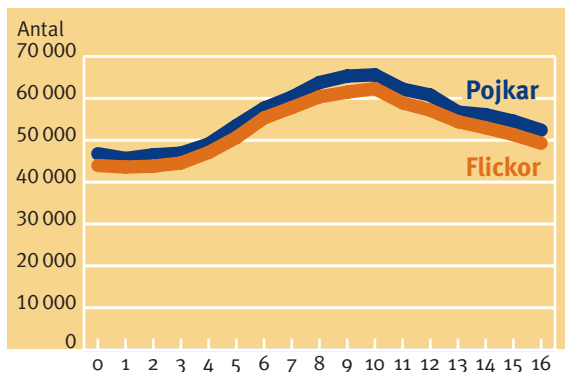


Ålder	Antal mottagare	Antal dagar i medeltal	Medelbelopp, kronor under året
-19	36	40	12 137
20-24	2 569	39	13 845
25-29	8 313	38	15 153
30-34	6 843	38	15 900
35-39	2 853	38	15 601
40-44	494	38	16 045
45-49	20	43	17 744
Samtliga	21 128	38	15 315

Havandeskapspenning 2000. Under år 2000 betalades det ut 323 miljoner kronor i havandeskapspenning till drygt 21 000 kvinnor.

Barnbidrag

Barnbidragen ska utjämna de ekonomiska villkoren mellan familjer med och utan barn samt över livsrytten.



Källa: SCB

Antal barn 2000. I slutet av 2000 fanns det 895 000 flickor och 944 000 pojkar i åldern 0–16 år. I figuren ser man tydligt effekten av den så kallade babyboomen. De mycket stora barnkullarna som föddes åren kring 1990 har år 2000 hunnit bli nio tio år. Sedan toppåret 1990 har antalet födda sjunkit steg för steg. Antalet födda barn år 2000 (noll år i figuren) var knappt 30 procent lägre än antalet som föddes år 1990.

Regler

Med barnbidrag menas allmänt barnbidrag, förlängt barnbidrag och flerbarnstillägg.

Alla föräldrar har rätt till allmänt barnbidrag för barn som är bosatta i landet, till och med det kvartal då barnet fyller 16 år. Därefter kan föräldern få så kallat förlängt barnbidrag så länge barnet går i grundskolan eller motsvarande.

En förälder som har allmänt barnbidrag, förlängt barnbidrag eller studiehjälp för tre eller flera barn får

också flerbarnstillägg. Under åren 1996 och 1997 ändrades reglerna så att inga nya flerbarnstillägg beviljades men sedan den 1 januari 1998 beviljas dessa återigen. Barnbidraget är skattefritt.

Den 1 januari 2000 höjdes barnbidraget till 850 kronor per barn och månad. Flerbarnstillägget var 227 kronor per månad för tredje barnet, 680 kronor för det fjärde barnet och 850 kronor för det femte barnet och för varje ytterligare barn.

	Månadsbelopp, kronor		Totalt	Årsbelopp, kronor
	Barnbidrag	Flerbarnstillägg		
1 barn	850	–	850	10 200
2 barn	1 700	–	1 700	20 400
3 barn	2 550	227	2 777	33 324
4 barn	3 400	907	4 307	51 684
5 barn	4 250	1 757	6 007	72 084
För varje ytterligare barn:	850	850	1 700	20 400

Belopp för barnbidrag 2000. År 2000 betalades det ut cirka 18,9 miljarder kronor i barnbidrag.

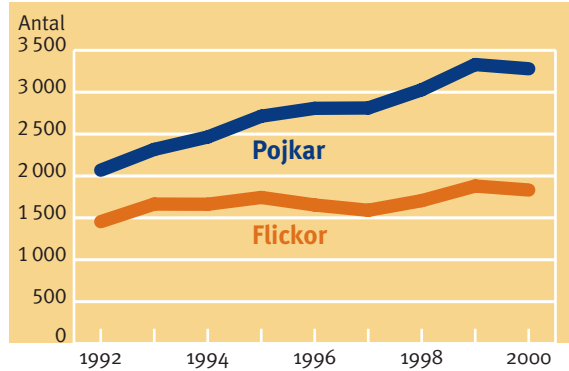
Vårdbidrag

Vårdbidrag underlättar för föräldrar att ge sitt sjuka eller funktionshindrade barn den tillsyn och vård och det stöd som krävs för att barnet ska kunna utvecklas på bästa sätt.

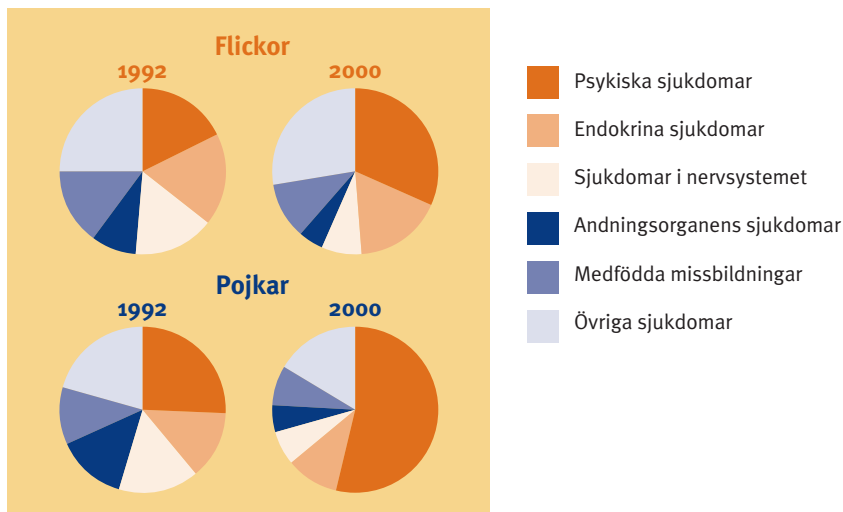


Barn med nybeviljat vårdbidrag.

Nybeviljandet har ökat under 1990-talet. Under perioden har två nya nivåer på ersättningen införts, en fjärdedels och tre fjärdedels. Genom införandet av den lägsta nivån kunde fler än tidigare få vårdbidrag. Från

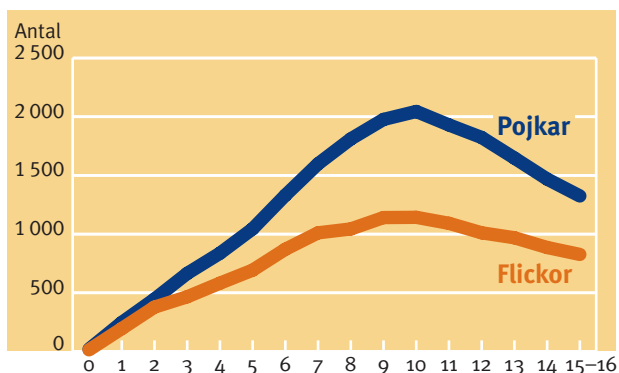


1994 är denna nivå den som beviljas oftast. En förskjutning har samtidigt skett från yngre till äldre barn. Gruppen 0–4 år utgjorde år 1992 omkring hälften men år 2000 var den bara drygt en fjärdedel.



Barn med nybeviljat vårdbidrag. Det är främst de psykiska diagnoserna som svarar för den förändrade bilden 2000 jämfört med 1992. Beteendestörningar

som DAMP och ADHD har blivit allt vanligare som diagnos. Antalet bland pojkarna har mer än tredubblats, bland flickorna ungefär fördubblats.



Barn med vårdbidrag december 2000.

Ungefär 38 procent var flickor och 62 procent var pojkar bland barnen med vårdbidrag i december 2000. Pojkarna

dominerade i alla åldrar. Flickornas andel var som högst i de låga åldrarna, 40–45 procent upp till fem år.

Regler

En förälder kan få vårdbidrag för sitt barn om barnet är yngre än 16 år och är i behov av särskild tillsyn eller vård under minst sex månader. Den särskilda tillsynen eller vården ska vara orsakad av sjukdom, utvecklingsstörning eller något annat funktionshinder. Föräldern kan också få vårdbidrag om barnets sjukdom eller funktionshinder förorsakar ökade utgifter (merkostnader).

Om föräldern vårdar flera sjuka eller funktionshindrade barn i den aktuella åldern grundas rätten till vårdbidrag på det sammanlagda behovet av tillsyn och vård samt på de ökade utgifternas omfattning.

Vårdbidraget kan betalas ut som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån. Ett helt vårdbidrag uppgår till 2,5 basbelopp per år vilket år 2000 innebar 7 625 kronor per månad. Vårdbidraget är skattepliktigt och pensionsgrundande. Vårdbidrag för ökade omkostnader är dock skattefritt.

Under vissa förutsättningar kan merkostnadsersättning betalas ut utöver det normala beloppet för hel förmån. Sedan den 1 januari 1998 kan en förälder få vårdbidrag beviljat även om det enbart finns behov av ersättning för merkostnader. I ett sådant fall är vårdbidraget 36 eller 62,5 procent av basbeloppet per år beroende på merkostnadens storlek.



Ålder	Samtliga barn		Barn i familjer med ett bidragsbarn	
	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
0-2	587	713	499	577
3-5	1 741	2 547	1 330	1 971
6-8	2 926	4 741	2 158	3 644
9-11	3 376	5 952	2 557	4 671
12-14	2 866	4 940	2 330	4 049
15-	827	1 325	678	1 102
Samtliga	12 323	20 218	9 552	16 014

Barn med vårdbidrag december 2000. Drygt en femtedel av barnen fanns i familjer som hade vårdbidrag för flera barn.

Ålder	Antal mottagare (föräldrar)		Medelbelopp per månad, kronor	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
-24	180	7	4 682	3 676
25-29	1 748	70	4 615	4 225
30-34	5 863	397	4 524	3 946
35-39	8 480	817	4 542	3 855
40-44	6 377	786	4 508	3 963
45-49	3 090	560	4 613	3 884
50-54	957	241	4 674	4 199
55-	159	129	4 840	3 835
Samtliga	26 854	3 007	4 550	3 935

Vårdbidrag december 2000. Totalt betalades det ut drygt 1,8 miljarder kronor i vårdbidrag under 2000, varav 91 procent till kvinnor och 9 procent till män.

Barnpension

Ett barn har rätt till barnpension om någon av föräldrarna eller båda har avlidit.

Barnet kan få pensionen så länge han eller hon är 17 år eller yngre. Ett barn som studerar kan i vissa fall ha kvar pensionen till och med juni det år som 20-årsdagen infaller.

Barnpensionen från folkpensionen är minst 25 procent av basbeloppet för varje avliden förälder, motsvarande 763 kronor i månaden under år 2000.

Från tilläggspensionen får barnet

30 procent av varje avliden förälders ATP. Om barnet har syskon läggs ytterligare 20 procent av ATP-beloppet till för varje syskon. Summan delas lika mellan barnen.

Den sammanlagda barnpensionen (folkpension och ATP) för ett barn ska alltid vara minst 40 procent av basbeloppet per år för varje avliden förälder, motsvarande drygt 1 200 kronor per månad under år 2000.

Regler

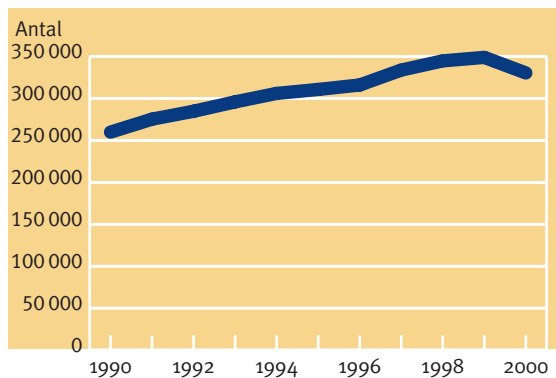
Ålder	Antal mottagare	
	Flickor	Pojkar
0-4	434	464
5-9	2 225	2 319
10-14	5 066	5 426
15-19	6 587	7 049
Samtliga	14 312	15 258
Medelbelopp per månad, kronor	2 552	2 547

Barnpension december 2000. Av totalt cirka 940 miljoner kronor i barnpension år 2000 gick omkring 48 procent till flickor och 52 procent till pojkar.



Underhållsstöd

Genom underhållsstödet ska föräldrar ta sitt ekonomiska ansvar för de barn som de inte bor tillsammans med, samtidigt som samhället garanterar barnen en rimlig ekonomisk standard.



Barn med underhållsstöd eller bidragsförskott. I december 2000 betalades underhållsstöd ut från försäkringskassan för cirka 330 000 barn i åldern 0–20 år. Det motsvarar 16 procent av alla barn i åldersgruppen. Ökningen av antalet barn med underhållsstöd/bidragsförskott under 1990-talet berodde både på att det totalt sett fanns fler barn än tidigare och på att andelen barn med underhållsstöd/bidragsförskott steg. 1997 infördes dessutom de förlängda underhållsstöden.

Regler

Sedan den 1 februari 1997 tillämpas ett nytt stödsystem, underhållsstöd, som riktar sig till föräldrar som har separerat. Underhållsstöd ersätter det system med bidragsförskott och särskilt bidrag till vissa adoptivbarn som fanns tidigare.

Bakgrunden är att föräldrar är underhållsskyldiga för sina barn. En förälder som inte bor tillsammans med sitt barn ska enligt lag fullgöra sin underhållsskyldighet genom att betala underhållsbidrag till den förälder som barnet bor med. När nivån på underhållsbidraget fastställs i avtal eller av domstol tas hänsyn till barnets behov och föräldrarnas samlade ekonomiska förmåga.

Den förälder som barnet bor med kan få underhållsstöd från försäkringskassan om

- den förälder som ska betala underhållsbidrag inte gör det
- det fastställda underhållsbidraget är lägre än 1 173 kronor i månaden. Underhållsstöd betalas då ut i form av utfyllnadsbidrag
- faderskapet inte är fastställt
- den ena föräldern är avliden och

- barnet inte får barnpension
- barnet är adopterat av endast en förälder.

Underhållsstödet är maximalt 1 173 kronor per månad och barn. Förlängt underhållsstöd kan man få så länge barnet bedriver studier som ger rätt till förlängt barnbidrag eller studie hjälp, längst till och med juni det år då barnet fyller 20 år.

Den bidragsskyldige föräldern ska i princip helt eller delvis betala tillbaka de kostnader som samhället har haft för det underhållsstöd som har betalats ut till den andre föräldern. Återbetalningsskyldigheten fastställs till en procentsats av de inkomster som han eller hon hade vid den senaste taxeringen. Procentsatsen grundar sig också på antalet barn som han eller hon har.

En bidragsskyldig förälder med betalningssvårigheter kan tillfälligt eller definitivt få slippa att betala. Vid tillfälligt betalningsuppehåll uppstår en skuld som senare ska betalas till försäkringskassan. En skuld kan även uppstå om den bidragsskyldige vägrar att betala.

Ålder	Flickor	Pojkar	Andel av respektive åldersgrupp, procent	
			Flickor	Pojkar
0-2	7 071	7 605	5,4	5,5
3-5	15 275	16 135	10,7	10,8
6-8	26 364	27 615	15,2	15,2
9-11	35 508	36 961	19,4	19,1
12-14	35 168	36 428	21,4	21,0
15-17	31 726	33 896	21,3	21,4
18-20	9 621	11 078	6,4	7,1
Samtliga	160 733	169 718	14,7	14,7

Barn med underhållsstöd december 2000.

Ålder	Antal mottagare		Medelbelopp, kronor i december	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
-24*	15 205	10 389	1 197	1 121
25-29	18 075	954	1 574	1 364
30-34	36 715	3 399	1 822	1 533
35-39	48 354	7 051	1 908	1 596
40-44	36 656	7 692	1 758	1 563
45-49	19 700	5 165	1 538	1 475
50-54	7 748	2 425	1 364	1 429
55-59	1 607	849	1 234	1 413
60-	151	363	1 274	1 351
Samtliga	184 211	38 287	1 700	1 416

* Inklusive mottagare av förlängt underhållsstöd.

Underhållsstöd december 2000. Under år 2000 betalades det ut 4,5 miljarder kronor i underhållsstöd, varav 85 procent till kvinnor och 15 procent till män.

Ålder	Antal bidragsskyldiga		Antal med skuld		Medelskuld*, kr i dec	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
-24	386	3 024	36	469	5 415	7 471
25-29	2 194	10 767	732	4 744	9 173	14 912
30-34	5 780	26 474	2 236	13 254	12 197	22 831
35-39	9 647	42 424	3 951	21 704	13 388	27 219
40-44	8 854	43 435	4 078	23 116	14 171	28 354
45-49	4 676	34 692	2 443	19 819	13 531	26 252
50-54	1 715	20 815	998	12 407	13 258	23 960
55-59	372	8 961	244	5 389	13 732	22 340
60-	29	3 973	16	2 313	10 640	20 240
Samtliga	33 653	194 565	14 734	103 215	13 213	25 266

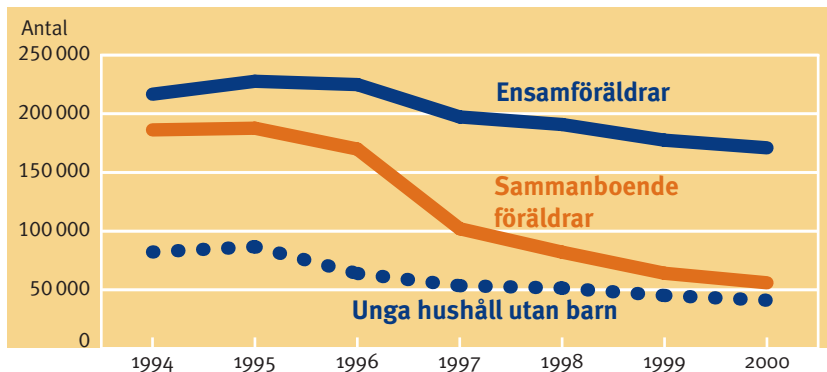
* Medelskulden är beräknad på den andel av de bidragsskyldiga som har en skuld.

Bidragsskyldiga föräldrar december 2000. Av de 228 000 bidragsskyldiga föräldrarna i december 2000 var 15 procent kvinnor och 85 procent män. Bland kvinnorna hade 44 procent en skuld till försäkringskassan och bland

männen 53 procent. Av den totala skulden på cirka 2,8 miljarder kronor vid utgången av år 2000 var kvinnornas del 7 procent och männens del 93 procent.

Bostadsbidrag

Bostadsbidragen ska ge ekonomiskt svaga hushåll möjligheter att hålla sig med goda och tillräckligt rymliga bostäder.



Hushåll med bostadsbidrag. Antalet hushåll med bostadsbidrag har minskat de senaste åren. Det beror på de regeländringar som gjorts. Det är

framför allt hushåll av typen två föräldrar med barn som blivit betydligt färre som mottagare av bostadsbidrag.

Regler

Barnfamiljer och ungdomshushåll utan barn (28 år och yngre) kan få bostadsbidrag.

Bidragsbeloppet bestäms av hushållets, bostadskostnadens och inkomstens storlek.

Den 1 januari 1997 infördes ett nytt system för att uppskatta och kontrollera inkomsten hos dem som ansöker om bostadsbidrag. De sökande ska uppskatta hur mycket de kommer att tjäna tolv månader framåt, och med hänsyn till dessa uppgifter beräknas ett preliminärt bostadsbidrag. I efterhand kontroll-

eras inkomstuppgifterna mot den taxerade inkomsten och ett slutligt bostadsbidrag beräknas. Avstämning av bidraget år 2000 sker i januari 2002. Om hushållet har fått ett för stort preliminärt bidrag blir mottagaren skyldig att betala tillbaka mellanskillnaden plus en avgift. Om hushållet i stället har fått ett för litet preliminärt bidrag betalas mellanskillnaden ut med ränta.

För gifta och samboende med barn inkomstprövas bostadsbidraget individuellt. Bidraget minskas om årsinkomsten överstiger 58 500 kronor för vardera maken, vilket motsvarar en månadsinkomst på knappt 5 000 kronor.

För en ensamstående förälder minskas bostadsbidraget av den årsinkomst som överstiger 117 000 kronor, motsvarande knappt 10 000 kronor per månad.

	Max. bostadsbidrag, kronor per månad	Max. boyta, kvm	Inkomstgräns över vilken bidraget reduceras, kronor per år		Regler
			Ensamstående	Gifta/sambor	
<i>Barnfamiljer</i>					
Antal barn					
1	2 500	80	117 000	58 500/sökande	
2	3 175	100	117 000	58 500/sökande	
3	3 900	120	117 000	58 500/sökande	
4	3 900	140	117 000	58 500/sökande	
5 eller fler	3 900	160	117 000	58 500/sökande	
<i>Hushåll utan barn</i>					
18–28 år	1 100	60	41 000	58 000	



Ålder	Antal hushåll efter typ			Medelbelopp per månad och hushåll, kronor		
	Ensamstående		Sammanboende	Ensamstående		Sammanboende
	Kvinnor	Män		Kvinnor	Män	
–24	19 874	11 950	6 556	937	608	1 279
25–29	18 680	5 819	8 728	1 577	779	1 573
30–34	25 954	3 562	10 694	1 851	1 110	1 701
35–39	33 537	5 861	10 875	1 834	1 134	1 739
40–44	28 560	6 133	7 365	1 664	1 153	1 772
45–49	16 978	4 580	3 730	1 476	1 160	1 719
50–54	7 184	2 637	1 488	1 406	1 148	1 658
55–59	1 900	1 173	467	1 400	1 173	1 586
60–	310	676	113	1 657	1 188	1 750
Samtliga	152 977	42 391	50 016	1 592	943	1 641

Bostadsbidrag december 2000.

Bostadsbidrag går främst till ensamföräldrar, oftast kvinnor. Sammanlagt fick omkring 245 000 hushåll ett preliminärt bidrag i december 2000.

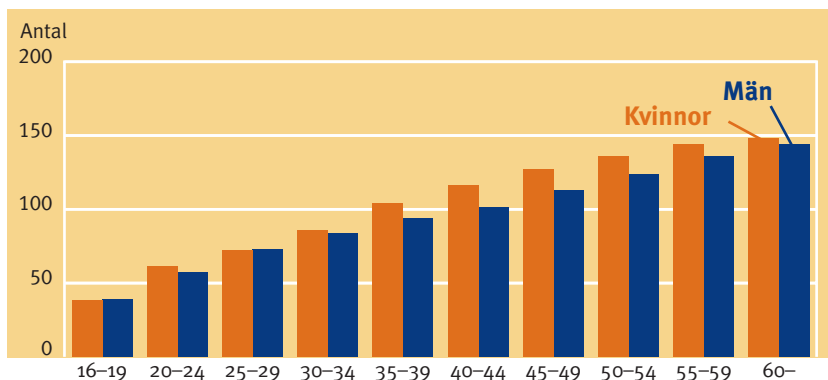
Under år 2000 betalades totalt 4,4 miljarder kronor i bostadsbidrag till ca

350 000 hushåll. Ungefär 3 miljarder gick till de cirka 60 procent av hushållen som hade en kvinna som ensam familjeförsörjare. Hushållen med en man som ensam familjeförsörjare uppgick till cirka 20 procent och fick drygt 0,5 miljarder.

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

Sjukpenning

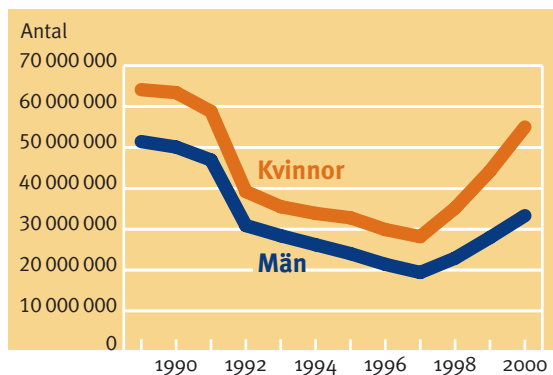
Sjukpenning ska ge ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.



Sjukpenningdagar per mottagare

2000. Antalet sjukpenningdagar stiger med ökande ålder för både kvinnor och män. Det kan tolkas som att de medicinska riskerna stiger med ökad

ålder. Det kan också vara fråga om att påfrestningarna i arbetslivet ökar eller att personer som varit yrkesaktiva under längre tid också har utsatts för en större sammanlagd belastning.



Ersatta sjukpenningdagar. I början av 1990-talet sjönk den av sjukförsäkringen ersatta sjukfrånvaron kraftigt. Det var i första hand regeländringar som orsakade nedgången. Ett exempel är sjuklöneperioden från och med 1992, ett annat är karensdagen som infördes 1993. Därutöver berodde nedgången på en ökad restriktivitet i

tillämpningen av sjukförsäkringens regler, och den var sannolikt också en effekt av den ökade arbetslösheten. Under de senaste åren har de ersatta sjukpenningdagarna ökat starkt igen, mer för kvinnor än för män. Det är framför allt de långa sjukfallen som blivit fler.

Sjukfallen på mer än ett år var i december 1998 cirka 34 000 bland kvinnorna och år 2000 knappt 59 000. Antalet steg alltså med 74 procent. Ökningen för männen var 57 procent, dock från en betydligt lägre nivå på cirka 22 000 till knappt 34 000.

Undersökningar visar att stressrelaterade sjukdomar förekommer mer och mer. Sjukfrånvaron är speciellt hög i landsting och kommuner, där 80 procent av de anställda är kvinnor. Särskilt höga sjuktal redovisas inom kommunala arbetsområden som vård, skola och omsorg.

Regler

En person kan få hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels sjukpenning om inkomsterna uteblir av medicinska skäl. Avgörande är i vilken grad sjukdomen sätter ned arbetsförmågan.

Man kan även få sjukpenning för medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som syftar till att förebygga sjukdom eller att förkorta sjukdomstiden.

Under de första dagarna i en sjukperiod får man som anställd sjuklön av sin arbetsgivare. Åren 1992–1996 var sjuklöneperioden 14 dagar, januari 1997 till och med mars 1998 var den 28 dagar och sedan april 1998 är den åter 14 dagar.

Om nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom kvarstår även efter det att sjuklöneperioden har löpt ut kan en anställd få sjukpenning från försäkringskassan. Egenföretagare kan ha en karenstid på 3 eller 30 dagar.

Det finns ingen formell gräns för hur lång tid en person kan ha sjukpenning, men om försäkringskassan bedömer att situationen kommer att bestå åtminstone ett år framöver prövar man om personen kan få sjukbidrag eller förtidspension i stället.

Sedan den 1 januari 1998 är ersättningen för hel sjukpenning 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten för alla dagar i sjukperioden med undantag för karensdagen. Maximal sjukpenning för en dag var 602 kronor år 2000.

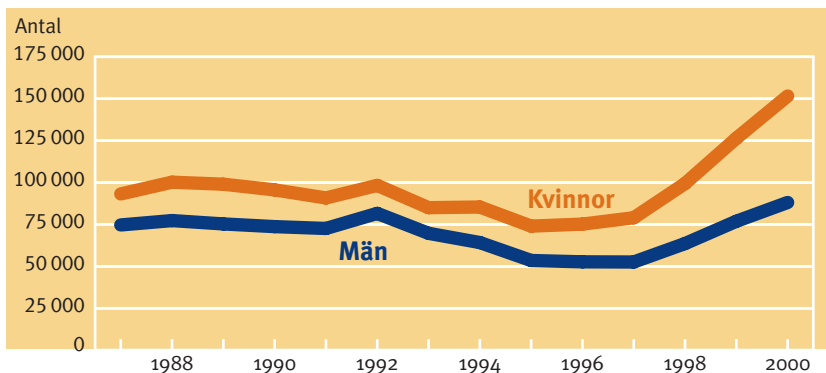


Ålder	Antal mottagare		Antal dagar i medeltal		Medelbelopp, kronor under året	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
16–19	901	834	38	39	9 334	11 793
20–24	17 622	11 881	61	57	18 767	20 971
25–29	41 712	19 892	72	73	23 745	29 072
30–34	58 675	28 553	86	84	29 232	33 643
35–39	60 318	35 635	104	94	34 311	37 430
40–44	55 950	36 052	116	101	37 513	39 848
45–49	58 940	38 310	127	113	40 540	44 094
50–54	70 581	46 332	136	124	43 052	48 492
55–59	68 885	49 105	144	136	45 301	54 014
60–	42 189	35 361	148	144	44 831	55 576
Samtliga	475 773	301 955	116	111	37 104	43 457

Sjukpenning 2000. Av totalt cirka 30,8 miljarder kronor i sjukpenning år 2000 gick 57 procent till kvinnor och 43 procent till män.

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Olika rehabiliteringsåtgärder ska underlätta för de långtids-sjuka att återgå till arbete.

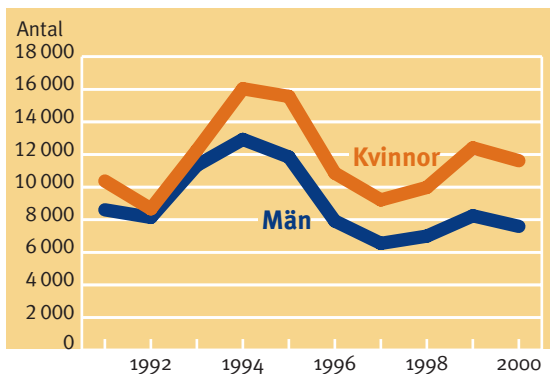


Långa sjukfall. Med långa sjukfall menas här sådana som har pågått i minst 30 dagar. Antalet långvarigt sjukskrivna minskade betydligt i början av 1990-talet för att sedan stiga kraftigt igen. I slutet av 1980-talet var det cirka 170 000 personer som var långvarigt sjukskrivna (minst 30 dagar), men antalet minskade sedan till under 90 000. Det är de riktigt långa fallen på över ett år som står för de kraftiga svängningarna mellan uppgång och nedgång som har varit från slutet av 1980-talet. Den främsta anledningen till nedgången under 1990-talet var att många långtidsjuka fick förtidspension eller sjukbidrag åren 1992 och 1993. En liknande

reaktion med ökande antal beviljade förtidspensioner kan märkas redan under 1999 men framför allt år 2000. I cirka 20 procent av de långa sjukfallen har en aktiv rehabilitering förekommit.



Köp av rehabiliteringstjänster. År 1994 nådde antalet köp av rehabiliteringstjänster en topp. Antalet köp till kvinnor har hela tiden legat på en betydligt högre nivå, vilket förklaras av att det också är bland kvinnor det finns flest långa sjukfall.



Regler

Arbetsprövning, arbetsträning, utredning vid arbetsmarknadsinstitut (AMI) och utbildning är exempel på åtgärder som kan bli aktuella inom arbetslivsinriktad rehabilitering.

I samband med arbetslivsinriktad rehabilitering kan den enskilde personen få rehabiliteringspenning som ersättning för uteblivna inkomster och ett särskilt bidrag som täcker vissa så kallade merkostnader som kan uppstå i samband med rehabiliteringen (exempelvis för resor). Vidare kan försäkringskassan svara för yrkesinriktade rehabiliteringstjänster, ge bidrag till arbetshjälpmedel, ge

särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser och ge ersättning för resor till och från arbetet i stället för sjukpenning.

Rehabiliteringspenning kan vara hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels. Sedan den 1 januari 1998

är ersättningen för hel

rehabiliteringspenning

80 procent av den

sjukpenning-

grundande

inkomsten.

Maximal

rehabiliterings-

penning var drygt 18 000

kronor per månad år

2000.

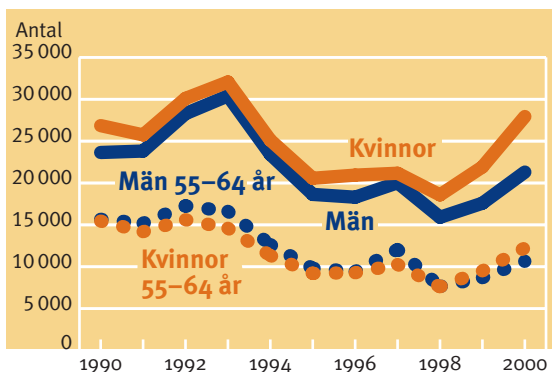


Ålder	Antal mottagare		Antal dagar i medeltal		Medelbelopp, kronor under året	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
16-19	5	5	67	52	23 263	12 151
20-24	531	433	87	91	29 551	35 047
25-29	1 734	1 216	89	98	31 460	41 502
30-34	3 406	2 025	89	96	32 865	40 876
35-39	4 545	2 524	89	94	32 079	41 075
40-44	4 745	2 452	83	92	30 169	39 763
45-49	4 983	2 562	80	88	29 287	38 186
50-54	5 052	2 627	74	80	27 610	35 646
55-59	3 791	2 009	67	71	24 939	31 697
60-	1 044	537	57	57	20 648	25 328
Samtliga	29 836	16 390	80	87	29 252	37 731

Rehabiliteringspenning 2000. Av totalt 1,5 miljarder kronor för rehabiliteringspenning år 2000 gick 59 procent till kvinnor och 41 procent till män.

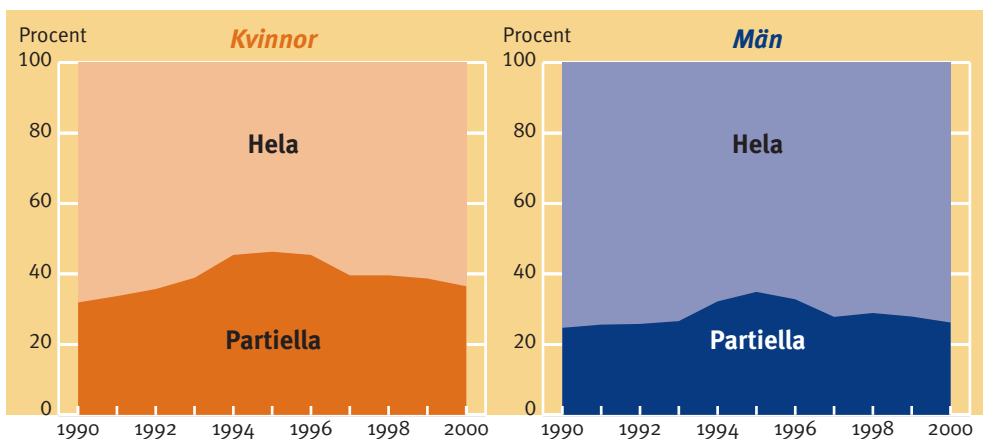
Förtidspension och sjukbidrag

Förtidspension eller sjukbidrag ger ekonomisk trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga.



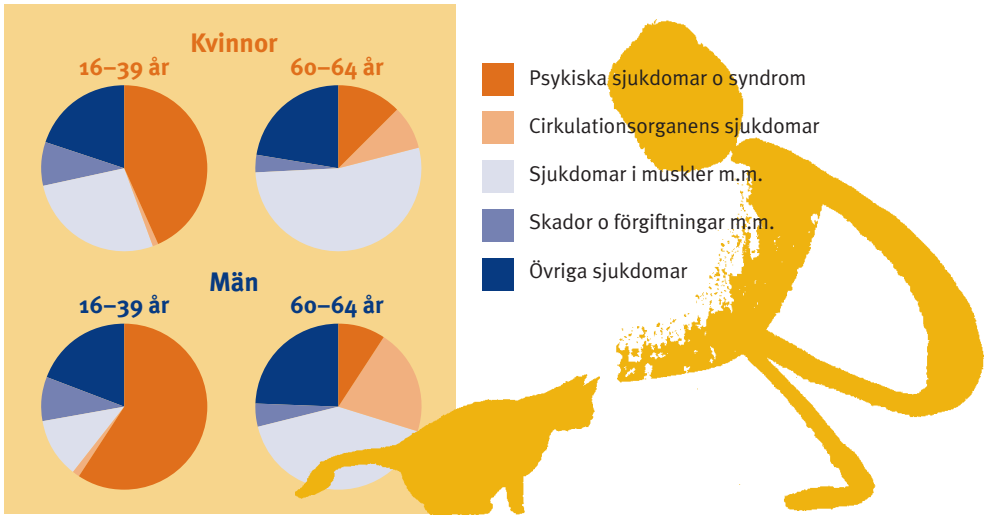
Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag. Några år in på 1990-talet steg nybeviljandet till historiskt höga nivåer. Det huvudsakliga skälet var att försäkringskassorna kraftigt ökade insatserna på rehabiliteringsområdet. Ett stort antal personer med långvariga sjukskrivningar fick förtidspension

eftersom de bedömdes inte kunna gå tillbaka till arbetet ens med stöd av rehabilitering. Efter toppåret 1993 sjönk nybeviljandet och nådde 1998 den lägsta nivån sedan början av 1970-talet. Nedgången berodde på ett minskat tillskott via långvarig sjukskrivning men också på skärpta regler och en mer restriktiv tillämpning. De senaste åren har sjukfrånvaron ökat mycket starkt, och bland annat lett till att antalet nybeviljade förtidspensioner åter ligger på den nivå som rådde under en stor del av 1980-talet och 1990-talet. Men åldersfördelningen har ändrats genom en kraftig förskjutning från äldre till yngre. Genomsnittsåldern för en nybliven förtidspensionär har sålunda minskat från knappt 55 år i slutet på 1980-talet till drygt 50 år.



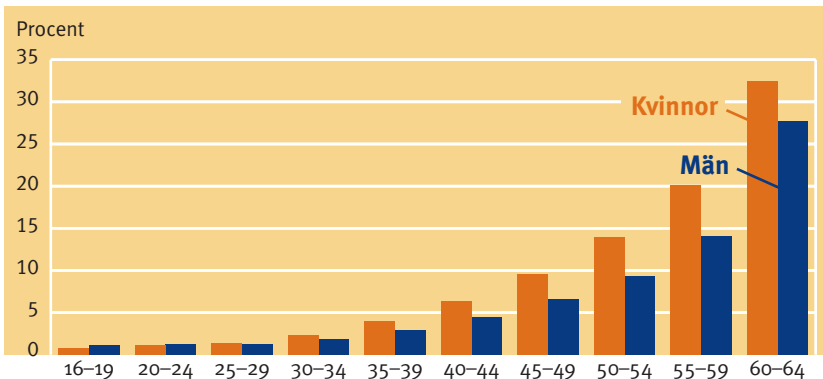
Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag efter ersättnings omfattning. De partiella pensionerna är vanligare bland kvinnor än bland män. Andelen partiella förtidspensioner steg stadigt under andra

hälften av 1980-talet och första hälften av 1990-talet. År 1995 uppnåddes en topp då 46 procent av kvinnorna och 35 procent av männen beviljades partiell pension. Därefter har de hela pensionerna ökat i andel.



Nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag 2000. Det finns könsskillnader och ålderskillnader i sjukdomsmönstret bland dem som beviljas förtidspension. Den främsta orsaken för både kvinnor och män är dock

sjukdomar i rörelseorganen, utom hos de allra yngsta där de psykiska sjukdomarna dominerar. Hjärt-kärlsjukdomar är vanliga bland männen men inte bland kvinnorna.



Andelen av befolkningen med förtidspension eller sjukbidrag 2000.

I december 2000 fanns det närmare 438 000 personer med förtidspension eller sjukbidrag, drygt 248 000 kvinnor och 190 000 män. 7-8 procent av befolkningen i aktiv ålder har alltså av

hälsoskäl helt eller delvis lämnat arbetslivet med förtida pension och andelen stiger med ökande ålder. I alla åldersgrupper över 25 år har fler kvinnor än män förtidspension. I åldrarna 60-64 år är andelen som har förtidspension så hög som 30 procent.

Regler

Förtidspension eller sjukbidrag kan beviljas den som är i åldern 16–64 år och av medicinska skäl har fått sin arbetsförmåga varaktigt eller för längre tid nedsatt med minst en fjärdedel.

Förtidspension ger ersättning när arbetsförmågan är varaktigt nedsatt. Sjukbidrag blir aktuellt när arbetsförmågan är långvarigt men inte varaktigt nedsatt. I bägge fallen ges ersättning i form av folkpension och ATP. Det finns fyra nivåer på ersättningen: hel, tre fjärdedels, halv respektive en fjärdedels.

Hel förtidspension eller sjukbidrag

i form av folkpension motsvarar 90 procent av prisbasbeloppet för ogifta och 72,5 procent för gifta pensionärer.

År 2000 var maximal folkpension och ATP drygt 14 600 kronor i månaden för en ogift förtidspensionär.

För den som har låg eller ingen ATP alls finns pensionstillskott och bostadsstöd. Personer som helt saknar ATP får ett fullt pensions-tillskott. För övriga minskas det fulla pensionstillskottet med ATP-beloppet. Fullt pensionstillskott till förtidspensionärer utgjorde år 2000 112,9 procent av prisbasbeloppet, dvs. 3 443 kronor per månad.

Den helt dominerande delen av alla förtidspensioneringar gäller personer som till följd av ohälsa tvingas lämna arbetsmarknaden efter ett långt yrkesliv. Denna grupp får en ATP som står i relation till de tidigare förvärvs-inkomsterna.

Den genomsnittliga ersättningen för yngre förtidspensionärer är lägre än

bland dem som är medelålders eller äldre. De allra flesta som får pension i mycket unga år har allvarliga medfödda eller mycket tidigt förvärvade funktionshinder. Flertalet har inte haft möjlighet att genom förvärvsarbete bygga upp ett eget försäkringskydd i ATP-systemet och får därför ersättning i form av grundnivån i försäkringen.

Ålder	Antal mottagare		Medelbelopp ¹ per månad, kronor		Andel i befolkningen, procent	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
16–19	1 607	2 303	6 133	6 139	0,8	1,1
20–24	2 699	3 213	5 976	6 083	1,1	1,2
25–29	4 130	3 882	5 744	6 120	1,4	1,3
30–34	7 149	5 837	5 881	6 533	2,3	1,8
35–39	12 121	9 356	6 010	6 869	4,0	2,9
40–44	18 227	13 201	6 164	7 148	6,4	4,5
45–49	27 426	19 280	6 328	7 491	9,5	6,6
50–54	44 072	29 844	6 600	7 947	13,9	9,3
55–59	58 575	42 195	6 847	8 582	20,1	14,1
60–65	72 210	60 616	7 000	9 154	32,4	27,7
Samtliga	248 216	189 727	6 639	8 184	9,0	6,7

¹ I medelbeloppet ingår folkpension, pensionstillskott och egen ATP.

Förtidspension och sjukbidrag december 2000. Av totalt cirka 42 miljarder kronor i förtidspension och sjukbidrag år 2000 gick 52 procent till kvinnor och 48 procent till män.

24,8 miljarder utbetalades i form av

ATP. Kvinnorna var 57 procent av ATP-pensionärerna och fick knappt hälften av det utbetalade beloppet, medan männen var 43 procent av ATP-pensionärerna och fick lite mer än hälften av beloppet.

Pensionstillskott och bostadsstöd till personer med förtidspension eller sjukbidrag december 2000. Av det totala beloppet till förtidspensionärer var pensionstillskotten 2,9 miljarder kronor, varav 56 procent gick till kvinnor och 44 procent till män.

Bostadsstöden var cirka 2,5 miljarder kronor. 56 procent av beloppet betalades till kvinnor och 44 procent till män. betalades till kvinnor och 44 procent till män.

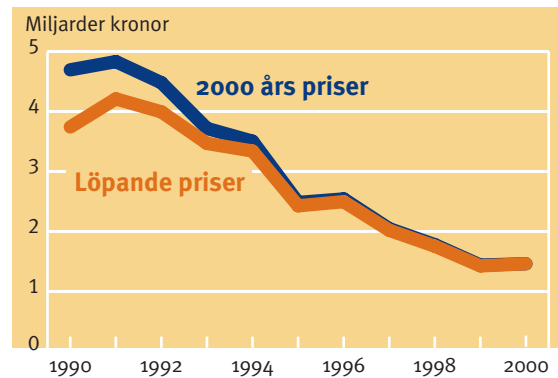
Ålder	Pensionstillskott Antal mottagare		Bostadsstöd Antal mottagare	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
16-19	1 594	2 286	507	655
20-24	2 671	3 182	1 589	1 927
25-29	3 275	3 258	2 521	2 643
30-34	3 298	3 292	3 431	3 489
35-39	3 970	3 909	4 752	4 791
40-44	4 916	4 382	6 142	5 826
45-49	6 773	5 286	7 950	7 102
50-54	9 964	6 023	10 476	7 989
55-59	12 541	6 051	11 853	7 885
60-64	16 997	6 773	12 906	7 700
Samtliga	65 999	44 442	62 127	50 007

Tandvård

Tandvårdsförsäkringen ska ge möjlighet till en god tandhälsa oberoende av ekonomiska förutsättningar.

Utbetalat belopp för tandvård.

Kostnaderna för tandvårdsförsäkringen har minskat sedan år 1992. Ersättningsreglerna har successivt ändrats så att patienterna fått betala en allt större andel.



Den 1 januari 1999 fick tandvårdsförsäkringen en ny inriktning. Den delades upp i bastandvård och övrig tandvård. Liksom tidigare är tandvården avgiftsfri för barn under 20 år.

Alla vuxna personer får ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården, bastandvården. I den ingår förebyggande

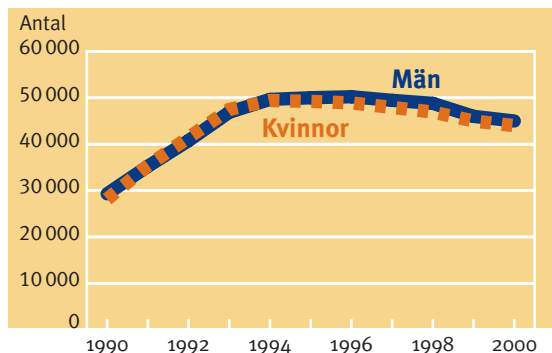
åtgärder, fyllningar, rotbehandlings- och liknande. Man betalar ett fast pris för bastandvård under två år oavsett antalet behandlingar.

För övrig tandvård gäller särskilda ersättningsregler. För kronor, broar och liknande samt tandreglering finns ett högkostnadsskydd för patienter med höga behandlingskostnader.

Regler

Arbetskadeersättningen

Arbetskadeersättning ska ge ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga på grund av arbetskada.



Antal egenlivräntor enligt arbetsskadeförsäkringen i december. I slutet av 1980-talet och början av 1990-talet ökade antalet prövade arbetsskadeärenden kraftigt hos försäkringskassorna. Samtidigt steg också andelen ärenden där prövningen ledde till att en arbetskada konstaterades. Nedgången efter 1993 beror på att det infördes betydligt strängare krav för att få en arbetskada godkänd.

Regler

Alla som förvärvsarbetar i landet är försäkrade för arbetskada. Med arbetskada menas olycksfall eller sjukdomar till följd av skadlig inverkan i arbetet. Ersättning från arbetsskadeförsäkringen kan normalt komma i fråga först om en godkänd arbetskada har medfört en bestående nedsättning av förmågan att skaffa sig inkomst genom arbete. Innan det akuta – av arbetsskadan orsakade – sjukdomstillståndet har upphört får man vanlig sjuklön eller sjukpenning.

Om intjänandeförmågan fort-

farande är nedsatt efter sjukskrivningens slut har den enskilde rätt till en så kallad arbetsskadelivränta. Livräntan ger ersättning för hela den bestående inkomstförlusten. Vid beräkning av livräntans storlek jämförs den inkomst personen antas ha tjänat om skadan inte hade inträffat med den inkomst han eller hon beräknas kunna få efter skadan. Livräntan ger ersättning för hela mellanskillnaden men kan aldrig bli högre än 7,5 prisbasbelopp per år, motsvarande närmare 23 000 kronor per månad år 2000.

Arbetsskadelivränta december

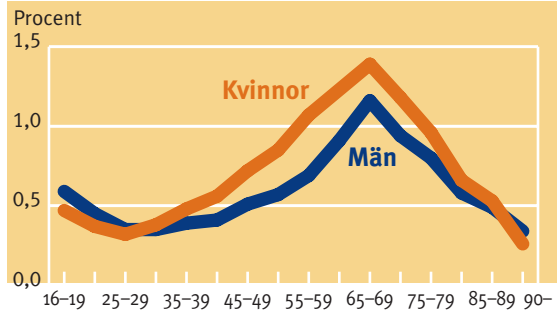
1998. Av totalt 4,7 miljarder kronor i arbetsskadelivränta år 1998 fick kvinnorna drygt 40 procent och männen 60 procent. År 2000 betalades det ut 4,6 miljarder kronor.

Ålder	Antal mottagare		Medelbelopp, kronor per månad	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20–24	8	32	7 102	9 518
25–29	125	285	4 206	5 849
30–34	610	1 253	3 725	4 709
35–39	1 044	2 050	3 371	4 638
40–44	2 073	3 029	3 240	4 429
45–49	3 874	4 579	3 289	4 490
50–54	7 085	7 191	3 283	4 566
55–59	9 667	9 220	3 389	4 673
60–64	12 835	13 228	3 781	4 929
65–	9 607	7 937	1 001	950
Samtliga	46 928	48 804	2 983	4 098

Handikappersättning

Handikappersättning ger ekonomisk trygghet till funktionshindrade personer som behöver hjälp av annan person och/eller har merkostnader på grund av sitt funktionshinder.

Andelen personer i befolkningen med handikappersättning 2000. Generellt sett är handikappersättning vanligare bland kvinnor än bland män. Andelen är störst i åldern 65–69 år.



Personer som har blivit funktionshindrade mellan 16 och 65 års ålder kan få handikappersättning, som en tilläggsförmån till folkpension eller som en självständig förmån. Förutsättningen är att man på grund av sitt funktionshinder behöver tidskrävande hjälp av någon annan för att klara sig hemma eller på arbetet. Man kan också få handikappersättning om man i övrigt har betydande

merkostnader på grund av funktionshindret.

Ersättningen kan vara 36, 53 eller 69 procent av basbeloppet per år, beroende på hjälpbehov och merkostnadernas storlek. År 1999 motsvarade de tre nivåerna cirka 1 100, 1 600 respektive 2 100 kronor per månad. Blinda och döva får alltid ersättning om funktionshindret uppkom innan de fyllde 65 år.

Regler

Ålder	Antal mottagare		Medelbelopp per månad, kronor	
	Kv	Män	Kv	Män
16-19	917	1 231	1 462	1 463
20-29	1 857	2 255	1 434	1 465
30-39	2 655	2 401	1 468	1 497
40-49	3 663	2 730	1 462	1 484
50-59	5 831	3 907	1 445	1 465
60-69	5 482	4 095	1 385	1 413
70-79	4 172	2 706	1 346	1 345
80-89	1 484	789	1 255	1 232
90-	148	63	1 184	1 195
Samtliga	26 209	20 177	1 409	1 435

Ålder	Antal mottagare		Medelbelopp per månad, kronor	
	Kv	Män	Kv	Män
16-19	205	300	1 457	1 405
20-29	881	947	1 370	1 403
30-39	1 454	1 773	1 356	1 422
40-49	1 277	1 580	1 389	1 498
50-59	1 160	1 624	1 401	1 506
60-	347	434	1 394	1 485
Samtliga	5 324	6 658	1 383	1 461

Handikappersättning som självständig förmån december 2000.

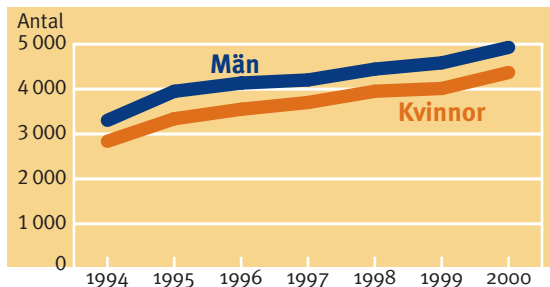
Av totalt 1 miljard kronor i handikappersättning år 2000 gick 53 procent till kvinnor och 47 procent till män.



Handikappersättning som tilläggsförmån december 2000.

Assistansersättning

Genom möjligheten att anställa personliga assistenter ges funktionshindrade en chans att kunna leva som andra.



Personer med assistansersättning.

Assistansersättningen infördes år 1994, vilket gör att det inte var så många som fick ersättning det året. Därefter har antalet ökat stadigt. Männen har hela tiden varit fler än kvinnorna.

Regler

Assistansersättning kan de personer få som är yngre än 65 år och som har autism, utvecklingsstörning, betydande funktionshinder efter hjärnskada eller andra stora och varaktiga funktionshinder som inte beror på normalt åldrande. Personer som bor i gruppbostad har dock inte rätt till assistansersättning. Om det finns särskilda skäl kan ersättning betalas ut för en kortare tid då personen vårdas på sjukhus.

Ersättningen från försäkringskassan till den funktionshindrade ska användas för att betala personliga assistenter som anlitas till hjälp i den dagliga livsföringen. Den funktionshindrade kan själv anställa en eller flera assistenter, alternativt anlita kommunen eller ett annat organ som tillhandahåller personliga assistenter.

Assistansersättning betalas med ett schablonbelopp per timme. Det uppgick till 178 kronor år 2000.



Ålder	Antal mottagare		Medeltal timmar per månad	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0-14	568	722	306	302
15-19	272	388	323	349
20-24	338	441	421	422
25-29	323	404	420	440
30-34	299	397	414	429
35-39	303	375	412	425
40-44	298	340	385	424
45-49	388	393	407	426
50-54	465	491	372	379
55-59	605	508	365	372
60-64	510	469	343	332
Totalt	4 369	4 928	373	384

Uppgifterna avser december 2000 men har tagits fram i maj 2001, vilket kan göra att de misstämmer med annan redovisning.

Assistansersättning december 2000.

Av totalt 7 miljarder kronor i assistansersättning år 2000 gick omkring 46

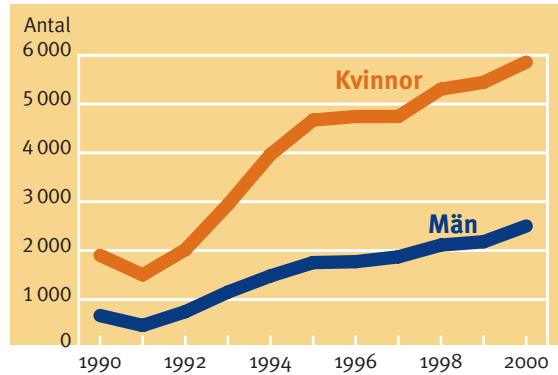
procent till kvinnor och 54 procent till män. Kommunerna svarade för 1,7 miljarder kronor.

Närståendepenning

Närståendepenning gör det möjligt för en person att vara hemma från arbetet för att vårda en svårt sjuk anhörig.

Personer med närståendepenning.

Närståendepenning infördes vid halvårsskiftet år 1989. År 1991 sänktes kompensationsnivån, vilket kan förklara minskningen av antalet personer med närståendepenning det året. Året därpå ändrades reglerna så att även en person som vårdar den svårt sjuke på sjukhus eller annan institution (det vill säga inte bara i hemmet) kunde få närståendepenning. Den successiva ökningen sedan 1991 kan delvis förklaras av att möjligheten att få närståendepenning har blivit mer känd hos allmänheten. Kvinnor vårdar nära anhöriga i betydligt större



utsträckning än vad män gör. Könsfördelningen hos dem som blir vårdade är däremot relativt jämn.

Personer som avstår från förvärvsarbete för att vårda en svårt sjuk person i hemmet eller på en vårdinrättning kan få närståendepenning. I regel kan man få ersättning för högst 60 dagar sammanlagt för varje person som vårdas.

Dagarna kan tas ut med hel, halv

eller en fjärdedels ersättning. Under 1997 var ersättningsnivån 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Sedan den 1 januari 1998 är ersättningen 80 procent. Maximal närståendepenning var år 2000 drygt 18 000 kronor per månad.

Regler

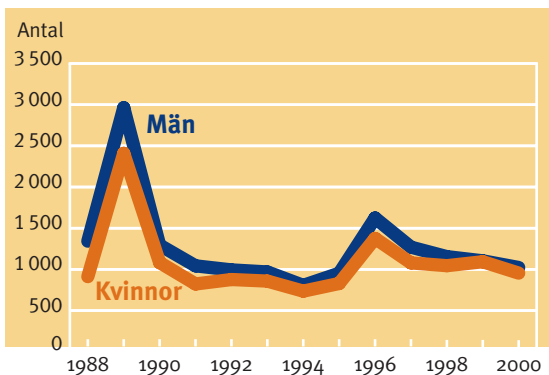
Ålder	Antal mottagare		Antal dagar i medeltal		Medelbelopp, kronor under året	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
-24	77	50	10	8	4 708	4 114
25-29	252	99	10	9	5 401	5 423
30-34	460	260	11	8	5 544	5 323
35-39	665	358	10	8	5 440	5 041
40-44	904	373	10	10	5 117	6 150
45-49	1 038	452	10	10	5 531	6 503
50-54	1 148	422	10	11	5 863	7 142
55-59	931	352	13	15	7 070	9 004
60-	383	137	18	20	8 744	11 521
Samtliga	5 858	2 503	11	11	5 961	6 762

Närståendepenning 2000. Av totalt cirka 52 miljoner kronor i närståendepenning år 2000 gick 67 procent till kvinnor och 33 procent till män.

Bilstöd

Bilstöd ska underlätta för personer som har varaktiga funktionshinder och därför har svårt att förflytta sig på egen hand utan eget motorfordon.

Beviljade bilstöd. Bilstöd infördes i oktober 1988 och flest bilstöd beviljades när förmånen var ny. Eftersom man kan få ett nytt bilstöd vart sjunde år ledde det till en ny topp år 1996. Det är något färre kvinnor än män som har fått denna ersättning. Inkomstrelaterat anskaffningsbidrag för köp av bil har gått till kvinnor i stor utsträckning. Däremot har kostnader för anpassning av bilen varit högre för männen.



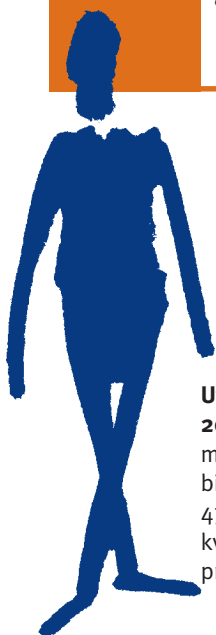
Regler

Bilstöd kan beviljas vart sjunde år för köp eller för anpassning av en bil, motorcykel eller moped. Fem grupper har rätt till bilstöd:

- Handikappade under 65 år som är beroende av motorfordon för förvärvsarbete eller yrkesinriktad rehabilitering/utbildning.
- Handikappade under 65 år som har fått bilstöd enligt reglerna för ovanstående grupp, men som

sedan har fått förtidspension/sjukbidrag.

- Andra handikappade mellan 18 och 49 år som själva ska köra fordonet.
- Handikappade föräldrar med barn under 18 år.
- Föräldrar med handikappade barn. Sedan den 1 juli 1995 kan funktionshindrade som har beviljats bilstöd under vissa förutsättningar få bidrag till körkortsutbildning.

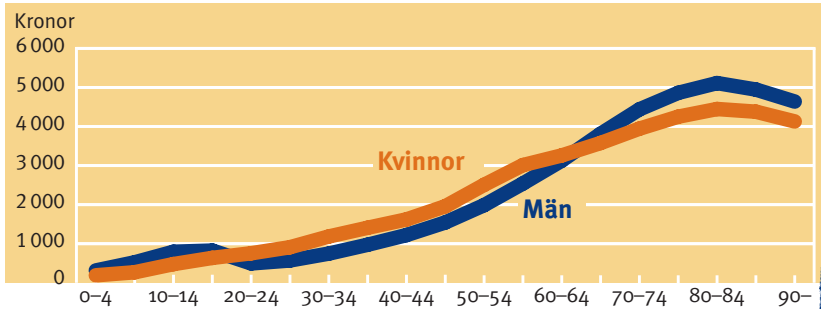


Utbetalade bilstöd 2000. Av totalt 209 miljoner kronor i bilstöd år 2000 gick 47 procent till kvinnor och 53 procent till män.

Ålder	Antal mottagare		Medelbelopp, kronor	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0-15	199	245	59 880	61 258
16-19	35	47	81 256	86 590
20-24	27	44	128 790	131 184
25-29	46	57	153 548	150 280
30-34	73	85	105 711	114 310
35-39	98	94	116 119	132 743
40-44	117	105	111 094	104 405
45-49	134	125	115 431	99 482
50-54	133	115	92 371	108 880
55-59	113	84	112 540	103 202
60-	58	74	111 317	92 051
Samtliga	1 033	1 075	93 223	99 544

Läkemedel

Genom att subventionera priset på läkemedel till alla patienter ges möjligheter till en god folkhälsa oberoende av ekonomiska förutsättningar och tillgången till läkemedel säkerställs.



Källa: Apoteket AB, Svensk läkemedelsstatistik 2000

Försäljning av läkemedel mot recept – värde per invånare 2000. Kvinnor har högre läkemedelskostnader under aktiv ålder medan männen läkemedelskostnader är högre än

kvinnornas efter pensionsåldern. Det kan bland annat bero på att dyrare läkemedel skrivs ut i högre grad till män än till kvinnor framför allt i de äldre grupperna.

Högekostnadsskydd för köp av läkemedel gäller med en högsta gräns på 1 800 kronor för en tolv månadersperiod. Upp till den gränsen betalar patienten

- hela kostnaden för läkemedel upp till 900 kronor

- 50 procent av kostnaden mellan 900 kronor och 1 700 kronor
- 25 procent av kostnaden mellan 1 700 kronor och 3 300 kronor
- 10 procent av kostnaden mellan 3 300 kronor och 4 300 kronor. Inga läkemedel är helt kostnadsfria.

Regler

Ålder	Antal sålda läkemedel mot recept, 1000-tal		Medelbelopp per invånare, kronor	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0-10	880	1 057	235	431
11-19	1 062	746	374	659
20-29	2 195	953	552	808
30-39	3 061	1 760	697	659
40-49	3 947	2 497	838	536
50-59	6 570	4 173	1 051	662
60-69	5 928	4 513	1 296	861
70-79	8 877	6 101	1 511	1 092
80-89	11 139	5 054	1 791	1 382
90-	3 882	1 067	2 246	1 776
Samtliga	47 541	27 921	1 935	1 679

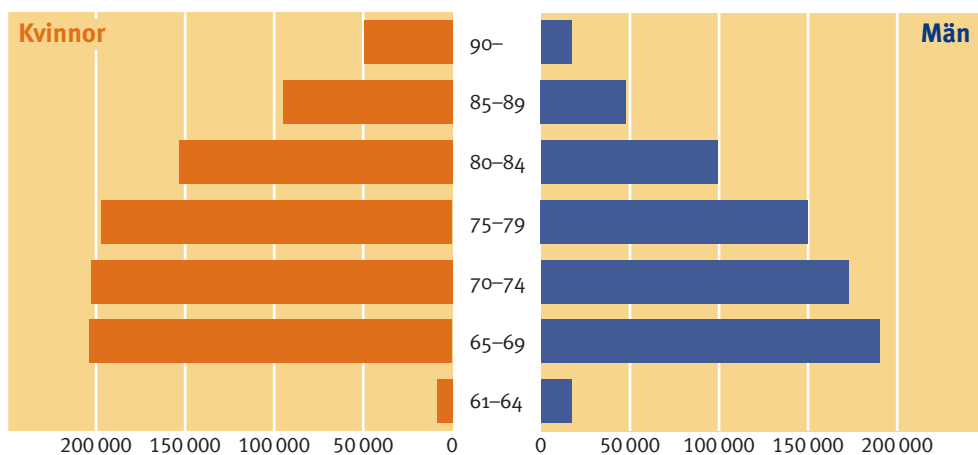
Källa: Apoteket AB, Svensk läkemedelsstatistik 2000

Läkemedel, försäljning mot recept 2000. Under år 2000 var försäkringens utgift för läkemedel 15,6 miljarder kronor, varav 54 procent av utgiften var för läkemedel till kvinnor och 46 procent till män.

Ekonomisk trygghet vid ålderdom m.m.

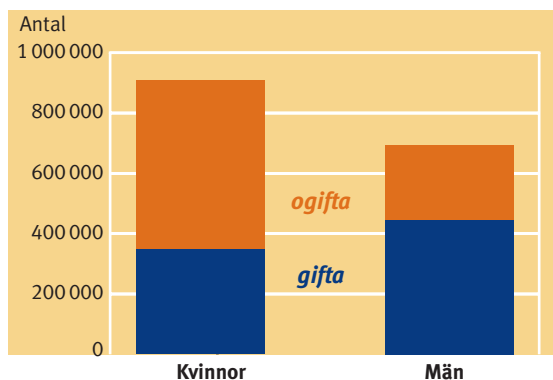
Ålderspension

Ålderspensionsreformens syfte är att skapa ett system som är följsamt mot den samhällsekonomiska och demografiska utvecklingen. Den kommer att förändra ålderspensioneringen. De första utbetalningarna enligt det nya systemet har skett under 2001.



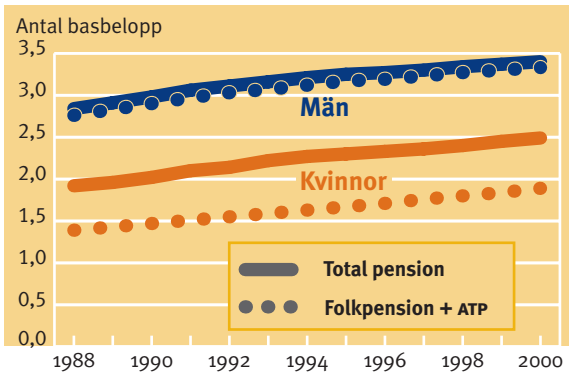
Ålderspensionärer 2000. Bland ålderspensionärerna finns betydligt fler kvinnor än män. Att kvinnor som grupp lever längre än män illustreras

tydligt i diagrammet. Endast bland pensionärerna med förtida uttag är männen fler än kvinnorna, dvs. i åldern 61-64 år.



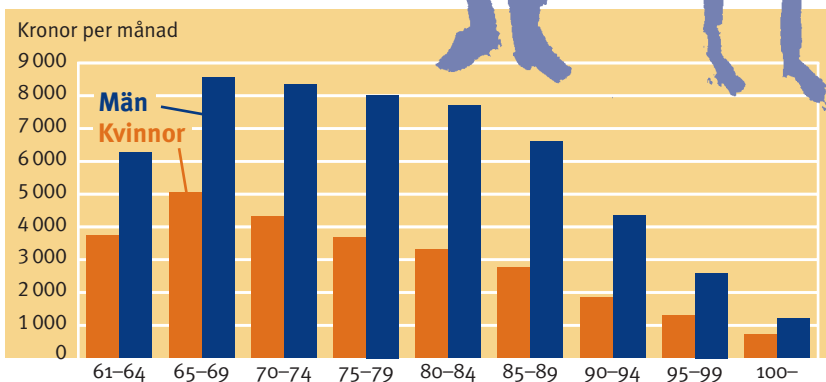
Ålderspensionärer 2000. Många äldre kvinnor lever ensamma. Huvudsakligen beror det på att kvinnor har cirka fem års högre medellivslängd än män samt att kvinnor i dagens pensionärs-generation normalt sett gifte sig med män som var några år äldre än de själva. Sammantaget leder detta till att hustrun i regel överlever sin make.

Som gifta i pensions-sammanhang betraktas de som är stadigst sammanboende och är gifta eller har/har haft barn. Övriga redovisas som ogifta.



Total pension omfattar förutom folkpension och ATP också pensions-tillskott, handikapp-ersättning, bostadsstöd och efterlevandepension.

Genomsnittlig ålderspension i december. Bland ålderspensionärerna har män i genomsnitt nästan dubbelt så stor egen pension (folkpension och ATP) som kvinnor. Fler män har ATP och männens ATP är högre i medeltal, vilket bland annat avspeglar könsskillnader i det tidigare förvärvsmönstret. Kvinnornas generellt sett lägre ATP kompenseras i viss mån av att de oftare får del av den samlade grundnivån, främst pensionstillskott och bostadstillägg.



Genomsnittligt ATP-belopp per ålderspensionär med ATP 2000. Bland de äldre kvinnliga ålderspensionärerna är det många som inte var yrkesaktiva alls, utan arbetade i hemmet utan lön. Bland kvinnor som nyligen

pensionerades är det dock fler som har en egen ATP-pension, men de har överlag haft en kortare yrkeskarriär och lägre löneinkomster än män i motsvarande åldersgrupp.

Regler

Ålderspensionen börjar normalt betalas ut från och med den månad man fyller 65 år. Man kan dock välja att gå i pension i förtid tidigast vid fyllda 61 år eller att skjuta upp pensioneringen som längst till 70 års ålder.

Ålderspensionen kan tas ut som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån. Folkpensionen betalas ut till alla pensionärer oberoende av tidigare förvärvsinkomster. Hel ålderspension från folkpension uppgår till 96 procent av prisbasbeloppet per år för ensamstående och till 78,5 procent för gifta, vilket var 2 952 kronor per månad för ogift pensionär och 2 414 kronor för gifta per person och månad år 2000.

Storleken på pensionen från ATP beror på de tidigare förvärvsinkomsterna (intjänade ATP-poäng) och på antalet arbetade år. Ju högre inkomst och ju fler arbetade år desto högre pension. ATP beräknas som 60 procent av ett genomsnitt av de 15 bästa årsinkomsterna. För full pension krävs att man har arbetat minst 30 år. För personer som har arbetat färre år minskas ATP med en trettiondel för varje år som fattas.

För den som har låg eller ingen ATP alls finns pensionstillskott och bostadsstöd. Fullt pensionstillskott till ålderspensionärer utgör 56,9 procent av prisbasbeloppet, dvs. 1 735 kronor per månad år 2000.

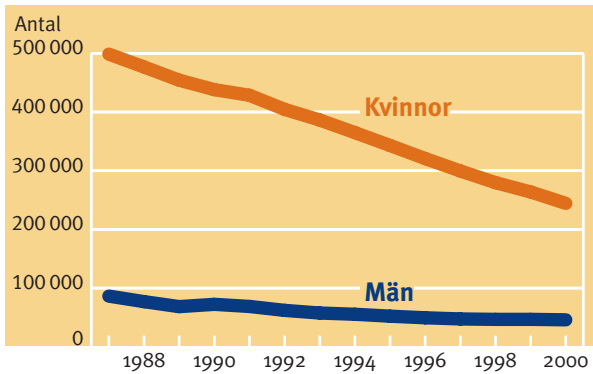
Ålder	Antal mottagare		Medelbelopp ¹ per månad, kronor		Medelbelopp, ATP ² per månad, kronor	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
61–64	8 747	17 019	5 533	8 424	3 730	6 272
65–69	203 611	190 228	7 279	10 696	5 055	8 560
70–74	202 694	172 574	6 561	10 559	4 317	8 336
75–79	196 882	149 956	5 880	10 336	3 667	8 025
80–	298 301	164 232	5 036	9 436	2 965	7 025
Samtliga	910 235	694 009	6 085	10 532	4 012	7 971

¹ I medelbeloppet ingår folkpension, pensionstillskott och egen ATP.
² Per ATP-pensionär.

Ålderspension december 2000. Cirka 150 miljarder kronor betalades ut till ålderspensionärer under 2000, ungefär 46 procent till kvinnor och 54 procent till män.

96 miljarder kronor av hela beloppet utgjordes av ATP. Kvinnorna

var 51 procent av ATP-pensionärerna med ålderspension, men bara 35 procent av beloppet gick till kvinnor. Männerna var 49 procent av pensionärerna och fick ta emot 65 procent av beloppet.



Ålderspensionärer med pensions-tillskott. Det blir allt vanligare att de kvinnliga pensionärerna har tjänat in en egen ATP-pension. Därmed minskar antalet som behöver pensionstillskott.

Fortfarande är det dock betydligt fler kvinnor än män som har låg eller ingen ATP alls och därför får pensions-tillskott.



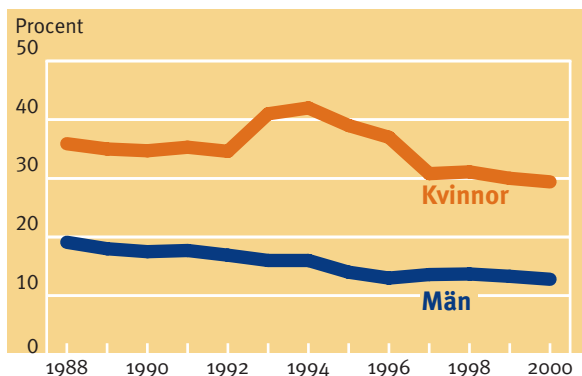
Ålder	Pensionstillskott Antal mottagare		Bostadsstöd Antal mottagare	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
60-64	1 580	1 079	.	.
65-69	34 054	12 116	27 721	10 724
70-74	44 875	10 513	39 333	11 573
75-79	51 865	8 765	57 253	13 091
80-	112 002	13 457	155 939	27 759
Samtliga	244 376	45 930	280 250	63 148

Pensionstillskott och bostadsstöd till ålderspensionärer december 2000. Pensionstillskottet var cirka 3,9 miljarder kronor år 2000, varav 87 procent gick till kvinnor och 13 procent gick till män.

Cirka 7 miljarder kronor var bostadsstöd till ålderspensionärer, varav 86 procent gick till kvinnor och 14 procent till män.

Bostadsstöd till pensionärer

Bostadsstöden ger pensionärer med låg eller ingen ATP möjlighet att ha en bostad av god kvalitet, utan att levnadsstandarden i övrigt behöver drabbas.



Andel pensionstagare med bostadsstöd. Kvinnor har i genomsnitt lägre pension än män och sämre ekonom-

iska förhållanden också i övrigt. Andelen kvinnor med bostadstillägg är dubbelt så stor som andelen män.

Regler

- Bostadsstödet omfattar
- bostadstillägg till pensionärer (BTP)
 - särskilt bostadstillägg till pensionärer (SBTP)
 - kommunalt kompletteringsbelopp (KKB).

BTP kan beviljas personer som har ålderspension, förtidspension eller sjukbidrag, omställningspension, förlängd omställningspension, särskild efterlevandepension, änkepension, hustrutillägg eller EU-pension. BTP beviljas inte för ålderspension före 65 års ålder (förtida uttag).

Storleken på bostadstillägget beror på boendekostnaden och de inkomster och förmögenhetsinnehav som den enskilde har. Under 2000 var högsta möjliga BTP 90 procent av boendekostnaden i intervallet 100–4 000 kronor per månad, vilket

motsvarar maximalt 3 600 kronor. BTP är ett skattefritt stöd som den enskilde måste ansöka om.

Särskilt bostadstillägg till pensionärer (SBTP) är ett stöd som syftar till att garantera den enskilde pensionären en skälig levnadsnivå, i princip motsvarande en schabloniserad ekonomisk lägstanivå och kostnader för en skälig bostad. En förutsättning för att kunna få SBTP är att BTP är beviljat. Dessutom krävs att personens inkomster efter avdrag för skäliga bostadskostnader inte når upp till en viss fastställd lägstanivå. Ersättningen betalas ut i form av ett utfyllnadsbelopp upp till den lägsta inkomstnivån.

Kommunerna har under ett begränsat antal år rätt att betala ut ett **kommunalt kompletteringsbelopp (KKB)** till BTP.

Ålder	Antal mottagare		Medelbelopp ¹ per månad, kronor	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
16-19	507	655	1 570	1 525
20-24	1 600	1 927	2 204	2 112
25-29	2 535	2 644	2 313	2 298
30-34	3 469	3 495	2 129	2 183
35-39	4 837	4 801	1 976	2 094
40-44	6 281	5 841	1 859	1 972
45-49	8 136	7 114	1 871	1 906
50-54	10 769	8 009	1 889	1 814
55-59	12 473	7 901	1 856	1 721
60-64	14 018	7 719	1 764	1 620
65-69	27 733	10 738	1 503	1 416
70-74	39 354	11 582	1 510	1 226
75-79	57 300	13 102	1 580	1 116
80-84	64 082	10 877	1 705	1 098
85-89	56 249	9 479	1 900	1 166
90-	35 686	7 423	2 089	1 477
Samtliga	345 029	113 307	1 752	1 523

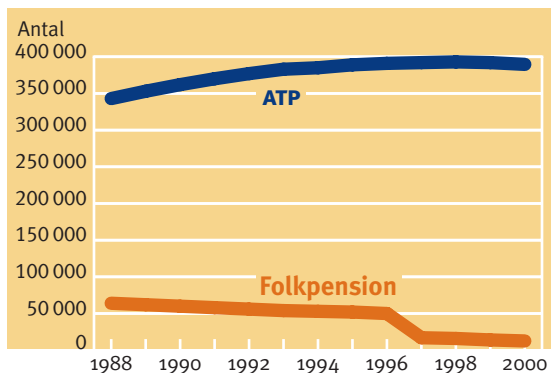
¹ I medelbeloppet ingår BTP, SBTP och KKB.

Bostadsstöd december 2000. År 2000 betalades det ut 9,6 miljarder kronor i bostadsstöd till pensionärer. Ungefär 75 procent av dessa betalades till kvinnor och 25 procent till män.

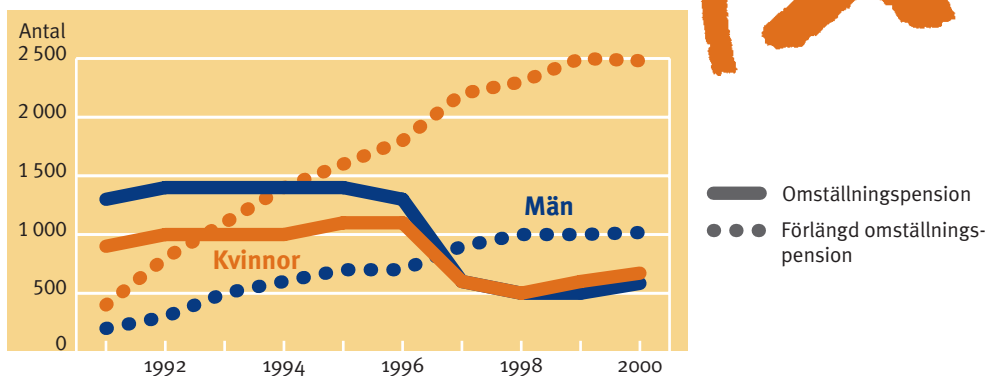


Efterlevandepension till vuxna

Efterlevandepension ger ekonomisk trygghet till personer vilkas nära anhöriga har avlidit.



Kvinnor med änkepension. Änkepensionen avskaffades 1990 men övergångsregler gör att antalet kvinnor som får änkepension från ATP-systemet ändå har ökat. Däremot minskar antalet med folkpension. Det beror på att folkpensionsdelen i änkepensionen faller bort när änkan själv blir pensionär och på att rätten till änkepension i form av folkpension inkomstprövas sedan den 1 april 1997.



Omställningspensioner och förlängda omställningspensioner. Tiden för att få omställningspension sänktes från ett år till sex månader 1997, vilket ledde till att antalet personer som hade förmånen vid en viss tidpunkt

halverades. Samtidigt ökade antalet personer som fick förlängd omställningspension. Mer än dubbelt så många kvinnor som män har förlängd omställningspension.

Regler

- I efterlevandepension till vuxna ingår
- omställningspension
 - förlängd omställningspension
 - särskild efterlevandepension
 - änkepension

Efterlevande make eller maka (eller därmed jämställd person) kan få **omställningspension** om han eller hon är yngre än 65 år och

- vid dödsfallet stadigvarande sammanbodde med barn under tolv år eller
- oavbrutet hade sammanbott med den avlidne under en tid av minst fem år fram till tidpunkten för dödsfallet.

Omställningspension får man under sex månader och storleken baseras på den avlidnes rätt till folk- och tilläggspension. Omställningspensionen kan man få samtidigt med egen pension.

Om den efterlevande har vårdnaden om barn under tolv år får han eller hon en **förlängd omställningspension** tills barnet fyller tolv år. Rätten till förlängd omställnings-

pension upphör om den efterlevande gifter om sig.

Har den efterlevande nedsatt förmåga att försörja sig kan han eller hon få **särskild efterlevandepension**. Särskild efterlevandepension samordnas med flera andra förmåner.

Kvinnor vilkas make avled före år 1990 får **änkepension** i stället för omställningspension. Rätten till änkepension upphör om kvinnan gifter om sig. Änkor efter män som har avlidit 1990 eller senare kan få änkepension enligt övergångsregler.

En änka kan få änkepension efter sin avlidna make i form av folkpension och/eller ATP. Änkepensionen från ATP är normalt 40 procent av vad den avlidne maken skulle ha haft i ålderspension från ATP om han hade levat.

För den som har låg eller ingen ATP finns pensionstillskott och bostadsstöd. Fullt pensionstillskott till efterlevande är 62,9 procent av prisbasbeloppet, dvs. 1 918 kronor per månad år 2000.

Ålder	Antal mottagare	Medelbelopp ¹ per månad, kronor
	Kvinnor	Kvinnor
–39	399	1 968
40–49	4 755	2 221
50–59	22 986	3 348
60–64	22 339	3 679
65–69	32 645	2 836
70–74	55 120	3 123
75–79	79 891	2 965
80–89	143 576	2 365
90–	30 093	1 339
Samtliga	391 804	2 685

¹ I medelbeloppet ingår folkpension, ATP och pensionstillskott.

Änkepension december 2000. Flertalet kvinnor som har änkepension är själva ålderspensionärer, men ungefär 13 procent är ännu i aktiv ålder. År 2000 hade omkring fyra av tio kvinnliga ålderspensionärer också änkepension.

Av totalt 12,6 miljarder kronor i änkepension år 2000 gick 84 procent till änkor som var 65 år och äldre.





Ålder	Antal mottagare		Medelbelopp ¹ per månad, kronor	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20-34	43	12	4 739	4 900
35-39	50	14	4 846	4 683
40-44	72	36	4 864	4 624
45-49	122	59	5 389	4 816
50-54	235	96	5 982	5 135
55-59	119	170	5 854	5 271
60-64	30	197	4 775	5 274
Samtliga	671	584	5 513	5 142

¹ I medelbeloppet ingår folkpension, ATP och pensionstillskott.

Omställningspension december 2000. Av totalt 98 miljoner kronor i omställningspension år 2000 gick omkring 56 procent till kvinnor och 44 procent till män.

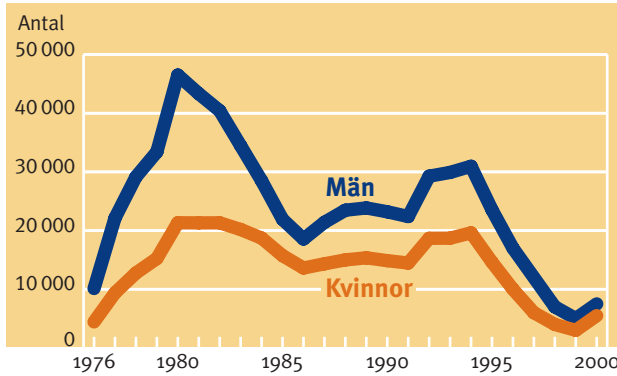
Ålder	Antal mottagare		Medelbelopp ¹ per månad, kronor	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
-29	129	16	4 388	4 663
30-34	382	103	4 508	4 475
35-39	663	227	4 589	4 540
40-44	706	253	4 481	4 469
45-49	461	227	4 494	4 580
50-54	136	127	4 519	4 524
55-59	4	53	3 465	4 497
60-64		11		3 723
Samtliga	2 481	1 017	4 512	4 514

¹ I medelbeloppet ingår folkpension, ATP och pensionstillskott.

Förlängd omställningspension december 2000. Av totalt 188 miljoner kronor i förlängd omställningspension år 2000 gick 73 procent till kvinnor och 27 procent till män. Särskild efterlevandepension betalades i december 2000 till 73 kvinnor och 16 män.

Delpension

För personer som vill trappa ner omfattningen av sitt förvärvsarbete några år före pensioneringen fanns till och med år 2000 möjligheten att ansöka om delpension.



Delpensioneringens utveckling. Som mest har mellan 60 000 och 70 000 personer valt att ha delpension, dvs. omkring en fjärdedel av den grupp som uppfyllt kraven. I början och i slutet av perioden har andelen legat betydligt under tio procent. Kvinnorna har hela tiden varit i minoritet. Ökningen under 1992 kan förklaras av att många personer ansökte om delpension inför ett regeringsförslag om skärpta regler (förslaget genomfördes dock aldrig). Motsvarande förklaring gäller för ökningen under 1994

eftersom reglerna skärptes i juli detta år. Denna regeländring ligger också bakom minskningen av antalet åren därefter. Slutligen steg antalet också i slutet av år 2000 som en följd av att möjligheten att ansöka om denna form av pension sedan upphörde efter december.



Efter år 2000 kan man inte längre ansöka om delpension. Delpensioneringen kommer således att ha upphört år 2005.

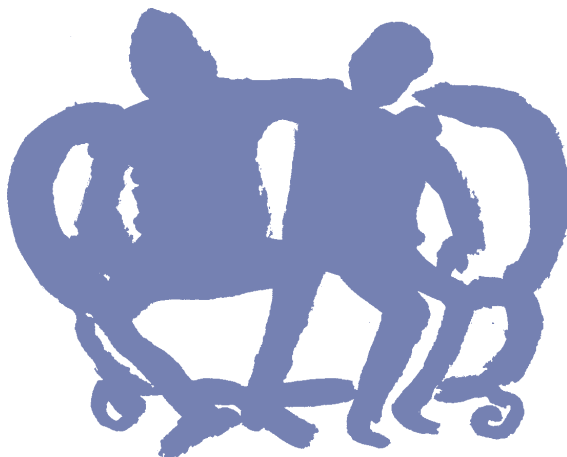
Förvärvsarbetande i åldern 61–64 år som valde att minska sin arbetstid kunde få delpension. Delpensionen är 55 procent av skillnaden mellan

inkomsten före och efter det att man har minskat sin arbetstid. Efter arbetstidsminskningen ska den som får delpension arbeta mellan 17 och 35 timmar i veckan i genomsnitt. Man kan få ersättning för en arbetstidsminskning på högst 10 timmar i veckan.

Regler

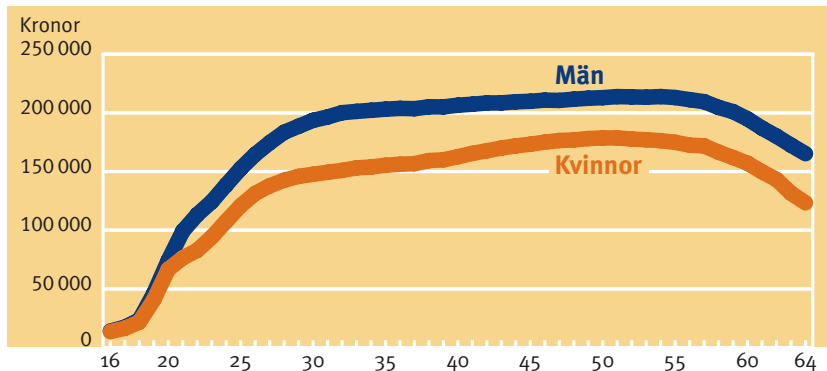
Av totalt 200 miljoner kronor i delpension år 2000 gick cirka en tredjedel till kvinnor och två tredjedelar till män.

Intjänad pensionsgrundande inkomst



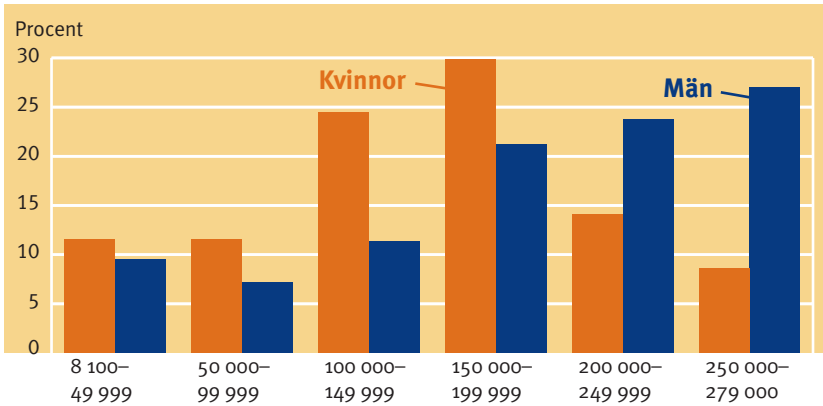
Den pensionsgrundande inkomsten enligt det reformerade pensions-systemets redovisas här för personer i åldrarna 16–64 år. Den består av löntagares och förtidspensionärs

inkomst och socialförsäkringsersättningar, egenföretagarnas löneinkomster samt socialförsäkringsersättningar till egenföretagare.



Genomsnittlig pensionsgrundande inkomst 1999. För både kvinnor och män stiger den genomsnittliga intjänade pensionsgrundande inkomsten (PGI) i takt med ökad ålder och är som högst i åldersgruppen 45–54 år. I de högre åldrarna sjunker medel-PGI eftersom många av olika skäl börjar trappa ned sitt arbete. Ofta stagnerar också löneutvecklingen då ålderspensioneringen närmar sig. Även långtidssjukskrivningar, förtidspensioneringar på deltid samt

delpensioneringar drar ned de genomsnittliga inkomstnivåerna i de högre åldrarna. I alla åldrar är kvinnors inkomster lägre än männens. De viktigaste förklaringarna är att kvinnor har lägre lön än män i de flesta yrken, att kvinnodominerade yrken ofta har lägre lönenivå samt att kvinnor oftare arbetar deltid. Inkomstskillnaden mellan könen är som störst i de barnafödande och omsorgskrävande åldrarna 25–39 år.



Personer efter intjänad pensionsgrundande inkomst 1999. Denna figur speglar tydligt inkomstskillnaderna mellan könen. Andelen av kvinnorna

som har en intjänad PGI under 200 000 kronor är 77 procent medan motsvarande andel för män är cirka 49 procent.

Fr.o.m. år 1999 tillgodoräknas personer födda mellan år 1938 och 1954 både pensionspoäng (ATP-grundande) och pensionsrätt i det reformerade pensionssystemet. Personer födda efter år 1954 tillgodoräknas enbart pensionsrätt och personer födda före 1938 enbart poäng.

PGI enligt reformerade pensionssystemet tillgodoräknas personer som har inkomster minst uppgående till 0,24 prisbasbelopp eller 8 700 kronor (år 1999). Inkomstdelar över 7,5 förhöjda basbelopp eller 279 000 kronor inräknas ej.

Regler

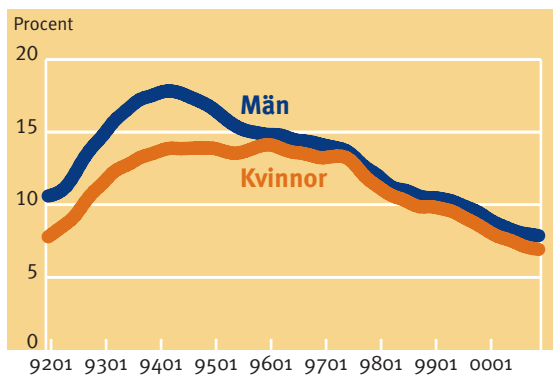


Ålder	Antal med PGI		Andel av samtliga, procent		Medelinkomst, kronor	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
16–19	81 758	83 744	41,3	40,3	28 994	31 287
20–24	215 540	222 269	83,0	82,7	86 469	111 670
25–29	267 902	279 479	89,8	90,6	135 864	172 980
30–34	292 081	308 663	91,8	92,1	151 085	198 885
35–39	277 689	291 754	91,7	91,5	157 414	204 077
40–44	266 521	277 355	91,7	91,5	167 542	208 022
45–49	266 525	275 881	91,2	91,3	175 956	211 072
50–54	291 934	304 313	89,6	91,1	177 642	213 505
55–59	234 365	250 130	85,0	88,0	170 176	208 522
60–64	142 142	151 182	65,9	72,5	143 518	182 004
Samtliga	2 336 457	2 444 770	84,1	85,2	149 346	187 047

Intjänad pensionsgrundande inkomst 1999. Andelen av befolkningen som hade pensionsgrundande inkomst år 1999 var 84 procent för kvinnor och 85 procent för män.

Arbetslöshetsförsäkringen

Arbetslöshetsförsäkringen är en aktiv och integrerad del i arbetsmarknadspolitiken där arbetslinjen är huvudalternativet och där kontantersättning är en sistahandsåtgärd när en person är på väg från ett arbete till ett annat.

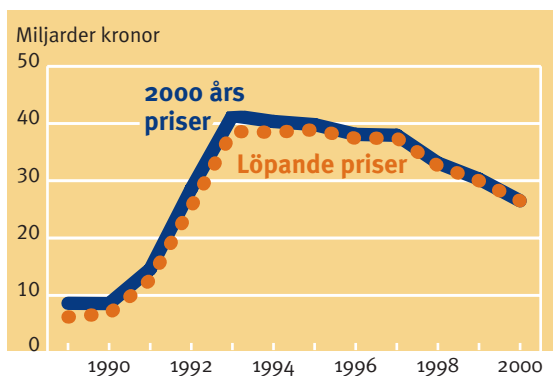


Källa: AMS, SCB

Andel öppet arbetslösa och personer i arbetsmarknadspolitiska program.

Arbetsmarknaden fortsatte att utvecklas starkt under 2000. Sysselsättningen ökade med 91 000 personer vilket innebär att den sammantagna ökningen under 1999 och 2000 är den största på 25 år. Arbetslösheten minskade kraftigt och nådde 4 procent under oktober 2000. Motorn avseende sysselsättningen var den privata tjänstesektorn. Mest ökade IT, media, reklambranschen och delar av upp-

levelsenärigen. De två förstnämnda är starkt koncentrerade till storstadsregionerna i allmänhet och Stockholm i synnerhet. Därför växte antalet arbetstillfällen i storstäderna medan glesbygden bara fick en liten del av de nya jobben. Även inom den offentliga tjänstesektorn tillkom många nya arbetstillfällen, främst inom utbildning och äldreomsorgen, som följd av förstärkta kommunala budgetar. Byggnadskonjunkturen förstärktes och både exportindustrin och den hemmamarknadsorienterade industrin gick bra. Under hösten 2000 kom allt fler signaler att industrikonjunkturen mattades beroende på en försvagning i den globala ekonomin. Den dämpade aktiviteten har sedan spritt sig till industrinära tjänstesektorer och en viss påverkan på hushållens konsumtionsbenägenhet har iakttagits. Fortfarande är dock den inhemska efterfrågan stark, men en viss ökning av arbetslösheten bedöms ske andra halvåret 2001.



Källa: AMS

Utbetald arbetslöshetsersättning från a-kassa och KAS.

Utbetalningarna av arbetslöshetsersättning steg kraftigt i början av 1990-talet i takt med den ökande arbetslösheten och nådde en topp 1993, på runt 40 miljarder kronor.

Reglerna för a-kassa och kontant arbetsmarknadsstöd har förändrats över tiden.

Regler

Arbetslöshetsförsäkringen kompenserar för en viss del av inkomstbortfallet vid arbetslöshet. Sedan 1 januari 1998 består arbetslöshetsförsäkringen av två delar, en grundförsäkring och en frivillig inkomstrelaterad försäkring.

Grundförsäkringen som ersätter det kontanta arbetsmarknadsstödet (KAS) som fanns tidigare före år 1998. Grundbeloppet man får är 240 kronor per dag om man har arbetat heltid. Grundbeloppet får den som uppfyller arbetsvillkoret eller

studerandevillkoret (ett års avslutade studier) och som inte är medlem i någon arbetslöshetskassa eller inte varit medlem tillräckligt länge.

Ersättningen från den frivilliga inkomstrelaterade försäkringen får den som är medlem i en arbetslöshetskassa och som uppfyller ett arbetsvillkor. Storleken på dagpenningen beror på den inkomst man hade innan man blev arbetslös. Dagpenningen är 80 procent av den tidigare inkomsten dock högst 580 kronor per dag.



Ålder	Antal mottagare		Antal dagar i medeltal		Medelbelopp, kronor	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
-19	77	126	46	52	19 352	23 395
20-24	37 104	33 988	50	56	18 487	22 451
25-29	67 633	46 065	59	70	27 439	34 491
30-34	63 859	41 842	67	78	33 502	40 993
35-39	54 612	39 111	69	83	34 670	43 873
40-44	39 435	31 353	71	86	35 246	45 439
45-49	32 071	27 396	74	90	36 712	47 834
50-54	30 384	27 206	79	95	39 269	50 973
55-59	26 890	25 144	95	111	47 435	60 526
60-64	21 314	23 386	135	149	59 497	81 311
Samtliga	373 379	295 617	72	87	34 496	45 096

Källa: AMS

Ersättning från arbetslöshetsförsäkringen 2000. Av totalt cirka 26,5 miljarder kronor i arbetslöshetsersättning under 2000 gick 13 miljarder (49 procent) till kvinnor och 13,5 miljarder (51 procent) till män.



Mer statistik

Ytterligare statistikuppgifter finns på Riksförsäkringsverkets hemsida (adress www.rfv.se/statistik) och i publikationen Socialförsäkring som ingår i serien Sveriges officiella statistik.

Frågor om statistik kan också ställas direkt till Riksförsäkringsverket:

Socialförsäkringarnas omfattning	Christer Carmegren 08-786 95 48 • christer.carmegren@rfv.sfa.se
Ekonomisk trygghet för familjer och barn	Britt-Marie Winnberg 08-786 95 46 • britt-marie.winnberg@rfv.sfa.se
Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp	Ola Rylander 08-786 95 37 • ola.rylander@rfv.sfa.se Lena Ericson 08-786 95 62 • lena.ericson@rfv.sfa.se
Ekonomisk trygghet vid ålderdom m.m.	Lars Oderbeck 08-786 95 84 • lars.oderbeck@rfv.sfa.se Marianne Karlsson 08-786 95 64 • marianne.karlsson@rfv.sfa.se

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar



Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Regeländringar

Ekonomisk trygghet för familjer och barn 147

Allmänt barnbidrag och flerbarnstillägg, Underhållsstöd, Adoptionskostnadsbidrag **147**

Bostadsbidrag **148**

Föräldrapenning, Tillfällig föräldrapenning **148**

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp 149

Sjukpenning, Sjuklön, Förtidspension och sjukbidrag, Arbetskadeförsäkring, Aktivitetsstöd **149**

Handikappersättning, Vårdbidrag för funktionshindrade barn, Assistansersättning **150**

Tandvårdsförsäkring **151**

Ekonomisk trygghet vid ålderdom m.m. 151

Ålderspension, Bostadstillägg till pensionärer (BTP), Delpension **151**

Annan utbetalning 152

Sjukpenninggrundande inkomst (SGI) 153

Socialavgifter 153

Arbetsgivaravgifter, Egenavgifter **153**

Övriga förändringar 154



Regeländringar sedan 2000

Ekonomisk trygghet för familjer och barn

Allmänt barnbidrag och flerbarnstillägg, Underhållsstöd, Adoptionskostnadsbidrag

Januari 2000

Barnbidrag och flerbarnstillägg. Barnbidragen höjs från 750 kronor till 850 kronor per barn och månad. Flerbarnstilläggen höjs samtidigt och blir 227 kronor per månad för det tredje barnet, 680 kronor för det fjärde och 850 kronor för det femte barnet och varje ytterligare barn.

Underhållsstöd. Räntan för obetalda underhållsstöd (återbetalningsbeloppet) minskas från 4,1 procent till 3,2 procent.

Februari 2000

Underhållsstöd. Reglerna ändras för hur man ska beräkna storleken på det belopp som den bidragsskyldige föräldern ska betala tillbaka till samhället. De bidragsskyldiga föräldrar som har de allra lägsta inkomsterna slipper betala om deras årsinkomst är under 80 600 kronor. Samtidigt höjs det procenttal som används när beloppet bestäms; för ett barn från 10 procent till 14 procent, för två barn från 6,25 procent till 11,5 procent per barn och för tre barn från 5 procent till 10 procent för varje barn.

Januari 2001

Adoptionskostnadsbidrag, vid adoption av utländska barn höjs bidraget från 24 000 kronor till 40 000 kronor. Bidraget betalas ut som ett engångsbelopp.

Barnbidrag och förlängt barnbidrag. Båda bidragen höjs från 850 kronor till 950 kronor i månaden.

Flerbarnstilläggen, höjs och blir per månad 254 kronor för det tredje barnet, 760 kronor för det fjärde och 950 kronor för det femte och varje ytterligare barn.

Februari 2001

Underhållsstöd kan man få från och med månaden efter den månad då rätten till stödet inträffat.



April 2001

Underhållsstöd. Reglerna ändras så att båda föräldrarna kan få maximalt halvt underhållsstöd (586 kronor per månad) om barnet bor hos dem växelvis. Ett barn, över 18 år, som studerar och bor växelvis hos föräldrarna kan få maximalt 2 x 586 kronor.

Bostadsbidrag

Januari 2000

Bostadsbidrag. Lägsta belopp för utbetalning respektive återbetalning är 200 kronor.

Har ett hushåll fått ett för högt preliminärt bostadsbidrag får det betala tillbaka beloppet som det har fått för mycket och en avgift om det är mer än 2 500 kronor. Tidigare var gränsen 1 000 kronor.

En familj som förlorar ett barn får behålla samma bostadsbidrag i sex månader efter dödsfallet. Om man byter bostad inom denna tid upphör dock bostadsbidraget.

Föräldrapenning, Tillfällig föräldrapenning

Januari 2000

Föräldrapenning. Högsta föräldrapenning blir 602 kronor per dag.

Nya regler gäller vid flerbarnsfödelse. Man får 180 föräldrapenning-dagar med sjukpenningnivån för varje barn utöver det andra barnet. Detta innebär att för trillingar osv. höjs garantinivån till sjukpenningnivå. Reglerna är oförändrade för de föräldrapar som får tvillingar, de får 180 extra dagar för det andra barnet varav 90 dagar med sjukpenningnivån och 90 dagar med garantinivån.

Juli 2001

Tillfällig föräldrapenning. En kontaktdag införs per barn och år för barn i åldrarna 6–11 år. Samtidigt införs att tio pappadagar i vissa fall kan tas ut av en annan person än pappan om personen är försäkrad enligt Lagen om allmän försäkring.

När föräldern är sjuk och varken kan arbeta eller vårda sitt barn kan en annan försäkrad person få tillfällig föräldrapenning. Det införs också ett bättre skydd vid spädbarnsdöd.

Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

Sjukpenning, Sjuklön, Förtidspension och sjukbidrag, Arbetskadeförsäkring, Aktivitetsstöd

Januari 2000

Sjukpenning. Högsta sjukpenning blir 602 kronor per dag.

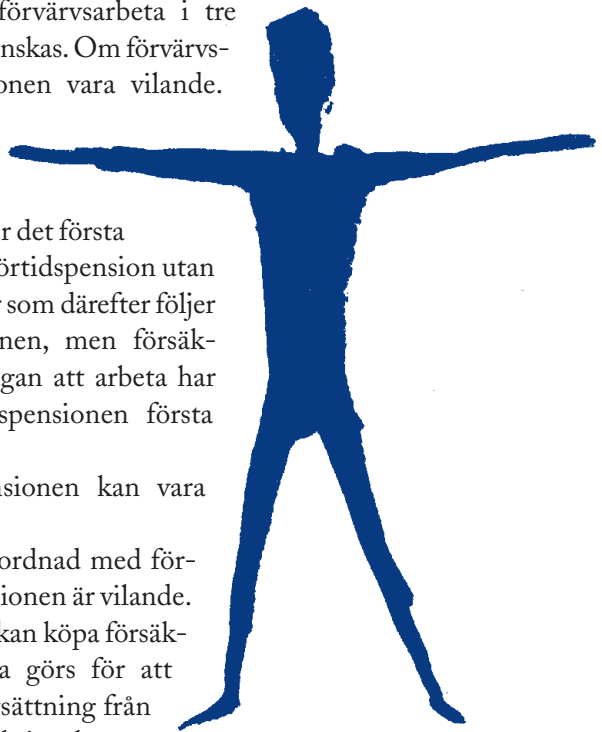
Förtidspension. Det har blivit lättare för en förtidspensionär att åter börja förvärvsarbete. En förtidspensionär kan – efter beslut av försäkringskassan – pröva att förvärvsarbete i tre månader utan att förtidspensionen minskas. Om förvärvsarbetet fortsätter kan förtidspensionen vara vilande. Detta innebär att rätten till förtidspension finns kvar, men att den inte betalas ut.

Om förvärvsarbetet upphör under det första året kan den enskilde få tillbaka sin förtidspension utan någon prövning. Även under de två år som därefter följer kan man få tillbaka förtidspensionen, men försäkringskassan ska då pröva om förmågan att arbeta har förbättrats väsentligt sedan förtidspensionen första gången beviljades.

Hela eller delar av förtidspensionen kan vara vilande.

Arbetskadelivränta som är samordnad med förtidspension är också vilande när pensionen är vilande.

Sjukpenning. Försäkringskassan kan köpa försäkringsmedicinska utredningar. Dessa görs för att bedöma om en person har rätt till ersättning från socialförsäkringen. Hittills har försäkringskassan i viss utsträckning fått sådana utredningar från sjukvården.



Juli 2000

Sjuklön. En arbetsgivare kan betala en anställds resor till och från arbetet i stället för sjuklön. Dessa dagar ska räknas in i sjuklöneperioden. Försäkringskassan tar då över ansvaret för sjukersättningen efter fjorton dagar oberoende av om den anställde fått sjuklön eller reseersättning av arbetsgivaren.

Sjukpenning. En person utan fast anställning kan få sjukpenning med ledning av hur han eller hon har arbetat före sjukperioden. Detta gäller personer som haft upprepade korta anställningar och för vilka det inte går att utreda hur han eller hon skulle ha arbetat under de första fjorton dagarna i en sjukperiod. Fr.o.m. den 1 juli 2000 har således dessa personer rätt till sjukpenning under de två första veckorna av sjukfallet.

Januari 2001

Aktivitetsstöd. Ett nytt arbetsmarknadsprogram införs som heter ”projekt med arbetsmarknadspolitisk inriktning” där den lägsta nivån för aktivitetsstöd höjs från 103 kronor till 143 kronor per dag.

Inkomstgrundande ålderspension ska samordnas med andra förmåner när det är aktuellt med aktivitetsstöd och vid näringsverksamhet ska det göras avdrag för studiestödsförmåner. Det innebär för den som har inkomstgrundande ålderspension att aktivitetsstödsbeloppet blir lägre per dag. För deltagare i näringsverksamhet minskas aktivitetsstödet med utbetalt studiestöd för samma tid.

Handikappersättning, Vårdbidrag för funktionshindrade barn, Assistansersättning

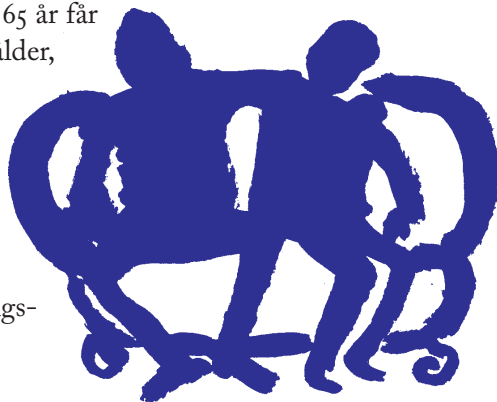
Januari 2000

Assistansersättning. Ersättningsnivån för assistansersättning höjs från 173 kronor till 178 kronor per timme.

Januari 2001

Handikappersättning och vårdbidrag, räknas inte längre som pensionsförmåner utan ges en egen lagstiftning.

Assistansersättning. Den som haft assistansersättning före fyllda 65 år får behålla den även efter 65 års ålder, ersättningens omfattning kan dock inte utökas. En del övergångsregler införs. Provisoriska beslut som är till fördel för den försäkrade får fattas av en tjänsteman på försäkringskassan om socialförsäkringsnämnden beslutat så.



Augusti 2001

Assistansersättning. Ersättningsnivån för assistansersättning höjs från 178 kronor till 184 kronor per timme från och med den 14 augusti 2001.

Tandvårdsförsäkring

Januari 2001

Tandvård. Vid beräkning av ersättning för behandling med avtagbar hel över- eller underkäksprotes ska karensbelopp inte tillämpas. Det betyder att tandvårdsersättningen för dessa åtgärder blivit förmånligare än tidigare. Karensbeloppet ska heller inte avräknas vid rebasering eller vid komplicerad lagning av protes.

Ekonomisk trygghet vid ålderdom m.m.

Ålderspension, Bostadstillägg till pensionärer (BTP), Delpension

Januari 2000

BTP. Under år 2000 kan man få bostadsbidrag när man har vilande förtidspension om reglerna för inkomstberäkning tillåter detta.

Januari 2001

Delpension. Lagen om delpension upphörde att gälla vid utgången av år 2000, men redan beviljade delpensioner fortlöper.

Inkomstgrundande ålderspension (s.k. tidigt uttag) kan man få om man är född åren 1938–1940.

Särskilt grundavdrag har man rätt till om man har ålderspension och är född 1937 eller tidigare. Har man förtidspension eller efterlevandepension har man också rätt till detta avdrag. Maximalt är avdraget 57 500 kronor för ogift och för gift 51 000 kronor. Avdraget reduceras med 66,5 procent av pensionsinkomster som överstiger dessa belopp.

Det särskilda grundavdraget är dock alltid lägst 10 000 kronor, eftersom det inte ska reduceras till ett lägre belopp än grundavdraget. Grundavdraget höjs från 8 900 kronor till 10 000 kronor.



Tillfällig skattereduktion har den rätt till som betalar allmän pensionsavgift och den betalas av de som har egen arbetsskadelivränta, delpension eller vårdbidrag. Skattereduktionen som gällt de senaste åren – 1 320 kronor per år om årsinkomsten är högst 135 000 kronor – gäller även för 2001.

Den gällande skattereduktionen ändras för de som betalar allmän pensionsavgift genom att den beskattningsbara inkomsten minskas med 50 procent av den allmänna pensionsavgiften mot tidigare 75 procent.

Grundbeloppet för statlig inkomstskatt är 200 kronor. Överstiger den beskattningsbara inkomsten 252 000 kronor tas det ut 20 procents statlig skatt på den överskjutande delen och ytterligare fem procent tas ut på den del som överstiger 390 400 kronor.

Bostadstillägg till pensionärer lämnas per månad med 90 procent av bostadskostnaden som inte överstiger 4 500 kronor. Högsta bostadstillägget är 4 050 kronor per månad. Tidigare lämnades bostadstillägget med 90 procent av bostadskostnaden mellan 100 och 4 000 kronor per månad.

Särskilt bostadstillägg till pensionärer. Gränsen för den bostadskostnad som kan beaktas höjs från 5 200 kronor till 5 700 kronor. Samtidigt höjs gränsen för skälig levnadsnivå till lägst 1,294 gånger prisbasbeloppet för ogift och till 1,084 gånger prisbasbeloppet för den som är gift.

Kommunalt bostadstillägg får betalas ut av kommuner även under 2001 och 2002.

Juli 2001

Basbelopp. Det införs ett inkomstbasbelopp – som räknas upp med förändring i inkomstindex – och det motsvarar för 2001 det förhöjda prisbasbeloppet.

Annan utbetalning

Augusti 2000

Utbildningsbidrag byter namn till Aktivitetsstöd.

Juli 2001

Aktivitetsstöd. För den som uppfyller villkoren för arbetslöshetsersättning höjs ersättningen från maximalt 580 kronor per dag till maximalt 680 kronor per dag.



Samordning görs mellan aktivitetsstöd, arbetslöshetsförsäkring och särskilt utbildningsbidrag av de första ett hundra dagarna som betalas ut med förhöjd ersättning. För deltidsarbetslösa finns särskilda regler och det finns även övergångsbestämmelser. Vid tillfällig vård av barn finns det möjligheter att få behålla aktivitetsstödet.

Sjukpenninggrundande inkomst (SGI)

Januari 2000

SGI. En förtidspensionär kan – efter beslut av försäkringskassan – pröva att förvärvsarbeta i tre månader utan att förtidspensionen minskas. Under den prövotiden beräknas SGI endast på den del av inkomsten som är inkomst av arbete och avser arbetstid utöver förtidspensionen. Det innebär t.ex. att den som har hel förtidspension under prövotiden inte kan få ersättning vid sjukdom. Om förvärvsarbetet fortsätter efter prövotiden kan förtidspensionen vara vilande. Under period med vilande förtidspension beräknas SGI enligt gällande regler.

Socialavgifter

Arbetsgivaravgifter, Egenavgifter

Januari 2001

- Sjukförsäkringsavgiften för både arbetsgivare och egenföretagare är höjd med 0,3 procent till 8,80 procent respektive 9,53 procent.
- Ålderspensionsavgiften för både arbetsgivare och egenföretagare är oförändrad 10,21 procent.
- Den allmänna löneavgiften är sänkt med 0,4 procent till 2,69 procent.
- Det totala avgiftsuttaget för arbetsgivare är sänkt med 0,1 procent till 32,82 procent.
- Den allmänna pensionsavgiften är oförändrad 7,0 procent.

Avgiftsuttaget för särskild löneskatt för vissa förvärvsinkomster är oförändrat 24,26 procent.

Avgiftsuttaget för särskild löneskatt på pensionskostnader är oförändrat 24,26 procent.

Övriga förändringar

Januari 2000

Samordningsnummer införs som nytt begrepp i Sverige. Personer som inte är folkbokförda får ett särskilt samordningsnummer som är konstruerat som ett personnummer. Endast de personer som är folkbokförda i landet får ett personnummer.

Försäkringsmedicinskt Centrum. Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås och Nynäshamn avvecklas och ombildas till Försäkringsmedicinskt Centrum. Det blir en resultatenhet hos Försäkringskassan i Östergötland som får göra försäkringsmedicinska utredningar för alla försäkringskassor.

Juli 2000

Forskning. Försäkringskassan i Östergötland får i samband med försäkringsmedicinska utredningar också bedriva forskning.

Januari 2001

Socialförsäkringslagen införs som innebär att försäkringen delas upp i en bosättningsbaserad och en arbetsbaserad del. För att kunna få bosättningsbaserade förmåner, t.ex. barnbidrag och bostadsbidrag, ska man vara bosatt i Sverige. Arbetsbaserade förmåner, t.ex. sjukpenning, kan man få om man som anställd eller egen företagare arbetar i Sverige.

För vissa grupper, t.ex. biståndsarbetare och statsanställda, gäller särskilda regler som innebär att försäkringen även gäller under utlandsvistelse.



Källor och lästips

- Baker D. – Saving Social Security in Three Steps. Briefing Paper, Economic Policy Institute, Washington, 1998
- Batljan I. & Lagergren M. – Kommer det att finnas en hjälpande hand? Bilaga 8 till Långtidsutredningen 1999/2000, SOU 2000:7
- Bramstedt K.A. Scientific breakthroughs: cause and cure of aging "problem". *Gerontol* 2001;47:52–54
- Bunker J.P., Frazier H.S., Mosteller F. Improving health: measuring effects of medical care. *The Milbank Quarterly* 1994;72:225–258
- Butler R.N., Fossel M., Pan C.X., Rothman D.J., Rothman S.M. Anti-aging medicine. What makes it different from geriatrics. *Geriatrics* 2000;55:36–43
- Butler R.N., Fossel M., Pan C.X., Rothman D.J., Rothman S.M. Anti-aging medicine. Efficacy and safety of hormones and anti-oxidants. *Geriatrics* 2000;55:48–58
- Carnes B.A., Olshansky S.J., Grahn D. Continuing the search for a law of mortality. *Population and development review* 1996;22:231–264
- Case K.E. & Shiller, R.J. – The Behavior of Home Buyers in Boom and Post-Boom Markets. *New England Economic Review*, Nov/Dec 1988
- Cassel C.K. Geriatrics for the 3rd millennium. *Wien Klin Wochenschr* 2000;112:386–393
- Cassel C.K. How increased life expectancy and medical advances are changing geriatric care. *Geriatrics* 2001;56:35–39
- Christensen K., Vaupel J.W. Determinants of longevity: genetic, environmental and medical factors. *J Internal Med* 1996;240:331–341
- De Benedicts G., Tan Q., Jeunde B., Christensen K., Ukraintseva S.V., Bonafè M., Franceschi C., Vaupel J.W., Yashin A.I. Recent advances in human gene – longevity association studies. *Mech Aging Develop* 2001;122:909–920

- Diamond P.A. – What Stock Markets Returns to Expect for the Future? *Social Security Bulletin*, No. 2, 2000
- Edebalk P.G. – Äldrevårdsförsäkring. IHE, Lund, 2000
- Evans J.G. A correct compassion: the medical response to an aging society. *J Royal College Physicians of London*. 1997;6:674–684
- Evans J.G. Ageing and medicine. *J Int Med* 2000;247:159–167
- Evans J.G. Health care for older people – a look across a frontier. *JAMA* 1996;275:1449–1450
- Frennberg P. & Hansson B. – Computation of a Monthly Index for Swedish Stock Returns 1919–1989. *Scandinavian Economic History Review*, 1992 (uppdaterad)
- Fölster, S. – Kommuner Kan! Kanske! ESO, Ds 1998:15
- Gavrilov L.A., Gavrilova N.S., The future of long life. *Science* 1998;281:1611
- Gudmundsson H., Gudbjartsson D.F., Kong A., Gudbjartsson H., Frigge M., Gulcher J.R., Stefánson K. Inheritance of human longevity in Iceland. *Eur J Human Gen* 2000;8:743–749
- Hayflick L. How and why we age. *Exp Gerontol* 1998;33:639–653
- Hayflick L. The future of ageing. *Nature* 2000;498:267–269
- Hazzard W.R. Preventive gerontology: optimizing health and longevity for men and women across the lifespan. *J Gend-spec med* 2001;1–7
- Hodes R.J., McCormick A.M., Pruzan M. Longevity assurance genes: how do they influence aging and life span? *JAGS* 1996;44:988–991
- Jonasson B., Jonasson U., Saldeen T. Among fatal poisonings dextro-propoxyphene predominates in younger people, antidepressants in the middle aged and sedatives in the elderly. *J Forensic Sci* 2000;45:7–10
- Nakajima H. Message from the Director-General.
<http://www.who.int/whr/1997/message.htm>

Nyberg F. Growth hormone in the brain: characteristics of specific brain targets for the hormone and their functional significance. *Front Neuroendocrinol* 2000;21:330–348

OECD – Employment Outlook, Economic Outlook, National Accounts, Labour Force Statistics (olika utgåvor)

Olshansky S.J., Carnes B.A., Cassel C. The future of long life. *Science* 1998;281:1612–1613

Olshansky S.J., Carnes B.A., Grahn D. Confronting the boundaries of human longevity. *Am Sci* 1998;86:52–61

Olsson H. – Ett långt perspektiv på den svenska BNP- och reallöneutvecklingen med en internationell utblick. Konjunkturinstitutet, Konjunkturläget november 1996

Olsson H. – Näringslivets priser, kostnader och vinster. Bilaga 3 till Långtidsutredningen 1984

Olsson H. & Nordén C.J. – Befolkningsutvecklingen och den framtida välfärden. TCO, 2000

Pettersson U. Medicinska framtidsvisioner.
<http://www.genpat.uu.se/popvet/up5.html>

Raffaele J.M., Livesey R.V., Luddington A.V. Anti-aging medicine – Partners put evolutionary theory into practice. An interview with J.M. Raffaele and R.V. Livesey. *Geriatrics* 2000;55:37–46

Rasmuson M. Kungliga vetenskapsakademien om det naturliga åldrandet: Från vaggan till graven. Bokförlaget Atlantis AB, 2000

Riksförsäkringsverket – Socialförsäkringsboken 1999 och 2000

Rosén M., Stenbeck M. Minskade risker för individen, ökad sjukdomsburda för samhället. *Läkartidningen* 2000;97:1275–1280

Rosén M. Längre liv, livskvalitet och funktionsförmåga. *Läkartidningen* 1997;94:3065–3071

SBU. Om fetma. En politisk promemoria, 2001

Settergren O., Holmgren N., Leander J., Mikula B.D. – Automatisk balansering av ålderspensionssystemet. Riksförsäkringsverket Analyserar 2000:1

- Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2001. Stockholm 2001
- Socialstyrelsen. Näringsproblem i vård och omsorg. SoS-rapport 2000:II. Stockholm 2000
- Socialstyrelsen. Uppföljning av förskrivning och användning av läkemedel. Dnr 52-5075/2001
- Statistiska Centralbyrån (SCB) – Arbetskraftsundersökningar, Nationalräkenskaper, Driftsredovisning för kommunal verksamhet, Undersökningar av befolkningens levnadsförhållanden, Befolkningsstatistik och Befolkningsprognoser (olika utgåvor)
- Statistiska centralbyrån. Sveriges framtida befolkning. Demografiska rapporter 2000:I. Stockholm 2000
- Steineck G. Erfarenheter och möjligheter att undvika sjukdom och för tidig död – en sammanfattning.
<http://www.sbu.se/svensk/reports/abstracts/132/kap24.html>
- Strout J.J. The future of long life. Science 1998;281:1613
- Svenska Kommunförbundet – Kommunernas attraktionskraft som arbetsgivare. 2001
- Söderström L., Björklund A., Edebalk P.G., Kruse A. – Från dagis till servicehus. Välfärdspolitiska rådets rapport, SNS, 1999
- Thorslund M. & Lundberg O. – Health and Inequalities among the oldest old. Journal of Aging and Health 1994
- Tobaksfronten. 1999;4:16
- Walker A. Ageing in Europe – challenges and consequences. Z Gerontol Geriat 1999;32:390-397
- Westerberg B. – Har vi råd med äldrevård när 40-talisterna blir gamla? Pensionsforum, 2000
- WHO. Ageing and health. The scope of the challenge.
<http://www.who.int/ageing/scope.html>
- Wiholm B.E. Läkemedelsbiverkningar, ur Läkemedelsboken 1999/2000, 1999

Wilmoth J.R., Deegan L.J., Lundström H., Horiuchi S. Increase of maximum life-span in Sweden, 1861–1999. *Science* 2000;289:2366–2368

Vogel J., Häll L., Johansson S.-E., Skjöld C. Levnadsförhållanden. Rapport nr 93 – Äldres levnadsförhållanden 1980–1998. SCB-tryck, Örebro 2000.09

Följande personer intervjuades i juni och juli 2001, för avsnittet *Kraftfullt åldrande*:

Gunnar Akner, med dr och överläkare inom NordVästGeriatiken, Solna

Egon Jonsson, professor i hälsoekonomi och chef på SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering

Hans Lithell, professor på institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap/sektionen för geriatik, Uppsala universitet

Fred Nyberg, professor på institutionen för farmaceutisk bioteknik, Uppsala universitet

Ulf Pettersson, professor vid institutionen för genetik och patologi, Uppsala universitet

Måns Rosén, chef för Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, adjungerad professor i epidemiologi och folkhälsovetenskap, Umeå universitet

Tom Saldeen, professor vid institutionen för kirurgiska vetenskaper/rättsmedicin, Uppsala universitet, adjungerad professor i hjärt- och kärlsjukdomar vid University of Florida och University of Arkansas

Kjell Strandberg, professor i farmakoterapi och tidigare generaldirektör för Läkemedelsverket

Publicerat av RFV

I denna förteckning finns de publikationer med som givits ut av RFV januari 2000–oktober 2001.

Beställ via RFV:s hemsida www.rfv.se eller från kundtjänst per telefon 08-795 23 55 eller fax 08-760 58 95.

Familjer och barn samt handikapp

Underhållsstöd (Vägledning 2001:9)

Barn med vårdbidrag (RFV REDOVISAR 2001:9)

Trender och tendenser för bostadsbidrag bidragsåren 1997–1999 (RFV REDOVISAR 2001:8)

När har vi råd att skaffa barn? (RFV ANALYSERAR 2001:8)

Tredje avstämningen av bostadsbidrag. Resultat av genomförda avstämningar av bostadsbidrag till barnfamiljer och ungdomar. (RFV REDOVISAR 2001:6)

Reglerna om eftergift för bostadsbidrag - förslag från RFV. (RFV ANSER 2001:2)

Resurser för att leva som andra – en analys av kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen. (RFV ANALYSERAR 2001:3)

Återbetalning av underhållsstöd (Vägledning 2001:2)

Underhållsstöd - bidragsskyldiga som är föremål för indrivning (RFV ANALYSERAR 2001:2)

Bostadsbidrag till barnfamiljer och ungdomar (RFV REDOVISAR 2000:12)

Delat barnbidrag (RFV ANALYSERAR 2000:3)

Varför föds det inte fler barn i Sverige? (RFV REDOVISAR 2000:9)

Assistansersättning. Domar t.o.m. juni 2000. Rättslägesöversikt. (RFV ANSER 2000:5)

Eftergift vid återbetalning av bostadsbidrag vid avstämning. Uppföljning av hanteringen hos försäkringskassorna och effekterna för bidragshushållen av de ändrade reglerna. (RFV ANSER 2000:4)

Handikappersättning – Domar 1990–juni 1999. Rättslägesöversikt. (RFV ANSER 2000:2)

Inkomstavstämning av 1998 års bostadsbidrag till barnfamiljer och ungdomar. (RFV REDOVISAR 2000:3)

Båda blir bäst. I studien jämförs tre försäkringskassor och hur de arbetar med att öka pappornas uttag av ledighet. (RFV REDOVISAR 2000:1)

Sjukdom, tandvård, läkemedel

Medicin på kredit och i påse. Apotekets delbetalningssystem och dosdispenseringsverksamhet (RFV ANSER 2001:6)

Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete. En jämförelse mellan 1999 och 2000. (RFV REDOVISAR 2001:11)

Vårdförmåner inom EU m.m. (Vägledning 2001:10)

Arbetsmiljöns betydelse på sjukfrånvaro och utbyte av arbete (RFV ANALYSERAR 2001:11)

Tandvårdsförsäkringen (Vägledning 2001:8)

Ekonomiska drivkrafter eller selektion i sjukfrånvaron? (RFV REDOVISAR 2001:10)

Invandrares förtidspensioner under 1990-talet (RFV REDOVISAR 2001:7)

Privattandvårdens tandvårdstaxor. Hösten 2000. En undersökning av prisutvecklingen från 1 januari 1999 och en jämförelse mellan olika försäkringsområden (RFV ANSER 2001:4)

Arbetskadeförsäkringen – ändamål och funktion (RFV ANSER 2001:3)

Partiell sjukskrivning – förekomst och utfall (RFV REDOVISAR 2001:4)

Kvinnor, män och sjukfrånvaro, om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering (RFV REDOVISAR 2001:5)

Nya läkemedel prissatta 1998 och 1999 – hälsoekonomiskt underlag och internationella priser (RFV ANALYSERAR 2001:5)

Arbetshjälpmedel. Kammarrättsdomar 1993–2000. Rättsfallsöversikt (RFV ANSER 2001:1)

Vad kan förutsäga utfallet av en sjukskrivning? – prediktorer för återgång i arbete och förändring av hälsotillstånd. (Rygg och Nacke 8)

Utveckling av närståendepenningen under 1990-talet. (RFV REDOVISAR 2001:2)

SOCSAM i praktiken – en aktivitetskatalog. Underlagsrapport oktober 2000.

Långtidssjukskrivna – bakgrund, diagnos och återgång i arbete. Utveckling från slutet av 1980-talet till 1999. (RFV REDOVISAR 2000:11)

Sjukfrånvaro och förtidspension – en beskrivning och analys av utvecklingen under de senaste decennierna (RFV ANALYSERAR 2000:2.)

SOCSAM – visar vägen? En lägesrapport.

Pension

Flexibel pensionsålder (RFV ANALYSERAR 2001:7)

Vad får oss att arbeta fram till 65? (RFV ANALYSERAR 2001:4)

Delpensionärerna – vilka är de? En statistisk översiktsbild. (Redovisar 2001:3)

Den allmänna pensionen, EU och konventionerna (Vägledning 2001:1)

Automatisk balansering av ålderspensionssystemet. Redovisning av regeringens beräkningsuppdrag. (RFV ANALYSERAR 2000:1)

Trött på att jobba? (RFV REDOVISAR 2000:10)

Pensionsprognoser – utfall i orange pensionsbrev 2000.

Övriga publikationer

Omprövning, ändring och överklagande av allmän försäkringskassas beslut. (Vägledning 2001:7)

Social insurance expenditure in Sweden 1999–2002. Who gets the money and how is the insurance financed?

Varför varierar försäkringskassans handläggningstider? (RFV ANALYSERAR 2001:10)

Arbetsgivares attityder till äldre yrkesverksamma (RFV ANALYSERAR 2001:9)

Social insurance in Sweden 2000

Riksrapport 2000 (RFV ANSER 2001:5)

Socialförsäkringens om fattning 1999–2002. Vem får pengarna och hur finansieras försäkringen? (RFV ANALYSERAR 2001:6)

Offentlighet eller sekretess? (Vägledning 2001:3)

Försäkrad i Sverige genom bosättning eller arbete. (Vägledning 2000:2)

Socialförsäkringar, jämställdhet och ekonomisk tillväxt. (RFV REDOVISAR 2001:01)

Skillnader i försäkringskassornas styckkostnader 1996–1999. (RFV ANALYSERAR 2001:1)

Socialförsäkringsboken 2000

Försäkringskassan bedömer Riksförsäkringsverket år 1999. (RFV REDOVISAR 2000:7)

Mötet med försäkringskassan. Kundundersökning 1999. (RFV REDOVISAR 2000:5)

Regeringsrättens domar 1998 – december 1999. En rättsfallsöversikt. (RFV ANSER 2000:1)

Social försäkringsboken 2001

Socialförsäkringen är ett naturligt inslag i så gott som alla medborgares liv. Den har stor betydelse inte bara för människors trygghet och välfärd utan också för samhällsekonomin. Den omfattar i år ungefär 360 miljarder kronor.

Riksförsäkringsverket fortsätter med *Socialförsäkringsboken 2001* en återkommande utgivning som syftar till att samlat redogöra för och diskutera angelägna och aktuella frågor som rör socialförsäkringen. Temat för denna tredje utgåva är *Välfärd på äldre dar*.

ISBN 91 – 89303 – 17 – 2

ISSN 1403 – 9399