



Välfärdens framtida finansiering – Vad är problemet?

**Välfärdens framtida finansiering
- Vad är problemet?**

Saco

Thomas Andrén

© Saco 2021

www.saco.se

Välfärdens framtida finansiering?

– Vad är problemet?¹

1. Uppdraget

Ramen ges av två kongressbeslut från Sacokongressen 2017. Där fastställdes att: Saco ska 1) verka för att det ska tillsättas en bred parlamentarisk kommitté för att hitta långsiktiga lösningar för välfärdens framtida åtagande och finansiering, 2) arbeta med hållbar hälsa i ett vidare perspektiv.

Det beslöts att det under kongressperioden initieras ett påverkansarbete som syftar till att tillsätta en parlamentariskt förankrad utredning med uppgift att beskriva hur det framtida offentliga välfärdsåtagandet ska se ut och hur det ska finansieras. I motionen som ledde fram till beslutet framfördes att det är politikernas uppgift att ta på sig ledartröjan om välfärdens framtida finansiering. Välfärdens utformning och omfattning behöver byggas på långsiktiga blocköverskridande strategier. Det är därför hög tid för Saco att driva frågan om att landets partier i Riksdagen ska ta sitt ansvar och utreda, vilka åtgärder som behövs för att säkerställa en hållbar framtid för svensk välfärdssektor.

Bakgrunden till motionen är en rapport från SKL som släpptes under 2010 och som analyserar välfärdens finansieringsbehov fram till 2035. Slutsatsen i rapporten var att det skulle krävas motsvarande 13 kronor i skatthöjning fram till 2035 för att klara befintliga välfärdsåtaganden. SKL menade att det fanns få entydiga svar på lösningar av välfärdens finansieringsdilemma. På grund av förändrad demografi och medborgarnas förväntningar på välfärdstjänster menade man att lösningen var att få fram politiska beslut om finansiering och verksamhetsprioriteringar.

Problembilden vad gäller hälsofrågor är de ökade hälsoklyftorna och att den demografiska utvecklingen medför att den svenska välfärden står inför stora utmaningar. Hälsofrågor är av stort samhällspolitiskt intresse inte minst ur ett makroekonomiskt perspektiv. Finansieringen av välfärden är en utmaning och förebyggande insatser är nödvändiga för att minska kostnaderna för samhället på lång sikt. En friskare befolkning minskar belastningen på den offentliga välfärden. Därför är det både ur ett individperspektiv och samhällsperspektiv viktigt att förebygga ohälsa genom tidiga insatser. Idag saknas tillräckliga resurser inom vården för detta, och det saknas också ett tydligt förebyggande uppdrag för hälso- och sjukvården. Det breda samhällsperspektivet är att hållbar hälsa ger ekonomisk tillväxt - friska medborgare ökar tillväxten och bidrar i högre rad till det gemensamma välfärdsbygget.

Denna underlagsrapport innehåller en bakgrundsbeskrivning av det övergripande problemet kopplat till den offentliga välfärdens finansiering, så som det beskrivs i forskning och den offentliga debatten.

¹ Denna rapport är ett diskussionsunderlag framtaget för Sacos ordföranderåd den 2 oktober, 2018. Under det möte diskuterades frågan om välfärdens framtida finansiering.

2. Den svenska modellen - välfärdsåtagandet

Den svenska välfärdsmodellen sätter ramarna för finansieringen av den framtida välfärden. Modellen bygger på tre grundpelare: 1) en arbetsmarknad som underlättar omställning, 2) en generell välfärdspolitik och 3) en ekonomisk politik med öppenhet och stabilitet. Det övergripande målet med den svenska modellen är att välståndet både ska öka, och fördelas jämlikt. De olika delarna i den svenska modellen har anpassats kontinuerlig över tid för att kunna hantera olika utmaningar och förändrade omständigheter. Det kommer modellen att behöva göra även framöver. Men målet om att ett ökat välstånd ska komma alla till del fortsätter att vara modellens bärande idé.

Den svenska välfärdspolitikens baseras på generella principer där alla medborgare ges tillgång till välfärdstjänster av hög kvalitet. Vidare ska det sociala trygghetssystemet ge rätt till ekonomisk trygghet för alla som uppfyller sina skyldigheter. Finansieringen av detta system ska ske solidariskt och via skatter. I den svenska modellen har man lyckats att förena effektivitet med jämlikhet. Det har skett genom att en hög andel av de offentliga utgifterna är produktiva, det vill säga, att en hög andel av utgifterna har en direkt effekt på sysselsättning och inkomster genom att de höjer människors produktivitet och sysselsättning (Produktiva utgifter avser här utgifter för utbildning, hälso- och sjukvård för personer under 60 år, barn- och äldreomsorg och aktiv arbetsmarknadspolitik). Detta är en ordning som även bör präglade de offentliga utgifternas användning framöver.

2.1 Vad avses med välfärd?

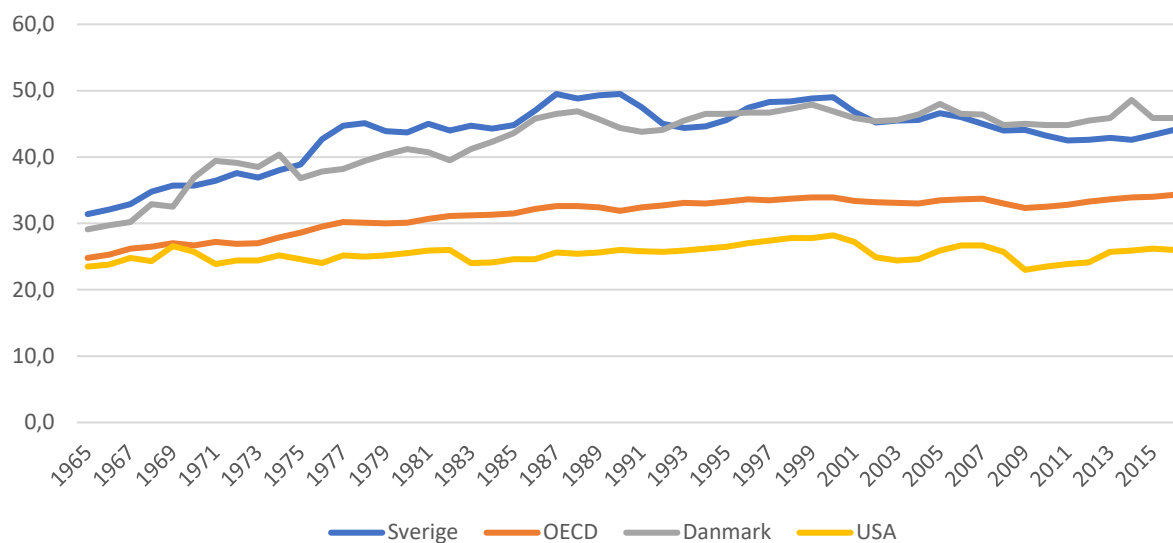
Välfärd är en samlingsbenämning på människors levnadsförhållanden och bygger på en redogörelse för deras ekonomi, hälsa, utbildning, bostadsförhållanden med mera. I den ekonomiska forskningen avser välfärd oftast individens samlade ekonomiska resurser. Allmän välfärd innebär att alla i samhället har en grundläggande nivå av till exempel skydd, säkerhet, mat, sjukvård och utbildning. Det är den senare betydelsen som är relevant för Sacos arbete.

Ofta används ordet i en snävare betydelse, där man betonar välfärdstjänster som tillhandahålls eller finansieras av den offentliga sektorn för att garantera en viss nivå av välfärd, och inkomstöverföringar med samma syfte. Relaterat till frågan om åtgärder för att uppnå välfärd för alla, eller strukturer som bidrar till detta, talar man också om social trygghet eller socialt skyddsnät.

Kongressmotionen tar sin utgångspunkt från SKL:s rapport, som uteslutande diskuterar kostnader kopplade till välfärdstjänster och hur dessa ska finansieras i framtiden. Välfärdsdebatten handlar därför till stor del om kostnaderna för **offentlig konsumtion**, eller mer exakt om kommunsektorns kostnadsutveckling. Men den offentliga sektorn är större än så. Av den anledningen kanske det är mer relevant att beakta finansieringen av hela den offentliga sektorn, eftersom den till övervägande del finansieras med hjälp av skatter och avgifter?

Den offentliga sektorns storlek beskrivs ibland med hjälp av **skattekvoten**, det vill säga de samlade skatterna som andel av BNP. Det kan vara en rimlig utgångspunkt, eftersom utredningen till stor del ska handla om hur skattesystemet bör vara utformat för att på bäst sätt främja invånarnas välfärdsbehov. Som framgår av figur 1 så har Sverige en internationellt sett hög skattekvot. Sverige ligger inte överst bland OECD-länderna, men tillhör den grupp av länder som ligger överst på listan. Det som förenar de nordiska ländernas välfärdsåtagande är just den höga skattekvoten. Bortsett från Norge så ligger de nordiska länderna i topp.

Figur 1. Skattekvot bland OECD-länder, 1965–2016.



Källa: Ekonomifakta.

2.2 Ökade pensionsutbetalningar belastar inte statens budget

Den offentliga sektorn kan delas in i tre olika delsektorer: Den statliga sektorn, kommunsektorn och ålderspensionssystemet. Respektive sektor har sina utgifter och inkomster, som var för sig bidrar till de offentlig finansernas utgifter och inkomster.

Vilken betydelse har då pensionsutbetalningarna för de offentliga finanserna när andelen pensionärer i befolkningen ökar? Den inkomstbaserade delen av ålderspensionssystemet, som består av inkomstpension och premiepension, är finansiellt *autonomt* och skiljt från statsbudgeten. Inkomstpensionssystemet är ett så kallat fördelningssystem, vilket innebär att det är samma pengar som betalas in under en månad i form av avgifter som betalas ut i form av pensioner. I premiepensionssystemet fonderas pensionsrätterna och motsvarar därför individuella förmögenheter. Utgifterna för den inkomstgrundade ålderspensionen belastar således inte statsbudgeten. Om de inbetalade avgifterna till inkomstpensionssystemet inte räcker till de aktuella pensionsutbetalningarna, så täcks underskottet av medel ur systemets buffertfond, som består av fyra självständiga fonder. Det innebär att demografiska förändringar som medför att andelen pensionärer ökar, i liten omfattning kommer att belasta statens budget som en följd av ökade pensionsutbetalningar.

Men alla som bor i Sverige har inte rätt till full inkomstbaserad ålderspension. För dem erbjuder det allmänna pensionssystemet en garantipension. Pensionsrelaterade belastningar på de offentliga finanserna uppkommer därför huvudsakligen när ett ökat antal äldre har haft låga eller inga arbetsinkomster under sitt liv, och därför är berättigad till garantipension och eventuellt bostadstillägg. Det sker eftersom garantipensionen finansieras med allmänna skattemedel. Men regeringens egna prognoser visar att antalet garantipensionärer kommer att minska de kommande åren. De blivande ålderspensionärerna har i allt högre utsträckning haft en pensionsgrundande inkomst och väntas därför få en i genomsnitt högre inkomstgrundad pension än dagens ålderspensionärer, vilket innebär att de inte väntas få garantipension i samma utsträckning som tidigare. Som en följd av detta väntas antalet pensionärer med garantipension

minska under perioden 2018–2021 (Prop. 2017/18:100). Av dem som upp-
bär garantipension är knappt 80 procent kvinnor. Pensionsmyndigheten visar också i
sin statistik att andelen pensionärer som uppstår grundskydd har minskat under de
senaste 15 åren. Det här innebär att staten, men kanske i första hand kommunsektorns
kostnadsutveckling bör ligga i fokus när välfärdens framtida finansiering diskuteras.

Men även om pensionssystemet som sådant är finansiellt stabilt så finns det fort-
farande kritik som framförs. Kritiken berör i första hand pensionernas nivåer och det är
många som idag uttrycker oro för nivån på sin kommande pension. Siffror från SCB
visar att dagens pensionärer i snitt bara får ut knappt 49 procent, alltså mindre än
hälften, av sin slutlön i allmän pension. Läger man till både tjänstepension och privat
pensionssparande är snittet runt 64 procent. Prognoser visar dessutom att ersättnings-
nivåerna kommer att bli ännu lägre för framtidens pensionärer. För att stärka pension-
erna, och tilltron till pensionssystemet, behövs politiska åtgärder som uppmuntrar till
både mer arbete och mer sparande, eftersom systemet är utformat på ett sådant sätt
att nivån påverkas av konjunkturella och demografiska faktorer, och av hur länge en
individ väljer att arbeta. I takt med att antalet pensionärer ökar, kommer alltså nivån på
pensionen för den enskilde att sjunka om man inte har möjlighet att arbeta längre än till
65 år, där den genomsnittliga pensionsåldern ungefär ligger idag.

Ett problem som är kopplat till legitimiteten i systemet består i skillnaden i pension
mellan att inte ha arbetat alls jämfört med att ha arbetat ett långt arbetsliv med låg
inkomst, det så kallade respektavståndet. Detta avstånd är idag lågt, vilket är ett
problem för legitimiteten. En fråga som diskuteras idag är om inbetalningarna till
systemet bör öka, för att på så sätt öka nivåerna i pensionerna. Det är en politisk fråga
att ta ställning till, eftersom de kan påverka storleken på de indirekta skatterna på
arbete.

Pensionssystemet finansieras idag med en allmän pensionsavgift, arbetsgivaravgift
(egenavgift) och en statlig ålderspensionsavgift. Den allmänna pensionsavgiften (7%)
dras på lönen, men i samband med taxeringen sker ett automatiskt avdrag som
motsvarar hela avgiften, vilket gör att individens disponibla inkomst inte påverkas. Den
allmänna pensionsavgiften finansieras därför med allmänna skattemedel. Arbetsgivare
betalar en pensionsavgift (10,21%) och staten betalar en ålderspensionsavgift
(10,21%) för dem som har ersättningar från social- och arbetslöshetsförsäkringen.
Ökade inbetalningar till pensionssystemet skulle därför kunna beröra dessa avgifter.

Pensionsskulden i kommuner och regioner är något som har diskuterats i media under
en viss tid och som skulle kunna vara en finansiell utmaning för välfärden i framtiden.
Pensionsskulden är den skuld som kommuner och regioner har till sina anställda och
före detta anställda enligt pensionsavtalet och som ger rätt till tjänstepension så länge
individerna lever. Om livslängden blir längre än väntat så blir både kostnaden och
skulden högre. Skandia har beräknat skulden till 478 miljarder kronor. Men SKR menar
att det framför allt är bolag som är intresserade av att sälja försäkringslösningar till
kommuner som talar om "den dolda pensionsskulden". SKR menar därför att Sveriges
medborgare inte behöver oroa sig för pensionsskulden. Kommuner och regioner har
kontroll över sin pensionsskuld som trots allt minskar över tid. Sektorn bokför kostnader
för pensioner på ett betryggande sätt som enligt SKR innebär att ansvaret inte över-
vältras på framtida generationer.

3. Hur finansieras dagens välfärd?

Sveriges offentliga finanser innehåller uppgifter om inkomster och utgifter som Sverige har under ett år. Från tabell 1 framgår det att huvuddelen av de offentliga finansernas inkomster kommer från skatter och avgifter. På motsvarande sätt så går dessa inkomster huvudsakligen till offentlig konsumtion och transfereringar. Skillnaden mellan inkomster och utgifter kallas i detta sammanhang för *finansiellt sparande*, som alltså kan vara både positivt och negativ. Detta sparande regleras som en del av det finanspolitiska ramverket. Riksdagen fastställde 2007 ett överskottsmål som innebär att det finansiella sparandet ska uppgå till 1 procent av BNP i genomsnitt över en konjunkturcykel. Från och med budgetåret 2019 kommer dock målet att ändras till en tredjedels procent av BNP i genomsnitt över en konjunkturcykel. Som framgår av tabell 1 uppgick det finansiella sparandet 2016 till 1,2 procent av BNP, vilket alltså ligger över målet enligt nuvarande och kommande överskottsmål.

Tabell 1. Sveriges offentliga finanser 2010 och 2016, nominella värden.

	2010		2016	
	Nivå (milj. kr)	Andel av BNP	Nivå (milj. kr)	Andel av BNP
Inkomster				
Skatter & avgifter	1 515 768	43,1	1 933 423	43,9
Kapital	64 760	1,8	66 219	1,5
Övrigt	155 485	4,4	183 089	4,2
Summa	1 736 013	49,3	2 182 731	49,6
Utgifter				
Konsumtion	886 372	25,2	1 151 745	26,1
Transfereringar	656 977	18,7	766 476	17,4
Investeringar	152 112	4,3	186 868	4,2
Kapital	41 689	1,2	25 409	0,6
Summa	1 737 150	49,4	2 130 498	48,4
Finansiellt sparande	-1 137	0	52 233	1,2

Källa: Konjunkturinstitutet.

Tabell 2. Offentliga utgifter fördelade på ändamål, som andel av BNP.

Ändamål	1995	2000	2005	2010	2016
Socialt skydd	25,6	22,1	22,2	20,7	20,6
Allmän offentlig förvaltning	11	9,8	7,8	7,4	6,6
Utbildning	7	6,5	6,7	6,5	6,6
Hälso- och sjukvård	6,1	5,9	6,5	6,8	6,9
Infrastruktur, ekonomiska frågor	5,6	3,6	4,2	4,4	4,1
Försvaret	2,4	2,2	1,7	1,5	1,2
Samhällsskydd, rättsskipning	1,4	1,2	1,3	1,4	1,3
Övrigt	4,7	2,1	2,2	2,1	2,1

Anm. Övrigt består av följande ändamål: miljöskydd, bostadsförsörjning och samhällsutveckling, fritidsverksamhet, kultur och religion.

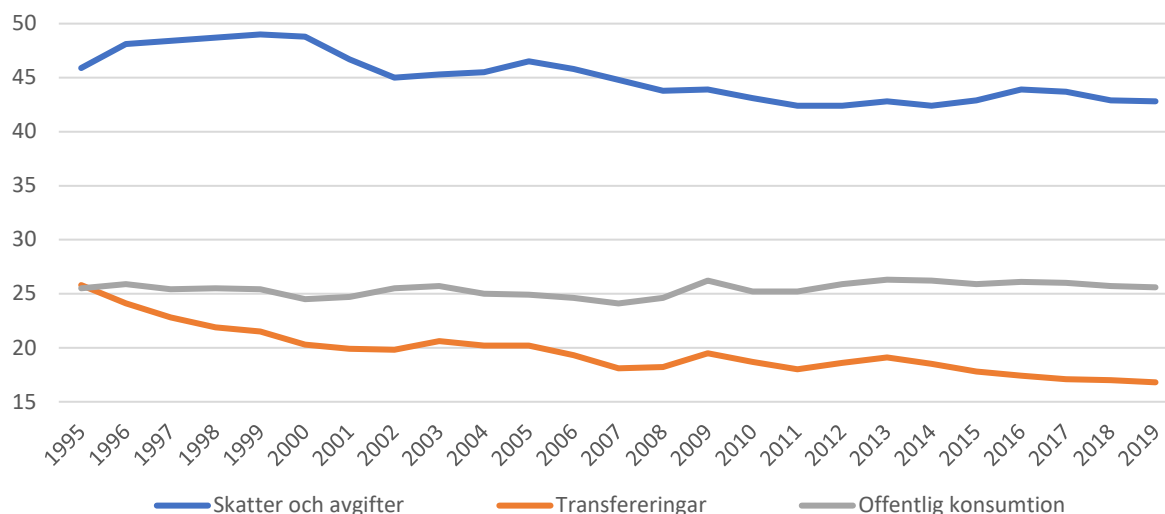
Källa: Ekonomifakta.

Som framgår av tabell 2, så står välfärdstjänsterna för huvuddelen av utgifterna, där socialt skydd utgör den enskilt största posten som andel av BNP. Socialt skydd avser främst olika typer av transfereringar, exempelvis sjuk- och arbetslöshetsersättningar och pension. Men de offentliga utgifternas andel av BNP har minskat över tid.

Normalt sett förstärks den offentliga-finansiella ställningen när ekonomin växer, eftersom skatteintäkterna ökar i ungefär samma takt som BNP i löpande priser, medan de offentliga utgifterna ökar något långsammare vid en oförändrad politik. Anledningen till det är

att vissa transfereringar inte automatiskt räknas upp i takt med att BNP ökar. Anslagen till de statliga myndigheterna kompenseras vidare inte fullt ut för att lönerna ökar, eftersom viss produktivitetsökning förutsätts i pris- och löne-omräkningssystemet. Utan nya aktiva beslut förstärks därför de offentliga finanserna normalt automatiskt. Detta framgår till viss del i figur 2 där transfereringars andel av BNP avtar över tid. Det är därför intressant att notera att skattekvoten har minskat på motsvarande sätt sedan 2000 fram till idag. Offentlig konsumtion å andra sidan, har ökat i takt med BNP, vilket visar sig genom att utvecklingen har hållit sig stabil runt 25 procent de senaste 25 åren.

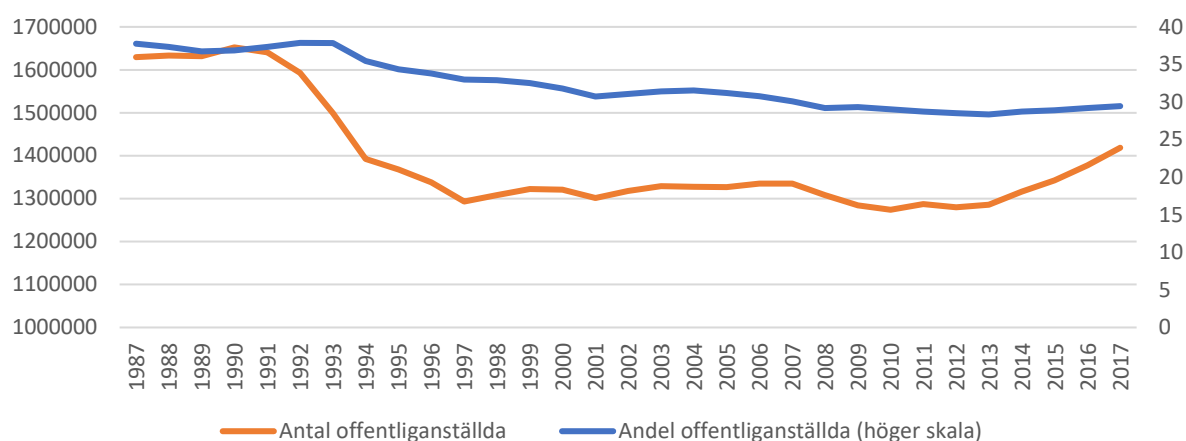
Figur 2. Skatter, transfereringar och offentlig konsumtion som andel av BNP, procent.



Källa: Ekonomifakta.

Den ekonomiska krisen under 1990-talet innebar ett stort tryck på politikerna att reducera kostnaderna i den offentliga sektorn. Eftersom en stor del av den offentliga sektorns kostnader består av lönekostnader, reducerades antalet anställda relativt mycket under 1990-talet. Det var många som förlorade sitt arbete under 1990-talskrisen, men antalet anställda minskade mest i den offentliga sektorn. Andelen offentliganställda minskade från runt 37 procent till en nivå runt 30 procent år 2017 (figur 3). Från 2014 och framåt har dock antalet anställda i offentlig sektor ökat kraftigt. Men det har samtidigt varit en del av en generell sysselsättningsökning som skett på arbetsmarknaden, vilket medfört att andelen anställda i offentlig sektor har planat ut, snarare än ökat.

Figur 3. Andel i procent och antal anställda i offentlig sektor.



Källa: Ekonomifakta.

Skatteintäkterna som används för den offentliga sektorns finansiering kommer från de skattebaser som anges i tabell 3. Som framgår är skatt på arbete en mycket viktig skattebas. Närmare 60 procent av de totala skatteintäkterna kommer från just den skattebasen. Storleken på intäkterna beror i första hand på sysselsättningsgraden och bestäms av hur många som arbetar och hur höga lönerna är. Hur hög skattesatsen är har också betydelse. Men eftersom inkomstskatter påverkar individers beteende, så leder för höga skatter till effektivitetsförluster som kan ha negativa effekter på ekonomin, eftersom det bland annat har en påverkan på incitamenten att arbeta. Men det kan också påverka beteendet på så sätt att arbetsinkomster omvandlas till kapitalinkomster, eftersom de beskattas betydligt lägre. Inkomstomvandling är negativt för ekonomin, och bör därför motverkas när det sker systematiskt, vilket kan ske genom ett väl avvägt skattesystem. Detta är därför ett problem som behöver beaktas i Sverige.

Tabell 3. Skattestruktur, beskattningsåret 2016.

Skattebaser	Belopp mdkr	Andel av total (%)	Andel av BNP (%)
Inkomst från arbete	1104,7	58,7	25,1
Inkomst från kapital	131,6	7,0	3,0
Företagarinkomst	142,2	7,6	3,2
Mervärdeskatt	372,7	19,8	8,5
Punktskatter	130,9	7,0	3,0
Totala skatteintäkter	1882,1	100,0	42,7

Källa: Skatteverket.

Eftersom inkomstskattesystemet i Sverige är progressivt, beskattas högre inkomster mer än lägre inkomster. Det innebär samtidigt att inkomstgrupper med högre inkomster bidrar mer till de offentliga finanserna. Det visar sig att sysselsatta med de 40 procent högsta inkomsterna står för mer än två tredjedelar av hushållens totala skattebetalningar.

4. Det framtida finansieringsproblemets orsaker

I den offentliga debatten brukar orsakerna till problemet med den offentliga välfärdens framtida finansiering sammanfattas i tre punkter: 1) den demografiska utvecklingen som innebär ett ökat behov av vård och omsorg på grund av att andelen äldre i befolkningen ökar, 2) den relativa kostnaden för välfärdstjänster ökar snabbare än andra

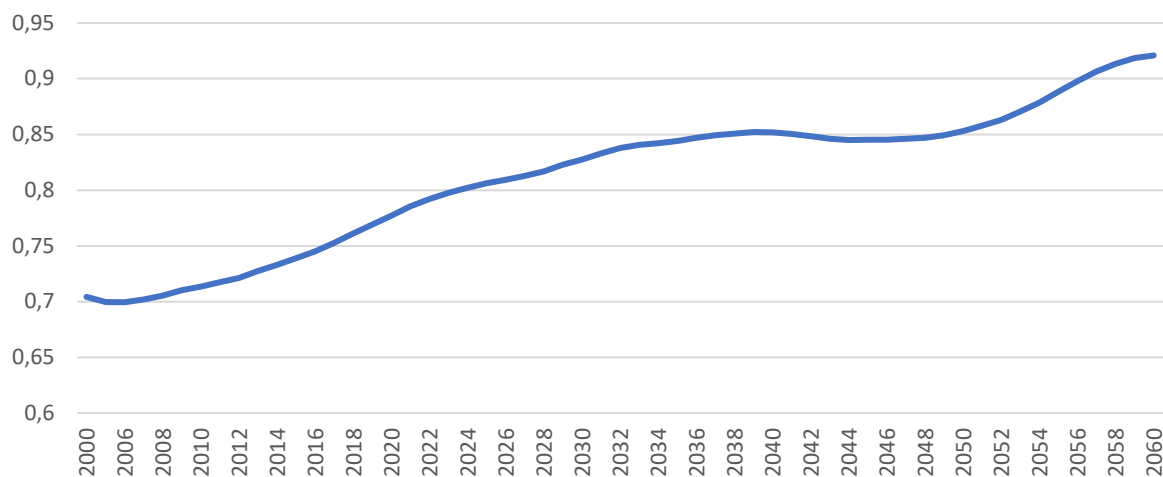
produkter i ekonomin eftersom tjänsters produktivitet är svår att öka utan att kvaliteten försämras och 3) i takt med att välståndet ökar i befolkningen, kommer också efterfrågan på välfärdstjänster att öka. Argumentet är att dessa tre faktorer tillsammans bidrar till att kostnaderna för den offentliga välfärden kommer att öka snabbare än de intäkter som följer av en ökad ekonomisk tillväxt med oförändrade skatteregler. Följden blir att välfärden förr eller senare kommer att drabbas av en kostnadskris. Frågan som ställs är hur de växande kostnaderna ska hanteras inom ramen för den svenska modellen, med en generell välfärdspolitik och en solidarisk finansiering via skatter? Nedan följer en närmare beskrivning av respektive kostnadsfaktor som nämndes ovan.

4.1 Den förändrade demografin leder till ett ökat kostnadstryck

Den demografiska förändringen som har skett i Sverige är tydlig. År 1960 tillbringade männen i ett typiskt OECD-land 50 år av sitt liv i arbete, medan 18 år gick till barndom, studier och en kort tids pension. Idag kan man räkna med att jämnt hälften, omkring 38 år, av livet går till arbete, medan tiden för studier, arbetslöshet, och pension med mera blir betydligt längre. Detta är en utmaning för våra trygghetssystem, som därför måste anpassas.

Den förväntade medellivslängden i befolkningen ökar med i storleksordningen 3 månader per 1 års klass. Många förutspår att det faktum att människor lever längre bland annat kommer att leda till kraftigt ökade sjukvårdsutgifter. Det är ett resultat som följer av att människor fortsätter att få sjukdomar som tidigare, men dels kommer att få och ha sjukdomarna under en längre tid, dels kommer att vara fler till antalet. Detta skapar belastningar i den offentliga äldrevården eftersom det kräver mer resurser om det offentliga åtagandet ska bibehållas till samma eller bättre kvalitet.

Figur 4. Försörjningskvoten (ej i arbetskraft/i arbetskraft (20–64)).

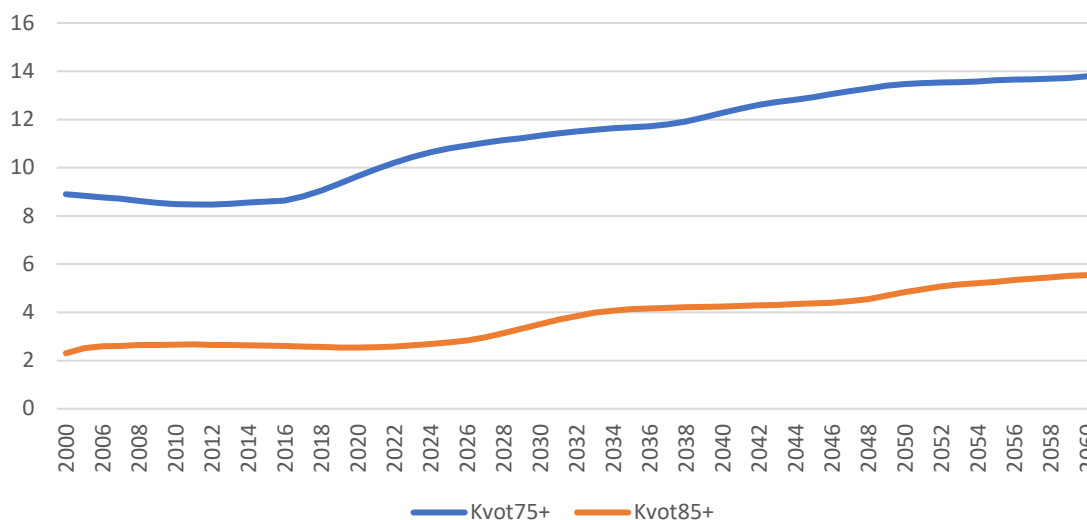


Källa: SCB.

Försörjningskvoten i figur 4 visar att andelen i befolkningen som befinner sig utanför arbetskraften kommer att öka som andel av befolkningen som befinner sig i arbetskraften. Figuren visar att 100 arbetande individer år 2000 behövde försörja 70 individer utöver sig själv. År 2040 kommer denna siffra att öka till 84 individer, vilket motsvarar en ökning med 20 procent. Försörjningskvoten tar alltså hänsyn till både yngre och äldre individer som belastar välfärdssystemet.

Ett annat sätt att illustrera hur demografin påverkar de offentliga utgifterna är att studera hur andelen äldre med hög ålder utvecklas. I figur 5 redovisas utvecklingen för två relevanta grupper, det vill säga, andelen som är äldre än 75 respektive 85 år. Det finns dock en viktig skillnad mellan grupperna. Generellt sett ökar vårdbehovet betydligt för personer över 85 år.

Figur 5. Andel 75+ och 85+ av befolkningen över tid.

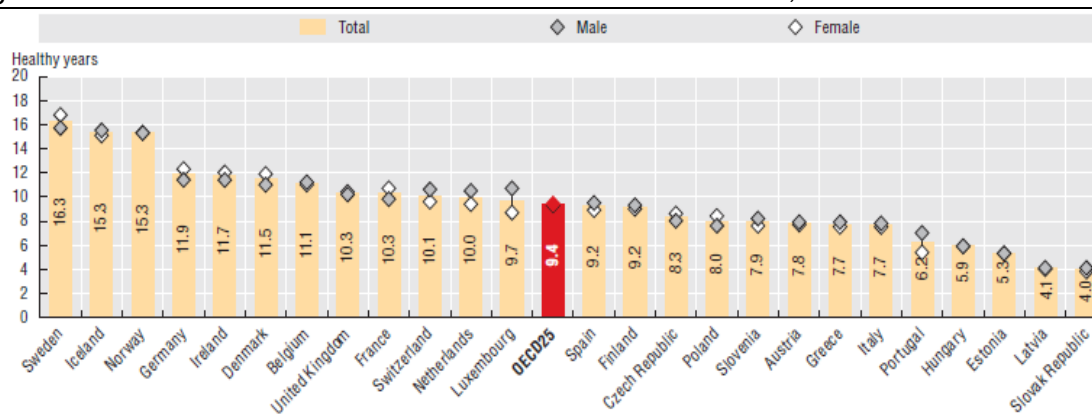


Källa: SCB.

De flesta 40-talister är nu 70 år eller äldre och har därför gått i pension. Det är också först nu som andelen 75-åringar börjar växa mer markant. Men det är i första hand gruppen 85-åringar som är en belastning för vården eftersom den gruppen är mer vårdkrävande. Den här gruppens andel har dock inte börjat öka ännu, vilket sker först runt år 2026, enligt SCB:s prognoser. Även om andelen äldre blir allt större i befolkningen, så är det också bra att komma ihåg att vi också håller oss friska allt högre upp i åldrarna. I det avseendet ligger Sverige bra till internationellt sett.

Figur 6 visar att Sverige ligger överst på listan bland OECD-länder med hälsosamma levnadsår efter 65 års ålder. För Sveriges del innebär det att vi i genomsnitt lever ett friskt liv fram till 81 års ålder, varefter krämporna tar vid och vårdbehoven ökar. Under 2015 uppgick den förväntade levnadsåldern för kvinnor till 84,0 år medan motsvarande siffra för män var 80,4 år, vilket är en skillnad på 3,6 år. Det innebär att skillnaden i hälsosamma år är betydligt mindre mellan kvinnor och män jämfört med skillnaden i förväntad levnadsålder. Det faktum att vi lever allt längre innebär alltså att även de friska åren blir fler, vilket är positivt i flera avseenden. Men det behöver inte betyda att kostnaderna blir lägre, eftersom det är ny teknik och nya mediciner som hjälper oss att leva längre och bota eller reducerar symtomen på många sjukdomar som ofta följer av hög ålder. Eftersom teknisk utveckling är förenat med kostnader och ny teknik är dyr kommer kostnaderna att öka över tid om vi vill att standarden på vården ska öka, och den senaste tekniken ska användas.

Figur 6. Hälsosamma levnadsår efter 65 år för kvinnor och män, 2015.



Anm.: Avser "Healthy life years: it is defined as the number of years that a person is expected to continue to live in a healthy condition. A healthy condition is defined as one without limitation in functioning and without disability".
Källa: Eurostat, 2017.

Bedömningar visar dock att de offentliga finanserna uppfyller det så kallade hållbarhetskriteriet. Det betyder att skattesystemets nuvarande utformning kan finansiera de utgifter som följer av den åldrande befolkningen med nuvarande nivå på välfärdstjänsterna (vård, skola och omsorg). Detta förhållande är det viktigt att vara medveten om. Men det är också viktigt att notera att dessa bedömningar grundas på kritiska antaganden, det vill säga att standarden inom välfärdstjänsterna förblir oförändrad över tiden, liksom utformningen av socialförsäkringssystemet. Det innebär att de ökande behoven och den ökade efterfrågan på välfärdstjänster, liksom de möjligheter som skapas av teknisk utveckling inte tas med i beräkningarna.

Välfärdstjänsterna ska svara mot de flesta människors behov och erbjuda en god standard. Det betyder att de offentliga välfärdstjänsterna inte ska vara av sämre kvalitet och inte enbart vara till för dem som inte har råd med något annat. Detta bidrar till att gapet mellan behov (efterfrågan) och resurser ökar över tid.

4.2 Hållbar hälsa minskar kostnader på sikt

Åtskilliga aktörer såsom Världsbanken, WHO och EU, långtidsutredningar och forskningsrapporter har genom åren påvisat ett samband mellan hälsa och ekonomisk utveckling.

Ett av de globala målen i Agenda 2030 (Mål 3), handlar om Hälsa och välbefinnande och formuleras: Säkerställ att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar. I målet slås fast att god hälsa är en grundläggande förutsättning för människors möjlighet att nå sin fulla potential och att bidra till samhällets utveckling. Investeringar i hälsa genom till exempel hälso- och sjukvårdssystem är en återinvestering i samhällets utveckling i stort. Därtill är bästa möjliga hälsa, inklusive nödvändig hälso- och sjukvård, mat, vatten, ren luft, sanitet, hygien och läkemedel, grundläggande rättigheter.

Problembilden vad gäller hälsofrågor är de ökade hälsoklyftorna och att den demografiska utvecklingen medför att den svenska välfärden står inför stora utmaningar. Hälsofrågor är av stort samhällspolitiskt intresse inte minst ur ett makroekonomiskt perspektiv. Finansieringen av välfärden är en utmaning och förebyggande insatser är nödvändigt för att minska kostnaderna för samhället på lång sikt.

En friskare befolkning minskar belastningen på den offentliga välfärden. Därför är det både ur ett individperspektiv och samhällsperspektiv viktigt att förebygga ohälsa genom tidiga insatser. Idag saknas tillräckliga resurser inom vården för detta, och det saknas också ett tydligt förebyggande uppdrag för hälso- och sjukvården.

Det breda samhällsperspektivet är att hållbar hälsa ger ekonomisk tillväxt - friska medborgare ökar tillväxten och bidrar i högre grad till det gemensamma välfärdsbygget.

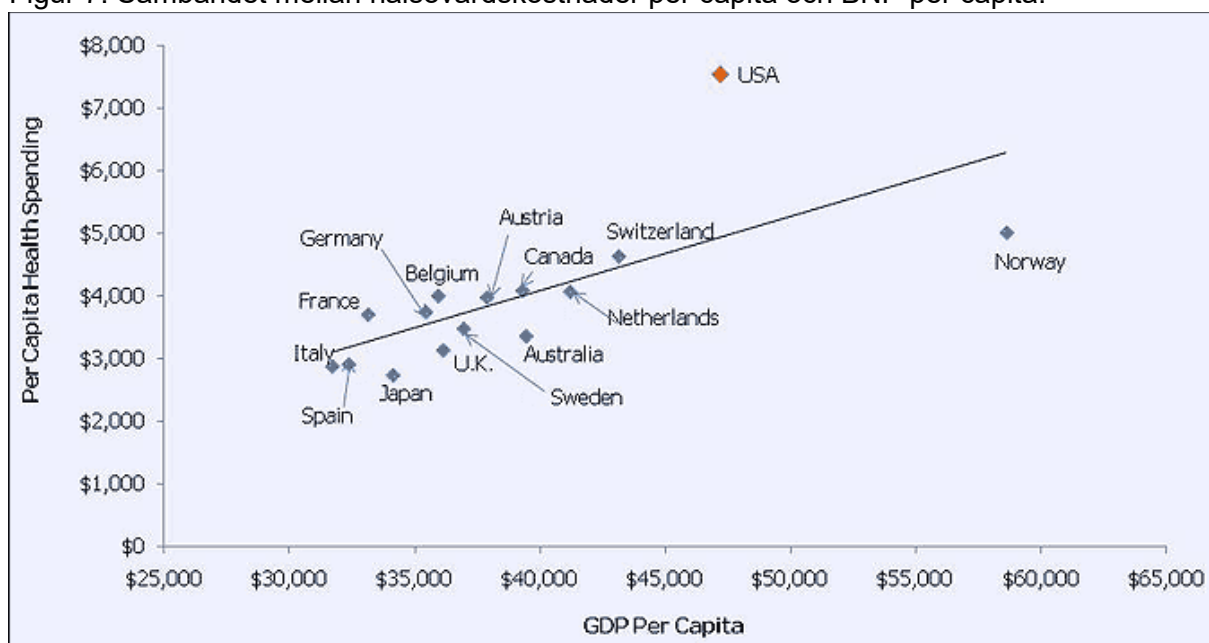
Vilka mekanismer handlar det om? Barn med god hälsa klarar sig bättre i skolan och höjer därmed utbildnings- och kompetensnivån i samhället. God hälsa leder till fler arbetade timmar och ett ökat arbetsutbud, vilket har positiva effekter på produktivitet och tillväxt. Hälsförbättringen skulle även kraftigt förstärka de offentliga finanserna eftersom behovet av äldreomsorg skulle minska liksom kostnaderna för sjukfrånvaro.

4.3 Ökat välstånd leder till ökad efterfrågan på välfärd (Wagners lag)

En annan problematisk omständighet är att ett ökat välstånd leder till att kraven på det skattefinansierade välfärdsåtagandet ökar. Den effekten (Wagners lag) innebär att efterfrågan på de tjänster den offentliga sektorn tillhandahåller ökar som andel av BNP när BNP per capita växer. Ett skäl till det kan vara att ett samhälle med högre välstånd samtidigt blir mer komplext, och att behovet av en sammanhållande offentlig verksamhet och rättsstat därför blir större. En annan förklaring är att högre inkomster medför ökade krav på skattefinansierade välfärdstjänster som utbildning, kultur och vård. För finanspolitiken innebär Wagners lag ett försvårat hållbarhetsproblem eftersom kraven på den offentliga sektorn ökar kontinuerligt när ekonomin växer.

Sambandet brukar illustreras med hjälp av figurer som visar relationen mellan nationalinkomst och hälso- och vårdkostnader för olika länder. Ju högre nationalinkomsten är, desto högre är kostnaderna för välfärdstjänster. I det sammanhanget brukar USA ligga i topp, vilket framgår av figur 7 när det till exempel gäller sjukvårdskostnader.

Figur 7. Sambandet mellan hälsovårdskostnader per capita och BNP per capita.



Figur 7 visar att det finns ett positivt samband. Vissa studier antyder till och med att inkomstelasiticiteten är högre än 1. Det innebär i så fall att när inkomsten ökar med 1 procent så ökar efterfrågan på välfärdstjänster, till exempel i form av hälsovård och utbildning med mer än 1 procent. Det faktum att efterfrågan ökar mer än inkomsten, innebär att de tillväxtrelaterade skatteintäkterna inte kommer att räcka till med oförändrade regler. Bedömare menar att detta kommer att kräva högre skatter.

Detta var också ett fenomen som Tage Erlander beskrev som *dom stigande förväntningarnas missnöje* och som var en direkt följd av ökat välstånd. Människan förändrar sitt beteende i takt med att välståndet ökar helt enkelt.

4.4 Välfärdstjänster blir dyrare relativt sett över tiden eftersom de är svåra att effektivisera (Baumols kostnadssjuka)

Värdet av varuproduktionen sjunker kontinuerligt som andel av BNP samtidigt som andelen tjänster ökar. En allt större del av BNP består av utbildning, analyser, service och vård. Det innebär att tjänster blir allt dyrare jämfört med varor. Ekonomer brukar säga att relativpriset för tjänster ökar. Det betyder att den som vill köpa en tjänst behöver betala mer för den jämfört med vad man behöver betala för varor. En dator kan på två år sjunka till hälften i pris, medan en datorutbildning inte kan sjunka lägre än till lärarens lön, som generellt sett ökar över tid. Klasserna kan givetvis bli större, men det finns gränser om man vill behålla eller förbättra kvaliteten på utbildningen.

En utmaning för finanspolitiken är alltså att det är svårt att årligen effektivisera tjänster som utbildning, barn- och äldreomsorg i samma takt som övrig produktion. Samtidigt följer lönerna i dessa sektorer i stort sett utvecklingen i sektorer som har en högre produktivitetstillväxt, vilket tenderar att leda till att den relativa enhetskostnaden för arbetsintensiva tjänster successivt stiger. Detta förhållande kallas ibland för Baumols lag eller kostnadssjukan för arbetsintensiva tjänster.

Konsekvensen för den offentliga sektorn är att kostnaderna för att tillhandahålla en oförändrad omfattning av till exempel barn- och äldreomsorg med tiden tenderar att öka i förhållande till den allmänna prisutvecklingen i samhället. Det råder en viss oenighet om i vilken utsträckning Baumols lag gäller för all skattefinansierad verksamhet. I nationalräkenskaperna har produktivitetstillväxten tidigare antagits vara noll inom den offentliga sektorn. Många anser dock att produktiviteten faktiskt har ökat inom vissa delar av den skattefinansierade tjänsteproduktionen, exempelvis inom sjukvården. Det är dock svårt att belägga produktivetsförändringar inom den offentliga sektorn eftersom merparten av den offentliga produktionen inte avsätts på en marknad med fri prissättning. För att en eventuell produktivetsökning ska resultera i lägre offentliga utgifter måste den leda till en minskad resursanvändning. Det innebär att samma antal lärare, sjukvårdspersonal, med flera ska kunna producera en ökad mängd välfärdstjänster, eller att antalet lärare och sjukvårdspersonal i framtiden till och med ska kunna minska utan att servicenivån försämras.

Det är dock inte självklart att högre relativa enhetskostnader i den offentliga produktionen automatiskt leder till att utgifterna ökar. De offentliga utgifternas storlek bestäms i en politisk process där kostnaderna för ett ökat skatteuttag måste ställas mot vinsterna av en högre tjänsteproduktion. Högre enhetskostnader kan leda till en minskad produktion i denna process. Det går därför inte att på förhand avgöra i vilken utsträckning kostnadstrycket verkligen leder till ökade utgifter eller minskad produktion. Vissa bedömare menar att kostnadsökningen innebär att åtgärder måste vidtas för att

hitta alternativa finansieringsmöjligheter. Slutligen kan det vara värt att poängtera att Baumols kostnadssjuka gäller för tjänster i allmänhet, och inte enbart tjänster som utförs i offentlig regi.

4.5 Ökade realinkomster ökar efterfrågan på fritid

De kostnadsdrivande faktorerna som beskrevs ovan handlar i första hand om positiva faktorer, vilket är bra att komma ihåg. Vi lever längre, produktiviteten och välståndet ökar, vilket leder till beteendeförändringar. En beteendeförändring som just är relaterad till ökat välstånd är det faktum att intresset för att arbeta (mycket) minskar. Ekonomer brukar säga att efterfrågan för fritid ökar i takt med att inkomsten ökar, vilket innebär att det finns en inkomsteffekt som påverkar antal arbetade timmar i ekonomin negativt. Alltså, när inkomsterna stiger så kommer behovet av den materiella välfärden att förr eller senare att mättas, samtidigt som fritid värderas allt högre (eller framför allt det som fritid medför). Man tänker sig att den materiella välfärden har en avtagande marginalnytta för individen, och andra betingelser blir viktigare, så som till exempel att umgås mer med sina barn, sin familj och vänner eller att helt enkelt ha möjlighet att utveckla sina intressen. Mer fritid och därmed färre arbetade timmar leder till minskande skatteinkomster för ekonomin utan att utgifterna nödvändigtvis behöver minskar i samma utsträckning. Detta är ett problem som också måste beaktas i det här sammanhanget.

Samtidigt kan framtida generationer arbeta lika många timmar som i dag och ändå öka sin fritid. En ökad livslängd som inte för med sig en lika stor ökning av pensionsåldern innebär att tiden som pensionär ökar. Om arbetslivet förlängs i paritet med att medellivslängden ökar, samtidigt som den genomsnittliga årsarbetstiden minskar, kan det sammanlagda arbetsutbudet över livet hållas konstant. Antalet arbetade timmar för ekonomin som helhet kan således vara oförändrat eller till och med vara högre än i dag, trots att även fritiden ökar över livscykeln.

4.6 Sammantaget ökar behovet mer än resurserna vid oförändrade skatter

Som beskrevs ovan kan den offentliga sektorns utgifter öka på grund av en åldrande befolkning, kostnadssjukan eller en högre efterfrågan när BNP ökar. Dessa utgifter kan komma att behöva finansieras av en minskande andel förvärvsaktiva i befolkningen, som med stigande inkomster möjligtvis vill öka sin fritid. En ökad efterfrågan på välfärdstjänster innebär inte nödvändigtvis att tjänsterna måste finansieras med skatter. En allt större privat finansierad välfärdssektor har vuxit fram under de senaste åren och möjligheterna att själv betala för välfärdstjänster har ökat. Möjligheten att köpa privata tjänster beror dock på den egna inkomsten och dessa är inte jämnt fördelade i befolkningen.

I Sverige tillhandahålls välfärdstjänster som vård, omsorg och utbildning därför i stor utsträckning via den offentliga sektorn till låga eller inga kostnader för brukaren. På detta sätt säkras att välfärdstjänsterna utnyttjas efter behov och inte efter betalningsförmåga. Dessutom är den samhällsekonomiska nyttan av välfärdstjänster ibland större än nyttan för den enskilda individen, vilket är fallet när tjänsterna ger upphov till så kallade positiva externa effekter. Utbildning, sjukvård och barnomsorg är exempel på tjänster som i många fall är till nytta inte enbart för dem som brukar dessa tjänster, utan även för samhället i stort. Preferenser för en jämn fördelning av välfärdstjänster och

förekomsten av positiva externa effekter talar för att produktionen av välfärdstjänster till stor del även fortsättningsvis bör finansieras med skatter.

En högre efterfrågan på välfärdstjänster kan dock komma att utgöra en utmaning för framtidens finanspolitik. Samtidigt växer välståndet och resurserna, vilket innebär att möjligheten att möta det finansiella dilemmaet ökar. BNP per capita i fasta priser förväntas vara nästan dubbelt så stor 2050, och nära fyra gånger så stor 2100, som 2010. Hushållens konsumtionsutgifter ökar på ett likande sätt, medan den skattefinansierade konsumtionen av olika välfärdstjänster, offentlig konsumtion, endast ökar i mycket begränsad omfattning i fasta priser. Befolkningen kommer därmed att i framtiden ha mer resurser att använda till konsumtion av varor och tjänster, inklusive välfärdstjänster. Den stora utmaningen är därför inte en framtida resursbrist, utan möjligheten att upprätthålla dagens höga andel av gemensam finansiering av de ökande behoven.

I vilken utsträckning välfärdstjänsterna ska finansieras offentligt eller privat är en avvägning där såväl fördelningspolitiska hänsyn och strukturpolitiska överväganden, som förekomsten av positiva externa effekter av vissa välfärdstjänster och effektivitetsförluster av höga skatter, måste beaktas. Det är inte självklart att en ökad efterfrågan på välfärdstjänster utöver dagens nivå uteslutande ska finansieras med skatter (prop. 2013/14:100). Även om problemen idag i många fall inte är akuta så måste arbetet med lösningar på den långsiktiga finansieringen påbörjas redan nu eftersom förändringar tar tid att genomföra och få effekt.

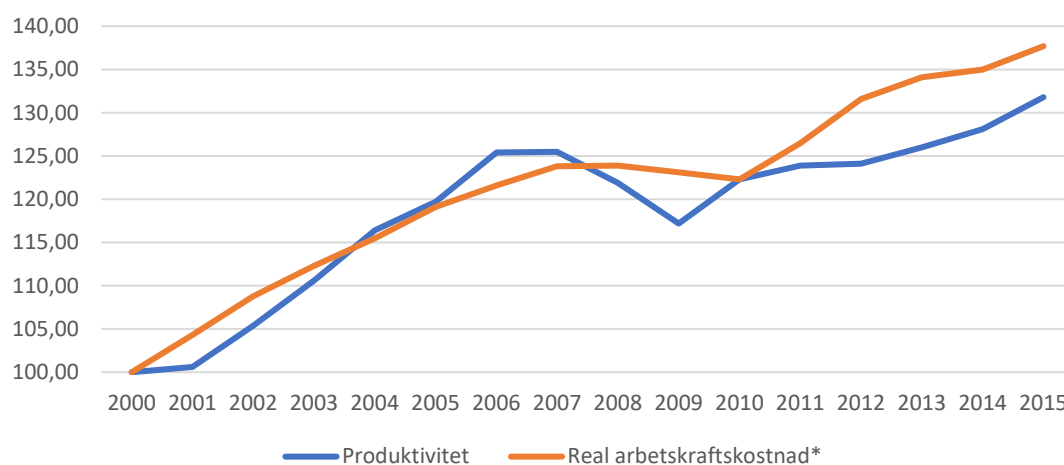
5. Vissa faktorer löser inte finansieringsproblemet

Det är också viktigt att vara medveten om vilka företeelser som inte löser problemet med de ökande kostnaderna för den framtida välfärden. Nedan listas några av dessa.

5.1 Ökad tillväxt löser inte problemet automatiskt

På en översiktlig nivå kan man säga att ett lands ekonomiska tillväxt per capita är beroende av två faktorer: produktivitetsförändringar och förändringar i antalet arbetade timmar. Det innebär att om ekonomin i ett land ska växa så måste så måste antalet arbetade timmar och/eller produktiviteten öka. Eftersom skatteintäkterna ökar, när nationalinkomsten växer, så är detta centralt för de offentliga finanserna.

Figur 8. Produktivitet och arbetskraftskostnad i privat sektor.

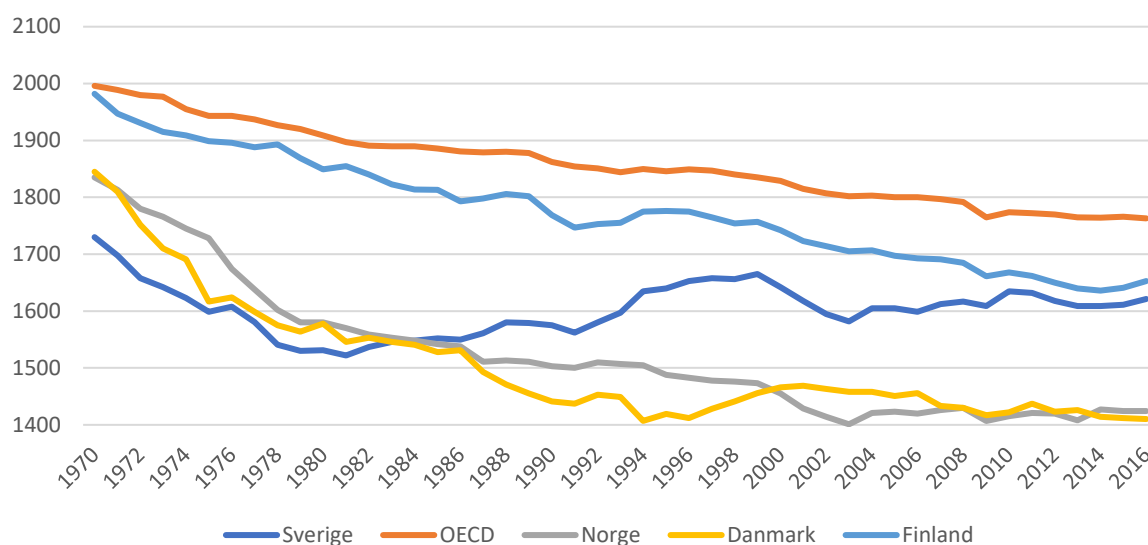


Källa: Konjunkturinstitutet.

Produktiviteten är dock en faktor som har betydelse i flera olika avseenden eftersom den både påverkar tillväxten i ekonomin så väl som löneutvecklingen på arbetsmarknaden. Generellt sett brukar man säga att löneutvecklingen i ekonomin följer produktivutveckling plus två procent inflation givet det inflationsmål vi har i Sverige. Skulle lönerna öka mer, finns det risk för att konkurrenskraften mot omvärlden försämras. Figur 8 visar hur följsamt arbetskostnadsutvecklingen i privat sektor följer produktiviteten. Innebörden av detta är att om tillväxten i ekonomin är produktivetsdriven, så kommer skatteintäkterna till statskassan att öka i samma takt som arbetskostnaden. Eftersom välfärdssektorn är arbetskraftsintensiv kommer de ökade skatteintäkterna därför huvudsakligen gå till ökade lönekostnader, eftersom lönerna i offentlig sektor följer dem i privat sektor. Det innebär att det blir lite över till teknikutveckling och standardhöjningar med oförändrade skatteregler. Produktivetsdriven tillväxt hjälper oss därför lite med finansieringen av de offentliga utgifterna.

Arbetslinjen och arbetade timmar i ekonom är därför central när det gäller tillväxt och finansieringen av den offentliga välfärden. Figur 9 visar hur arbetade timmar har utvecklats i Sverige jämfört med andra länder. De övriga nordiska länderna har haft en avtagande trend när det gäller arbetade timmar, vilket också gäller OECD generellt sett. Här avviker dock Sverige något från de övriga nordiska länder. Sedan 1980 bröts den negativa trenden, och är nu svagt positiv, med viss variation från år till år. Detta har bidragit positivt till de offentliga finanserna i Sverige.

Figur 9. Faktiskt antal arbetade timmar per sysselsatt och år.



Källa: Ekonomifakta.

5.2 Skatterna kan inte höjas hur mycket som helst. Vi ligger högt redan idag.

Som framgick i avsnitt 2.1 så har Sverige idag ett internationellt sett högt skattetryck, även om det har varit avtagande under de senaste åren. Men om vi ska behålla den generella välfärden och den huvudsakligen ska finansieras via skatter, så sätter det ett tryck på att skatterna måste öka av de orsaker som redogjorts för ovan. Det finns dock en del saker att reflektera över när det gäller höga skatter.

Det finns en rad uppenbara ekonomiska argument för varför höga skatter och stor omfördelning skulle leda till ineffektivitet och problem för den ekonomiska utvecklingen,

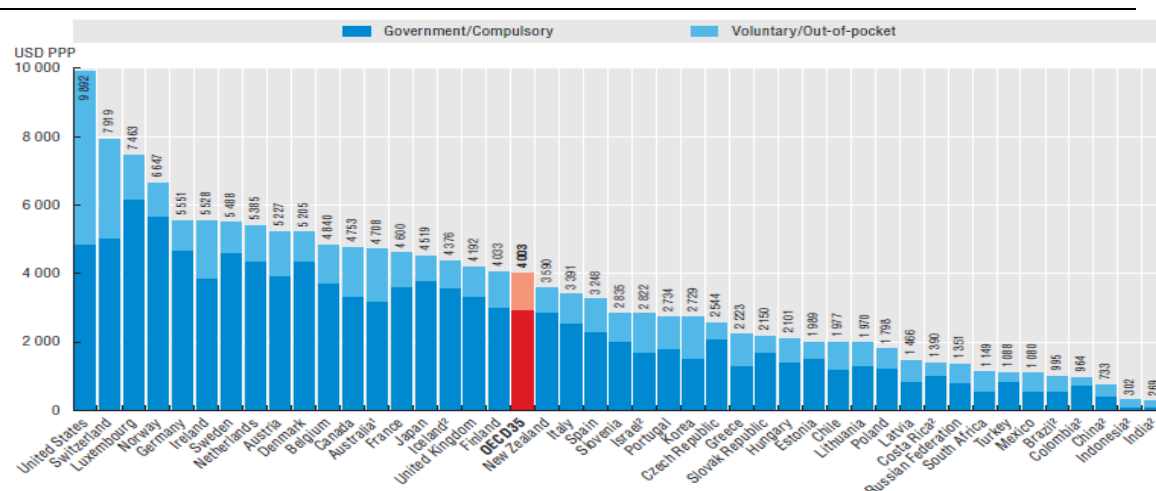
åtminstone på lång sikt. En grundläggande insikt är att skatter har både undanträngningseffekter och negativa incitamentseffekter. Det finns alltså en viktig avvägning mellan effektivitet och omfördelning.

Forskningen om ekonomiska effekter av ökade skatter bland länder som är jämförbara med Sverige visar en blandad bild. När det gäller sambandet mellan högt skattetryck och tillväxt konstateras att skatter sannolikt har en negativ effekt, även om just kausaliteten i dessa studier är svår att fastställa. Det som är intressant i det här avseendet är dock att studierna visar att det också har betydelse hur skatteintäkterna används. Om användningen är väl avvägd, kan det kompensera för de negativa effekterna som följer av effektivitetsförluster på grund av beteendeförändringarna. Det vill säga, om skatterna används till åtgärder som förbättrar ekonomins funktionssätt, så kan nettoeffekten bli positiv. Eftersom skattebaserna i många fall kan vara flyktiga så är det också viktigt att beakta internationell skattekonkurrens som generellt sett kan vara ett hinder för att ha allt för höga skatter. Skattesystemets utformning måste därför vara en viktig del av lösningen på finansieringens dilemma och vara utformad på ett sätt som förhindrar skattefusk och skatteundandragande.

6. Hur ser gapet mellan behov och resurser ut idag

Debatten om den kommande kostnadskrisen inom svensk välfärd har pågått under lång tid och Baumols kostnadssjuka och de ökande förväntningarnas missnöje har verkat under de gångna 30–40 åren. Samtidigt ligger skattetrycket idag på samma nivå som det låg 1980. De spänningar som förväntas uppkomma i framtiden mellan behov och resurser borde därför finnas här redan nu. Hur ser det då ut idag? Debatten om det som kallas vårdkrisen, går ofta hög. På senare tid har den främst handlat om bristen på vårdplatser, vilket skulle kunna vara ett utslag av att behoven är större än resurserna. Men vårdplatsbristen beror till stor del på att sjukhusen och primärvården har svårt att rekrytera och behålla personal, vilket leder till sjuksköterskebrist och brist på specialiserade läkare. Även om det finns fler läkare och sjuksköterskor per invånare i dag jämfört med tidigare, så råder det brist inom flera specialiserade områden, inte minst primärvården, psykiatrin och barnsjukvården. Det talas också ofta om bristen på effektivitet i vården och svårigheten att få rätt kompetens att jobba med rätt sak, det vill säga att använda vårdens resurser på bästa sätt. Detta bekräftas också av statistik från OECD som visar att Sverige lägger mycket pengar på vård och omsorg, både per medborgare och som andel av BNP

Figur 10. Health expenditure per capita, 2016.



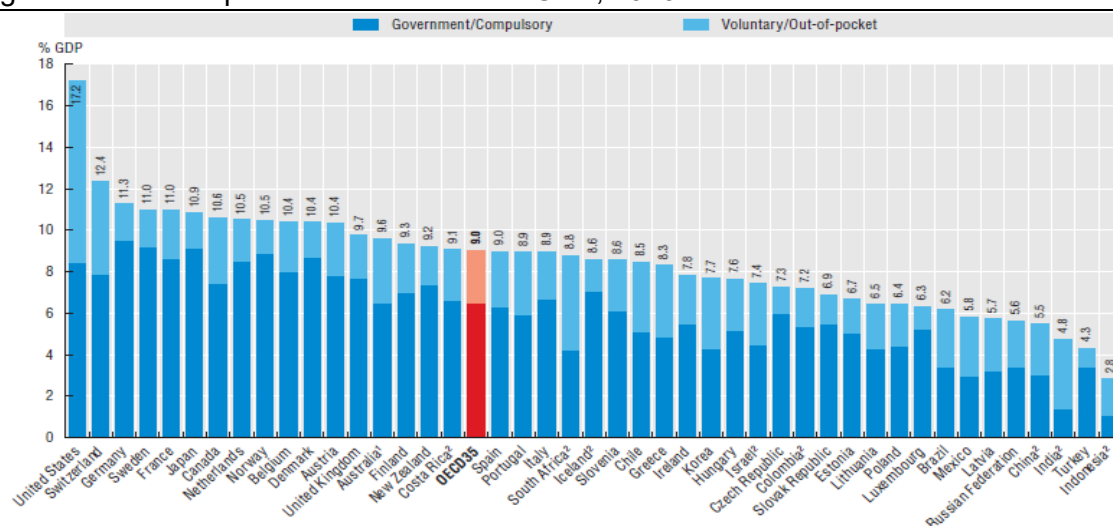
Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

1. Australian expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services.

Källa: OECD Health Statistics 2017.

Figur 10 och 11 visar att Sverige lägger mycket pengar på hälsorelaterade utgifter och betydligt över genomsnittet för OECD. Det land som ligger överst är USA. Det som är speciellt intressant med USA är fördelningen mellan den del som betalas av det offentliga och den del som betalas av försäkringar. Den offentligt finansierade delen ligger på ungefär samma nivå som Sverige, men försäkringsdelen gör att utgifterna totalt sett per individ och som andel av BNP blir betydligt högre. En slutsats av detta är givetvis att försäkringslösningarna i USA har varit kostnadsdrivande. Om Sverige ska gå mot en modell med större inslag av försäkringslösningar så bör problemen med den amerikanska modellen studeras noggrant.

Figur 11. Health expenditure as a share of GDP, 2016.



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

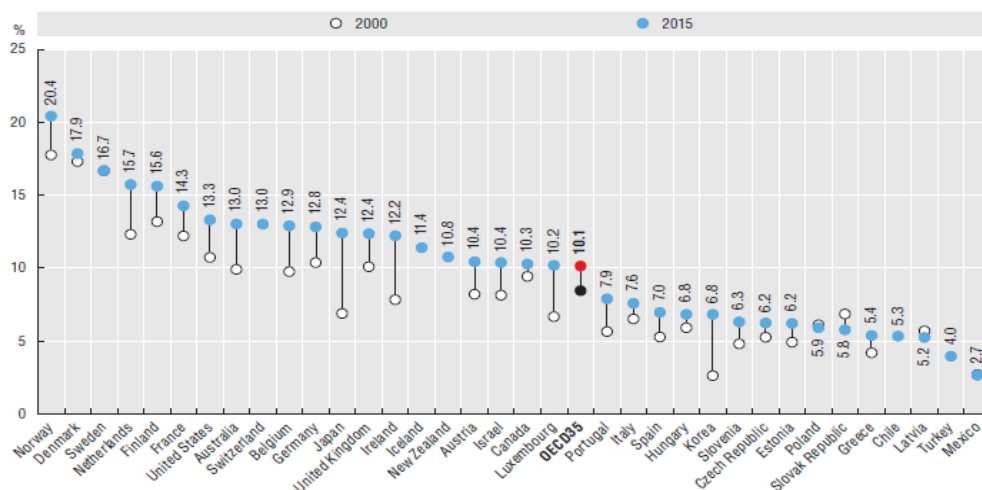
1. Australian expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services.

Källa: OECD Health Statistics 2017.

Hur ser då personalsituationen ut om man jämför med situationen i andra länder? Figur 12 visar att även andelen anställda inom hälsa och socialt arbete är hög i Sverige.

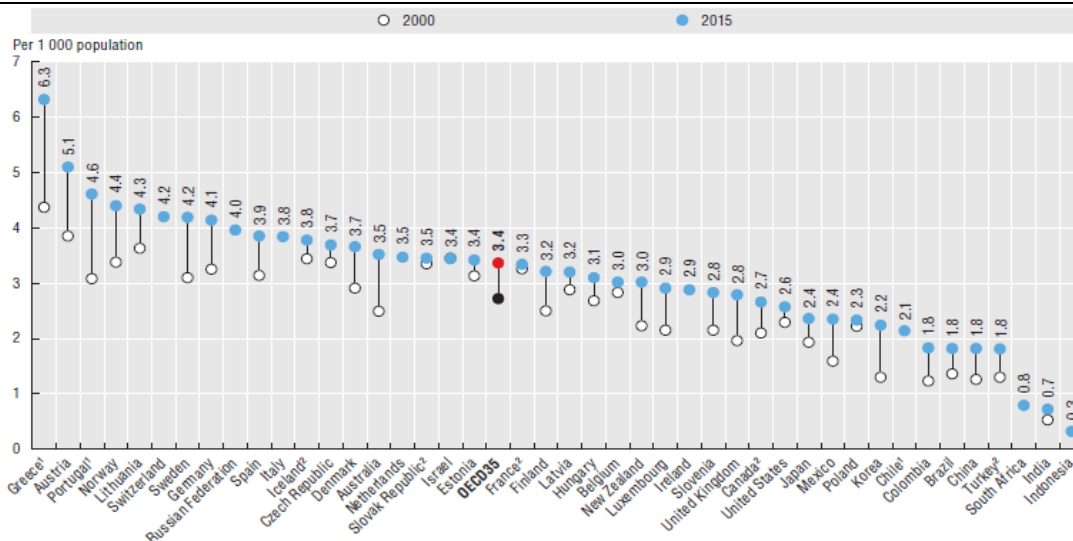
Samtidigt visar statistiken att den andelen inte har förändrats nämnvärt mellan 2000 och 2015, även om de nordiska länderna har de högsta andelarna jämfört med andra länder i figuren.

Figur 12. Employment in health and social work as a share of total employment.



Källa: OECD National Accounts.

Figur 13. Praktiserande läkare per 1000 individer, 2000 och 2015.

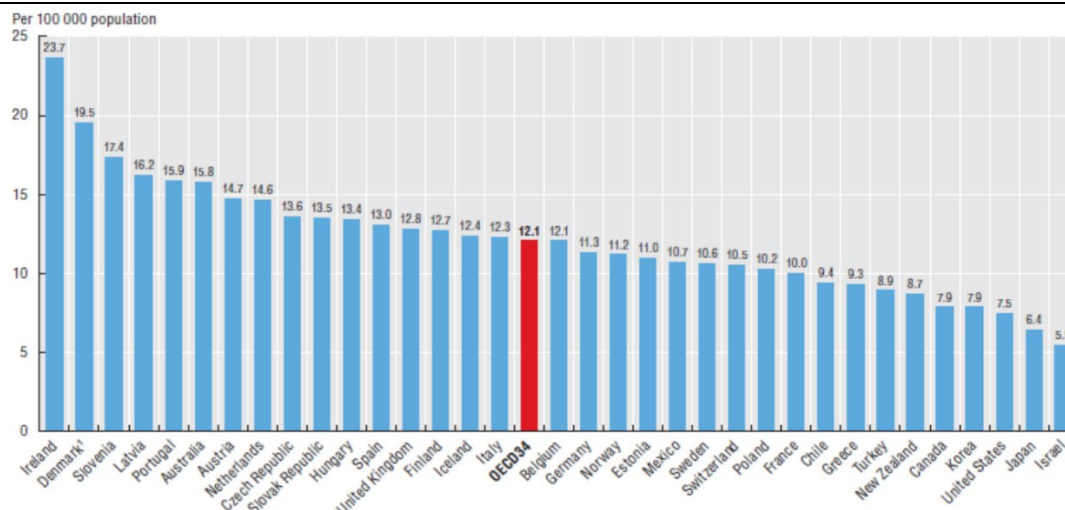


1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal).
2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc.

Källa: OECD Health Statistics 2017.

En stor del av den offentliga debatten handlar om att vi har personalbrist inom vården, och att vi har för få läkare. Figur 13 visar att vi trots allt har många läkare i Sverige. Antalet läkare per 1000 individer i befolkningen uppgår till 4,2 under 2015, vilket ligger klart över OECD-genomsnittet. Det är dessutom en siffra som har ökat relativt mycket mellan 2000 och 2015 om man jämför med övriga länder i figuren. Det förefaller därför som om det finns relativt många läkare i Sverige.

Figur 14. Examinerade medicinstudenter, 2015.

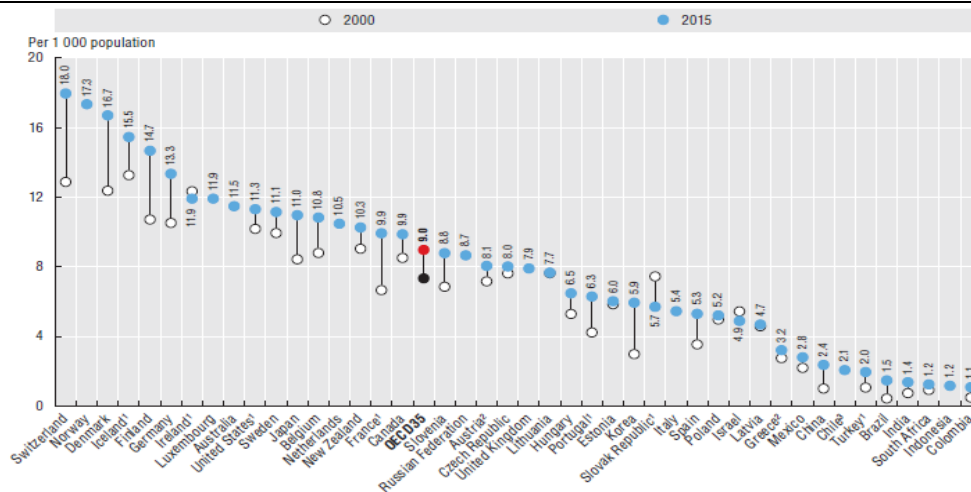


1. In Denmark, the number refers to new doctors receiving an authorisation to practice, which may result in an over-estimation if these include

Källa: OECD Health Statistics 2017.

Ett annat sätt att belysa antalet läkare i Sverige är att titta på hur många nyexaminerade läkare som produceras i Sverige. Här är situationen en helt annan. Här ligger vi klart under OECD genomsnittet med ett antal som uppgår till 10,6 läkare per 100 000 individer i befolkningen. Tillsammans med figur 13 visar statistiken att läkarna i Sverige därför måste utbildas någon annanstans. Frågan är om detta är ett optimal förhållande?

Figur 15. Praktiserande sjuksköterskor per 1000 i befolkningen, 2000 och 2015.

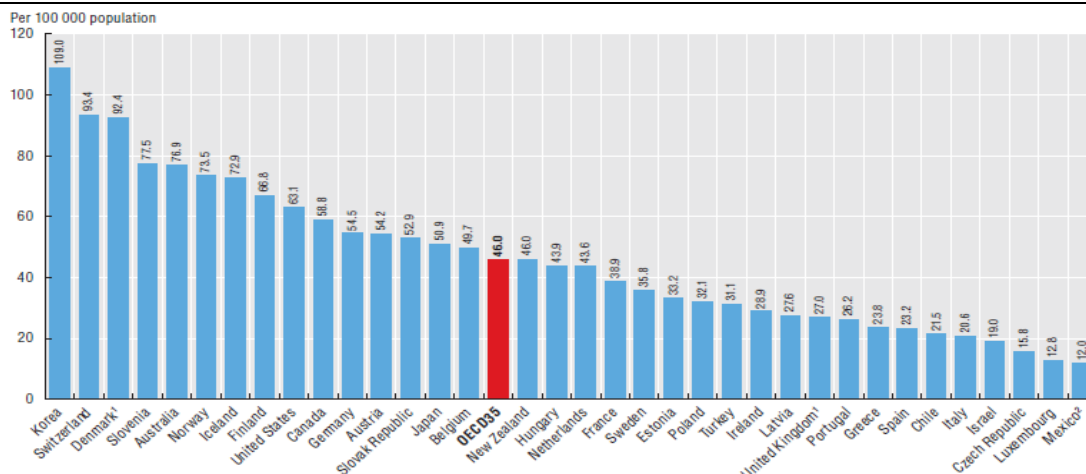


1. Data include not only nurses providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc.
2. Austria and Greece report only nurses employed in hospital.

Källa: OECD Health Statistics 2017.

Vården har också stor brist på sjuksköterskor, och då specialistutbildade sjuksköterskor i speciellt stor omfattning. Omkring 80 procent av arbetsgivarna uppger att de har brist på sjuksköterskor. Vi vet sedan tidigare att det är bristen på personal som är huvudorsaken till vårdköerna, inställda operationer och överbelägningsproblem. Men enligt figur 15 är antalet praktiserande sjuksköterskor stort i Sverige, jämfört med andra länder, och uppgår till 11,1 sjuksköterskor per 1000 individer i befolkningen. Statistiken från OECD ger därför en motstridig bild.

Figur 16. Examinerade sjuksköterskor, 2015.

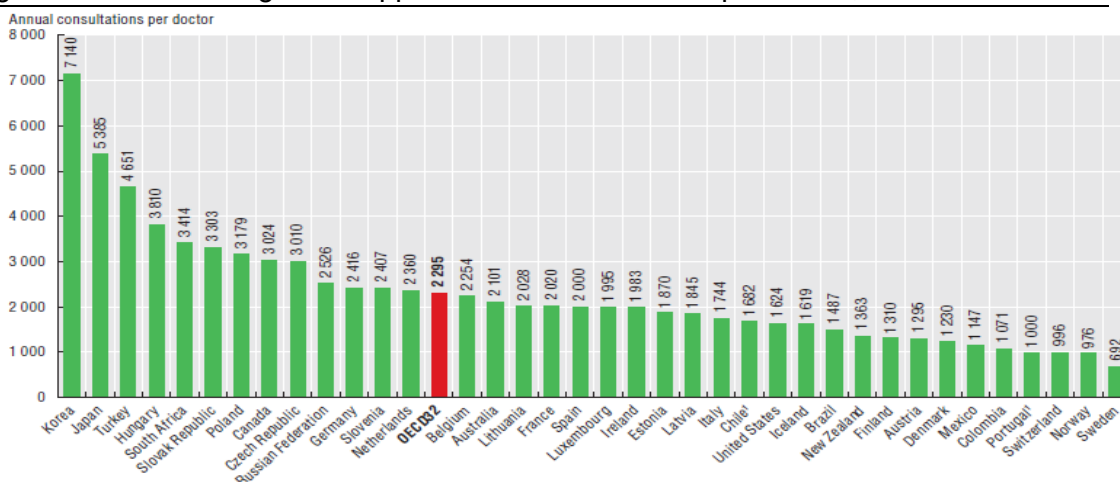


1. In Denmark and the United Kingdom, the numbers refer to new nurses receiving an authorisation to practice, which may result in an over-estimation if these include foreign-trained nurses.

Källa: Health Statistics 2017.

Precis som för läkarna så examineras förhållandevis få sjuksköterskor i Sverige. Enligt figur 16 så examineras 35,8 sjuksköterskor per 100 000 individer i befolkningen, vilket ligger under OECD-genomsnittet som uppgår till 64,0. Det här antyder också att en relativt stor del av de verksamma sjuksköterskorna har en utländsk examen.

Figur 17. Genomsnittligt antal uppskattade konsultationer per läkare, 2015.



Källa: OECD Health Statistics 2017.

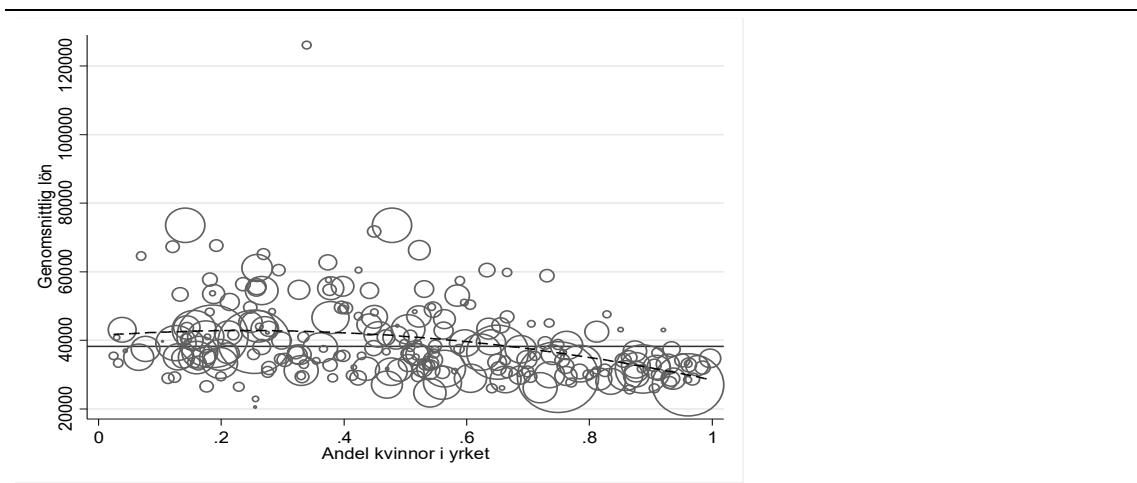
Avslutningsvis så kan det vara intressant att illustrera vad läkarna gör på jobbet. Internationellt sett så träffar svenska läkare minst antal patienter per år bland OECD-länderna i figuren. Det betyder att läkarna gör andra uppgifter än att tillbringa tid med patienter. Bland dessa uppgifter ingår den administrativa bördan om ofta har framförts i den offentliga debatten. Det är också vanligt att sjuksköterskor i högre grad tar många av de patientkontakter som läkare gör i andra länder. Det är inte självklart hur det låga antalet ska tolkas, och det finns självklart andra utfallsmått som är relevanta för läkare än just patientkontakter per år.

6.1 Kompetensförsörjningsproblemet är stort redan idag

Kompetensförsörjningen är en stor utmaning i kommunal sektor. Behoven av hälso- och sjukvård ökar samtidigt som pensionsavgångarna är stora och antalet personer i arbetsför ålder ökar relativt långsamt. Hyrkostnaderna för personal har ökat med i genomsnitt 15 procent per år under de senaste åren, vilket driver på kostnadsutvecklingen. Utvecklingen av antalet invånare i arbetsför ålder har påverkat Regionernas förmåga att bemanna hälso- och sjukvården med egen personal. Regionerna med störst minskning av antalet invånare i åldrarna 20–67 år, under den senaste tioårsperioden, är också de som år 2017 hade de högsta hyrkostnaderna som andel av de totala personalkostnaderna.

Orsakerna till det svåra rekryteringsläget för kommunal sektor beror inte enbart på demografiska faktorer. Två andra faktorer som är än viktigare handlar om löner och arbetsmiljö. Figur 18 visar hur sambandet ser ut mellan kvinnodominerade högskoleyrken och genomsnittlig lön i yrket (högskoleyrke avser yrken som minst kräver högskolekompetens eller motsvarande). Yrken med hög andel kvinnor är till stor del vårdrelaterade yrken i offentlig sektor. Det som är tydligt i figuren är att lönestrukturen är mer sammanpressad i dessa yrken, vilket till stor del är ett resultat av att det är svårt att göra lönekarriär i dessa yrken. Detta förhållande gäller även när hela arbetsmarknaden inräknas.

Figur 18. Samband mellan genomsnittlig lön och andel kvinnor i högskoleyrken, 2014.



Källa: Lönestrukturstatistiken (SCB), 2014.

Skillnaderna i lönenivå totalt sett mellan olika sektorer är ett resultat av den historiska löneutvecklingen. Under perioden 1980–2000 var pris- och kostnadsutvecklingen särskilt gynnsam för kommunsektorn, vilket gjorde finansieringsfrågan lättare. Löneskillnaderna mellan offentlig- och privatanställda ökade. År 1981 hade offentliganställda i genomsnitt 5,2 procent lägre lön än privatanställda. År 2000 hade denna skillnad vuxit till 15,9 procent, vilket är liktydigt med att lönerna för offentliganställda ökat drygt 11 procent långsammare än för privatanställda. Med den lönebildningsmodell vi har haft i Sverige sedan början av 1990-talet, där industriavtalet varit ankare för övriga avtal så har det varit svårt att få till stånd förändrade relativlöner mellan olika sektorer. Men detta kommer att bli nödvändigt för att klara kompetensförsörjningen inom viktiga välfärdsyrken. Det handlar dels om förändrade lönestrukturer, dels om att

förbättra arbetsmiljön. Arbetsmiljön har påverkats negativt av de rationaliseringar som har skett i offentlig sektor som ett sätt att reducera kostnaderna. Att förbättra i dessa avseenden kommer att kräva resurser till den kommunala sektorn.

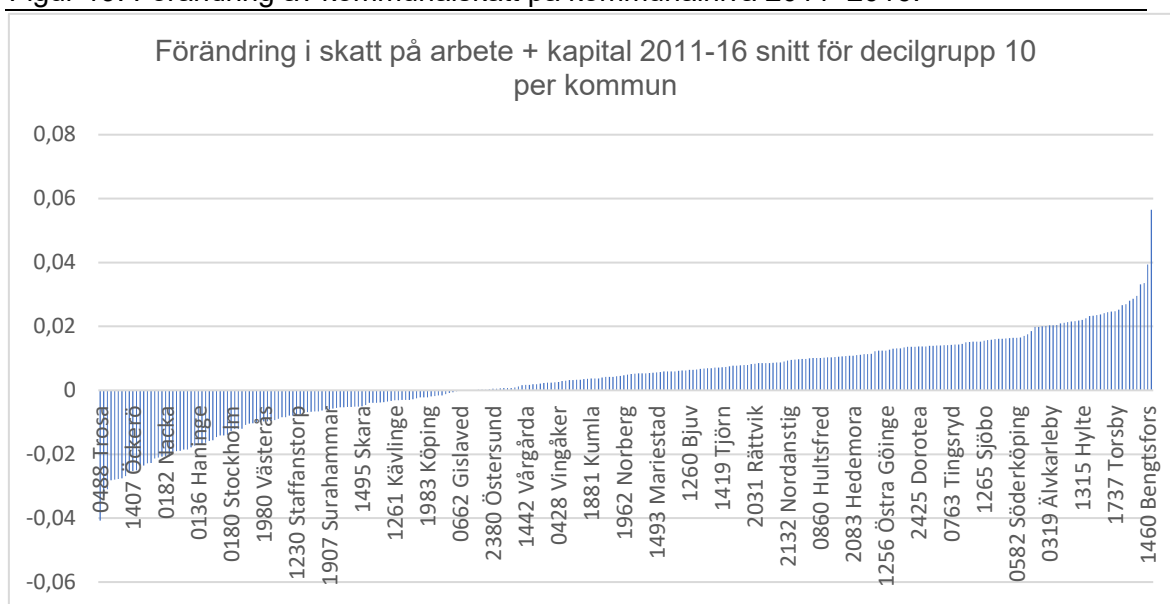
6.2 Regionala skillnader idag

Två viktiga och pågående trender påverkar välfärden på kommunal nivå. Det handlar om den pågående urbaniseringen och den lokaldemografiska utvecklingen.

Utmaningen när det gäller den åldrande befolkningen är större på regionalnivå än på nationellnivå. Urbaniseringen får sin energi från ett minskat behov av arbetskraft på landsbygden tillsammans med en ökad efterfrågan på arbetskraft i storstadsregionerna. Detta innebär en mer ogynnsam försörjningskvot i skogsregioner, och en förbättrad försörjningskvot i storstadsregionerna, vilket leder till olika förutsättningar för välfärdens tillhandahållanden i olika kommuner.

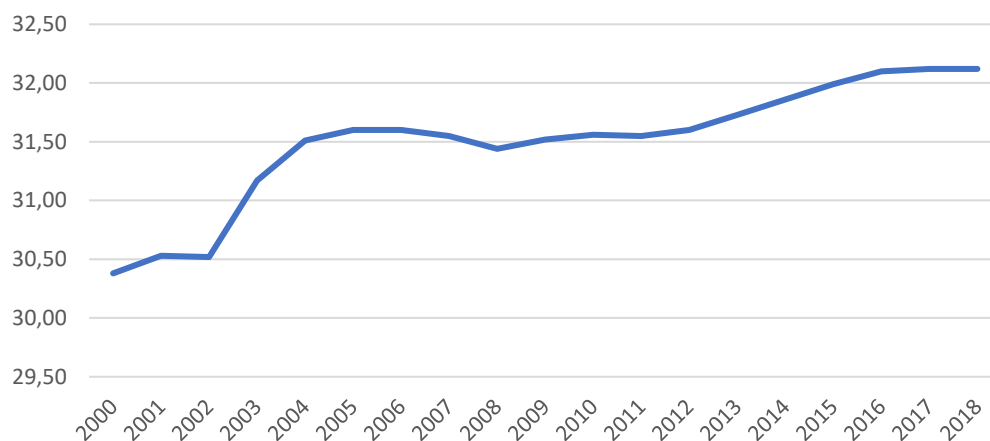
Redan idag ser vi att kommunalskatterna ökar och är högst i de kommuner med sämst förutsättningar att erbjuda de välfärdstjänster som invånarna efterfrågar. I många kommuner blir det allt svårare att öka skatteintäkterna genom att bredda skattebaserna och det som återstår är att öka den kommunala skattesatsen. Det kommunal-ekonomiska utjämningsystemet kompenserar men klarar inte av att jämna ut skillnaderna mellan kommunerna fullt ut. Utvecklingen framgår tydligt i figur 19. Detta innebär att, i takt med att skatten ökar i vissa kommuner så försämras också den kommunala servicen i dessa kommuner. Samtidigt har andra kommuner möjlighet att sänka sina skattesatser, även om de flesta kommuner ökar sina skatter i någon omfattning över tid. På aggregerad nivå innebär detta att den genomsnittliga kommunalskatten i landet ökar trendmässigt (figur 20). Den regionala analysen belyser tydligt att ojämlikheten i välfärdssystemet ökar över tid, vilket måste bemötas med centralpolitiska beslut för att stävjas.

Figur 19. Förändring av kommunalskatt på kommunal nivå 2011–2016.



Källa: SCB.

Figur 20. Den genomsnittliga kommunalskatten i Sverige mellan 2000 och 2018.



Källa: SCB.

Utflyttningen från glesbygden kommer att fortsätta och många kommuner kommer att stå inför stora utmaningar när det gäller:

- Att ha skolor och lärare när eleverna blir färre
- Att klara äldreomsorg och rekrytering till välfärdssektorn
- Att klara finansieringen av välfärden när färre är i arbete.

Statistik från en underlagsrapport till Framtidskommissionen (Ds 2013:19) visar att 3 kommuner (eller 13 procent av befolkningen) hade en försörjningskvot över 1, vilket i dessa fall innebär att varje arbetande individ kommer att vara tvungen att försörja ytterligare en individ vid sidan av sig själv. År 2050 förväntas 41 procent av kommunerna ha en försörjningskvot över 1, vilket kommer att omfatta en betydande del av befolkningen.

6.3 Utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar

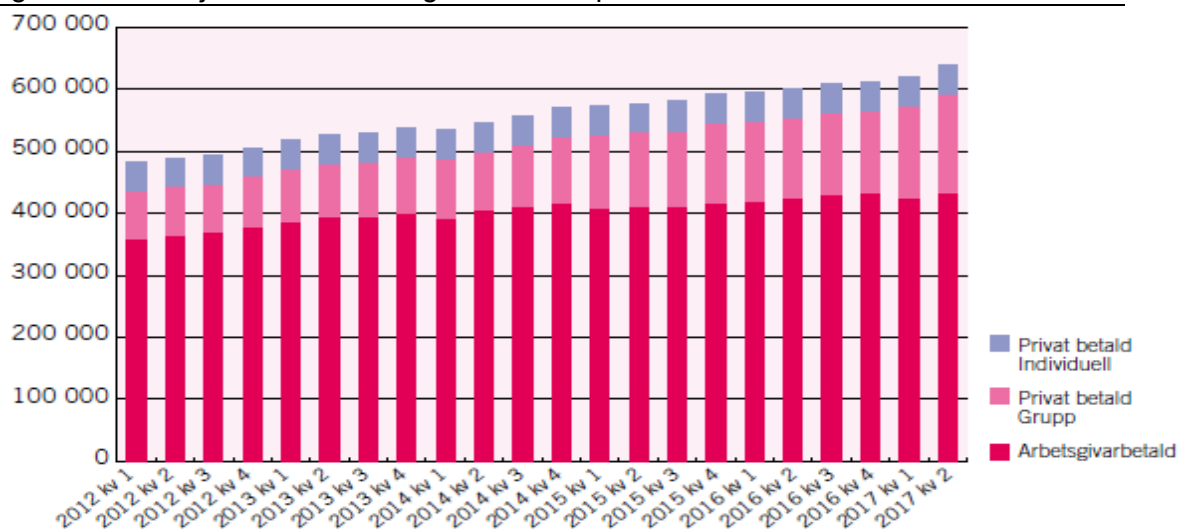
När den offentliga välfärden brister anpassar sig ofta institutionerna i samhället. En bärande princip för trygghetssystemen har länge varit att fungera enligt inkomstbortfallsprincipen, vilket innebär att individen vid sjukdom eller arbetslöshet via sin offentliga försäkring ska kunna upprätthålla sin konsumtion genom ersättningen från försäkringen. Ersättningens storlek är enligt denna princip kopplad till inkomstens storlek. Men för att trygghetssystemen ska hålla ihop ekonomiskt, så har systemen ofta ett inkomsttak som begränsar ersättningens nivå vid höga inkomster. Eftersom inkomsttaket i många fall har varit trögrörligt över tid (av politiska skäl) och därför inte hängt med reallöneutvecklingen, har arbetsmarknadens parter avtalat fram kompletterande inkomstförsäkringar för att kompensera för de låga ersättningarna, vid till exempel arbetslöshet.

Detta har även börjat ske när det gäller sjukvård. Sjukvården präglas idag i många fall av långa köer, vilket till stor del beror på personalbrist. Med en sjukvårdsförsäkring erbjuds i stället individen en möjlighet att få vård direkt när behovet uppstår. Detta är idag försäkringslösningar som de flesta fackförbund erbjuder sina medlemmar att teckna. Det finns även ett ökande antal arbetsgivare som köper sjukvårdsförsäkringar

för sina anställda för att på så sätt begränsa eller förkorta sjukfrånvaron för sin personal.

Intresset för dessa försäkringar har ökat på bred front under senare tid. Mellan åren 2000 och 2015 har antalet privata sjukvårdsförsäkringar ökat från omkring 100 000 till drygt 648 000. Den årliga tillväxten från 2000 och framåt ligger på 16 procent, och den ser ut att fortsätta. Det här är ett tydligt tecken på att efterfrågan på vård är större än den som kan erbjudas av det offentliga.

Figur 21. Antal sjukvårdsförsäkringar 2012–17 per kvartal.



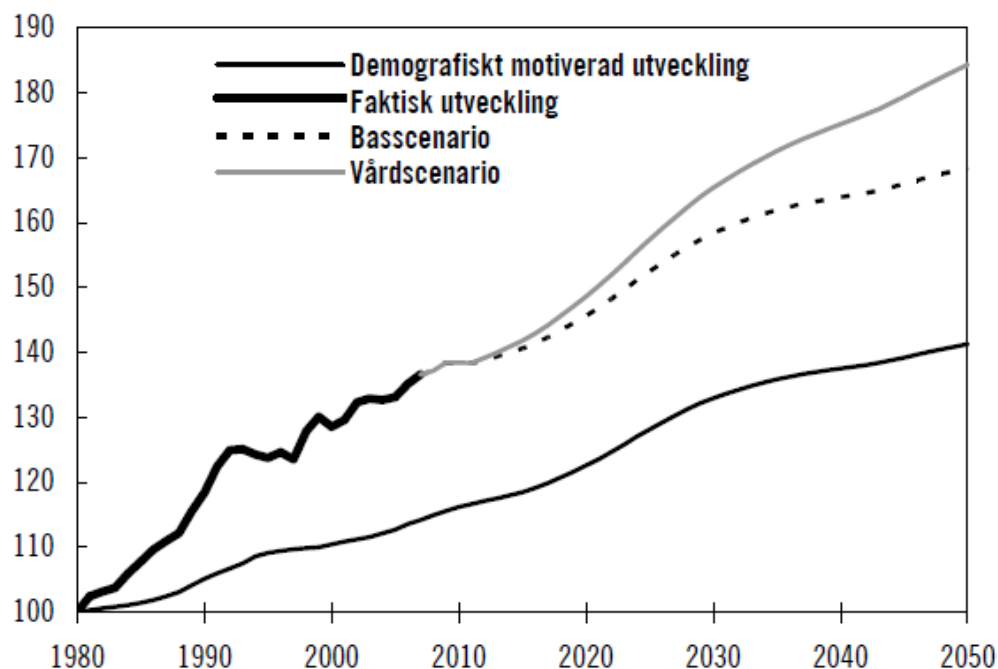
Källa: Svensk Försäkring.

Det är också tydligt att det till största delen är arbetsgivare som betalar sjukvårdsförsäkringar för sina anställda, vilket framgår av figur 21. Detta är en förmån som tidigare varit befriad från förmånsbeskattning för förmånstagaren, men som från och med 1 juli 2018 beskattas som andra motsvarande förmåner.

7. Hur kommer gapet mellan behov och resurser att utvecklas över tiden

Historiska erfarenheter visar att det inte i första hand är de demografiska förändringarna som leder till ökade kostnader i framtiden. Som beskrevs tidigare så kommer den offentliga konsumtionen att öka av andra orsaker. Figur 22 illustrerar hur en sådan utveckling skulle kunna se ut.

Figur 22. Utvecklingen av den offentliga konsumtionen 1980–2050.



Källa: Prop. 2008/09:1

I figur 22 redovisas den reala kostnadsutvecklingen för offentlig konsumtion i indexform från 1980 och framåt. Indexeringen delar upp offentlig konsumtion i en del som motiveras av att andelen äldre ökar och olika typer av välfärdstjänster efterfrågas i högre grad, det vill säga den demografiska motiverade utvecklingen. Till det kommer de kostnader som svarar för standardhöjningar och teknisk utveckling. Den tjocka heldragna linjen som går fram till 2007 representerar den faktiska utvecklingen för offentlig konsumtion. Utvecklingen därefter sker med hjälp av framskrivningar som bygger på olika antaganden gjorda av finansdepartementet. Basscenarioet ska spegla en utveckling med oförändrad politik och oförändrat beteende. Begreppet oförändrad politik innebär här att ambitionsnivån i det offentliga åtagandet ligger fast och att finansieringen sker med oförändrade principer och med ett överskottsmål som är styrande för politiken (för detaljer se Prop. 2008/09:1).

Av figuren framgår en tydlig skillnad mellan total och demografiskt motiverad kostnadsutveckling av den offentliga konsumtionen. Med en rent demografisk utveckling hade den offentliga konsumtionen varit 14 procent högre än 1980. Den observerade över tillväxten medförde dock att den faktiska ökningen blev 36 procent. Det här innebär att den offentliga konsumtionen växte med 1,2 procent per år under den här perioden, medan den demografiskt motiverade konsumtionen uppgick till 0,5 procent. Med rimliga antaganden förefaller detta även att vara en utveckling som fortsätter.

8. Hur ser alternativen ut?

I den här rapporten har den problembild som diskuteras i den offentliga debatten beskrivits. Mycket talar för att trycket på de offentliga finanserna kommer att öka i framtiden, av bland annat de skäl som presenterats i rapporten. Men problemen är här redan idag, vilket bland annat visar sig i utfallet från det senaste kommunalvalet. Invånarna i många kommuner har tröttnat på sina lokala partiers förmåga att hantera välfärdsfrågorna lokalt. Det har medfört att nya vårdrelaterade partier har röstats fram för att på så sätt ge välfärdsfrågan en högre prioritering och som ligger i linje med

invånarna i kommunen. Välfärdsfrågor blir allt viktigare, och mycket talar därför för att efterfrågan kommer att öka, speciellt om tillgängligheten dessutom ökar. Hur ser då finansieringsalternativen ut med en bevarad eller modifierad välfärdsmodell? Nedan följer några alternativ som diskuterats i debatten.

Högre skatter eller avgifter

Om Sverige ska behålla den svenska modellen med en generell välfärd som finansieras solidariskt via skatter, så är det oundvikligt att skatteintäkterna måste öka, om kvaliteten i välfärden ska kunna öka. Men det finns gränser för hur höga skatterna kan vara, vilket gör det nödvändigt med en prioriteringsdiskussion om vad som bör ingå i det offentliga åtagandet. Det är speciellt viktigt om vi samtidigt vill ha lägre skatt på den enskilt största skattebasen, nämligen arbete.

Ökad sysselsättning

Hög sysselsättningsgrad innebär bredare skattebaser, vilket leder till högre skatteintäkter. Arbetslinjen är därför central. Matchningen på arbetsmarknaden måste därför förbättras och arbetsmarknadens funktionssätt utvecklas.

Fler arbetade timmar

Ett ökat arbetsutbud genom möjligheten att arbeta längre i livet breddar också skattebaserna. Politiska reformer som underlättar och motiverar till hållbart arbetsliv och som möjliggör ett längre arbetsliv är nödvändigt.

Förebygga ohälsa – hållbar hälsa

En friskare befolkning minskar belastningen på den offentliga välfärden och ger fler arbetade timmar och ökad sysselsättning. Arbetsgivare utvecklar och anpassar arbetsplatserna för att förhindra ohälsosam arbetsbelastning och utvecklar den organisatoriska och sociala förutsättningarna för detta. Det är betydligt lättare att förebygga ohälsa, än att rehabilitera tillbaka till god hälsa. Det är viktigt att arbetsgivare motiveras att göra rätt från början.

Ökad effektivitet inom vård och omsorg, ger mer vård för pengarna

Digitalisering, robotisering och AI kan effektivisera vården och lösa en del av finansieringsproblemen på längre sikt. Men utvecklingen av ny teknik kostar pengar. Det kommer därför att krävas investeringar för framtiden, vilket kräver politisk handlingskraft.

Omprioriteringar inom offentlig sektor till vård- och omsorgssystem

Om all välfärd ska finansieras solidariskt via skatter kommer det förr eller senare att vara nödvändigt att se över vilka åtagandens om ska prioriteras. Att prioritera bort viktiga delar av kostnadsskäl kan vara svårt när välståndet ökar i befolkningen. Fram till idag har omprioriteringar varit en del av lösningen. Frågan är hur långt vi kan komma på den vägen?

Privata försäkringslösningar och egenavgifter

Ett ökat inslag av försäkringslösningar är ett avsteg från en skattefinansierad generell välfärd. Det är viktigt att förstå konsekvenserna av att välja det alternativet. Samtidigt kanske det är den enda realistiska vägen på sikt. Sjukvårdsförsäkringar kommer redan idag på bred front. Äldres situation har i ökande omfattning handlat om hemtjänst, snarare än särskilt boende. Äldreomsorgsförsäkringar är kanske ytterligare en form av försäkring som kommer att bli nödvändig. Men situationen med egenavgifter och

privata försäkringar kan leda oss ifrån ett mindre jämlikt system. Om denna väg ska breddas bör det ske under kontrollerade former, för att undvika de problem som finns i till exempel det amerikanska systemet.

Kollektiva försäkringar förhandlade via arbetsmarknadens parter

Alla har inte tillgång till kollektivavtal, vilket innebär att även detta alternativ blir ett avsteg från den generella välfärdens princip. Det bidrar till ett mindre jämlikt välfärds-system.

Detta är några av de möjliga lösningar som skulle kunna utredas inom ramen för en parlamentarisk välfärdsutredning. Finns det fler lösningar?

Saco, Sveriges akademikers centralorganisation, är den samlande organisationen för Sveriges akademiker. Vi är en partipolitiskt obunden facklig centralorganisation. Sacos 21 självständiga förbund företräder yrkes- och examensgrupper från hela arbetsmarknaden, inklusive egenföretagare. Något som förenar våra medlemsförbund är akademisk utbildning, kunskap, kompetens och yrkes stolthet. Totalt är över 700 000 akademiker medlemmar. Som företrädare för Sveriges akademiker är det självklart för Saco att ständigt påverka kunskapsnivån i Sverige. Utbildning och forskning som ger kunskap är en investering för såväl samhället som individen och är en av de viktigaste faktorerna för tillväxt och utveckling av ett samhälle.

