
AKTUELLA FRÅGOR

Nya risker och försäkringsskydd

Ett debattinlägg

LOTTA WESTERHÄLL

Har vi ett omodernt socialförsäkringssystem som inte fångar upp nya risker i samhället? De »klassiska« riskområdena såsom sjukdom, barnafödande, invaliditet, ålderdom, dödsfall, arbetsskada och arbetsolycksfall samt arbetslöshet är måhända inte tillräckliga för att skapa social trygghet för människor? Har samhällsutvecklingen bidragit till att synliggörandet av nya riskområden, där människor behöver ett försäkringsskydd? Det finns givetvis andra sätt att skydda sig mot risker än att försäkra sig mot dem, men historien visar att ett sådant skydd många gånger är det säkraste och mest effektiva.

»Nya« vårdberoende i Sverige

Den klassiska »befolkningspyramid«, som beskriver fördelningen av åldersgrupper, hade i början av seklet samma form i Sverige

som man idag ser i många utvecklingsländer. Från att ha varit en pyramid övergår dock bilden successivt till att bli ett jämntjockt torn. Det innebär att allt fler äldre skall tas om hand och försörjas av allt färre yngre. Vid milleniumskiftet är var femte person över 65 år och var tionde över 75 år. Antalet personer över 80 år ökar fram till sekelskiftet med drygt 10 000 årligen, för att därefter öka något långsammare med cirka 5 000 per år. Förutom denna relativa omfördelning var födelsetalen i Sverige 1997 strax under 1,52 barn per kvinna, vilket är otillräckligt för en oförändrad total befolkning. Andelen ungdomar under 16 år har halverats på ett hundra år.

En annan faktor av betydelse för hälso- och sjukvården är, andelen av befolkningen som är födda i andra länder. År 2010 kommer var fjärde person att vara första eller andra generationens invandrare. En del av dem har tidigare haft sämre förutsättningar för ett hälsosamt liv, vilket kan leda till ökade behov i högre ålder. Många har lärt sig

Lotta Westerhäll är professor vid juridiska institutionen, Göteborgs universitet.

svenska som vuxna, en färdighet som riskerar att falla bort när de drabbas av demenssymtom. I åttioårsåldern har 10 procent av alla åldringar symptomgivande demenstillstånd.

Eftersom äldre personer generellt har större medicinska behov, kommer den framtida åldersfördelningen att leda till ökade krav på hälso- och sjukvård. Men lika betydelsefullt är den fortgående attityd- och praxisförändring, som innebär att även äldre personer förväntar sig hög hälsorelaterad livskvalitet och ställer krav på omfattande medicinska åtgärder även upp i hög ålder.

Hälsa och ohälsa bestäms av ärftliga faktorer, miljö, sociala faktorer, livsstil och i sista hand insatser inom hälso- och sjukvården. De sistnämnda har emellertid endast en begränsad inverkan på folkhälsan. Däremot leder ett omfattande och framgångsrikt folkhälsoarbete till minskad risk för för tidig död och till bättre hälsorelaterad livskvalitet. Totalt sett leder ett sådant program till ökade behov av hälso- och sjukvård för en äldre befolkning. Det kallas ofta för »den medicinska paradoxen«. Folkhälsoarbetets mål är således att bidra till en befolknings livskvalitet, inte att ersätta behovet av hälso- och sjukvård. För hälso- och sjukvården innebär i befolkningstrukturen ökande behov av äldreomsorg, geriatrik och särskilt demensvård. Forskning och utveckling av nya medicinska metoder inom dessa områden blir avgörande för om resurserna skall räcka till. Inom vissa områden kommer däremot behoven att minska, t ex inom traumavården och inom somatisk barn- och ungdomsmedicin.

Brister i tillgodoseende av vårdbehov hos äldre

Regeringen har framhållit att målen för dess äldrepolitik är att äldre skall kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, bemötas med respekt samt ha »tillgång till god vård och omsorg«. (prop 1997/98:113). Att vårdbehovande och då framför allt äldre vårdbehovande inte alla gånger får den vård och omsorg de behöver har framkommit med all önskvärd tydlighet under det senaste året i utredningar och i media.

I Socialstyrelsens arbete med regeringens uppdrag att följa utvecklingen inom äldreomsorgen kan inledningsvis konstateras att utvecklingen inom äldreomsorgen under 1990-talet har inneburit en snabb och kraftig omstrukturering av hela vård- och omsorgssystemet. Vårdplatserna inom akutsjukvården har minskat med närmare 40 procent under de senaste fem åren och motsvarande uppgifter och ansvar har förts över till primärvården och kommunerna. Äldreomsorgen arbetar således med helt andra förutsättningar i dag än vid 1990-talets början. Ett dominerande drag de senaste åren är, att kommunerna har kommit att få ansvaret för personer med omfattande medicinska och omvårdnadskrävande behov. Denna utveckling har ägt rum i en tid när kommunerna samtidigt kämpat med att tillgodose de ökande hjälpbehoven med allt knappare resurser. Inom socialtjänsten får färre hjälp, de mest hjälpbehövande prioriteras och de med mindre hjälpbehov får i ökad utsträckning klara sig själva eller lita till anhöriga. Den samlade servicenivån

inom den kommunala äldreomsorgen har gradvis sjunkit – med cirka 7 procent – under de senaste fyra åren. Antalet personer med mindre omfattande hjälpinsatser har minskat, till förmån för personer med mer omfattande hjälpbehov. En växande andel av äldreboendet drivs numera av privata vårdgivare och äldreomsorg i enskild regi bedrivs i ungefär hälften av landets kommuner.

Förutom en lägre servicenivå kännetecknas utvecklingen inom den sociala hemtjänsten av en utarmning såtillvida att en mer generell tilldelning av insatser fått vika för en mer selektiv fördelning av äldreomsorg. För att erhålla samhällelig äldreomsorg krävs allt oftare att man är mycket vårdkrävande, ensamboende och utan närboende anhöriga.

I Socialstyrelsens studier av vården mot livets slut framkommer åtskilliga brister. Framförallt i hemvården, men även i det särskilda boendet saknas resurser, kompetens och en ändamålsenlig organisation för att på ett tryggt och säkert sätt ge god vård i livets slut.

Alltfler vård och omsorgsuppgifter flyttas ut från institutionerna till det egna hemmet. Hemmet som vårdplats har många förtjänster, men i den pågående utvecklingen av hemvården kan också en rad problem identifieras. Det viktigaste av allt är att hemvården inte blir ett påtvingat alternativ, att anhöriga överbelastats eller att vården får en sämre medicinsk kvalitet. I uppföljningsarbetet har också identifierats växande problem med parallella organisationer inom hemvården.

Som en del i hemtjänstens omprioriteringar används ofta ett ökat avgiftsuttag som strategi. Detta kan drabba många äldre

som väljer att inte begära hjälp eller avsäger sig den hjälp de redan har, trots att de fortfarande har behov av hjälp. Det kan ifrågasättas vilka effekter en sådan strategi har på sikt, med tanke på de förebyggande och psyko-sociala värden som även en begränsad hemtjänstinsats har.

Trots ökad bevakning av äldreområdet de senaste åren, finns det fortfarande stora grupper av äldre med vård- och omsorgsbehov som inte fått den uppmärksamhet de förtjänar. Ett exempel på detta är psykiskt sjuka äldre, som oftast inte får tillgång till de förbättrade vård- och behandlingsmöjligheter som finns idag.

I uppföljningsarbetet har även identifierats särskilda vårdproblem som tidigare inte blivit synliggjorda på ett tillfredsställande sätt. I en studie redovisas omfattande näringsproblem bland äldre i särskilt boende. Även om dessa näringsproblem sannolikt till stor del är en följd av att äldre i särskilt boende oftast är sjuka, måste rutiner för uppföljning av kosthållning och de boendes nutritionsstatus ses över.

»Dependency« som riskfaktor

Under de senaste åren har i den sociala trygghetsdebatt som förs i Europa frågan om beroende («dependency») som riskfaktor diskuterats mycket. I slutdokumentet från de europeiska socialministrarnas sjätte konferens i Lissabon i slutet av maj 1995, vilken handlade om de beroendes situation i relation till det skydd som socialförsäkringar m.m. ger, finns en definition av beroende personer. Det är de som »as a result of a loss of Physical, psychological or intellectual autonomy, require significant help to meet

needs in connection with the usual day-to-day activities» (Council of Europe, Doc. Mss-6(1995) IE, Strasbourg 1995). Av denna definition framgår att beroende kan vara resultatet inte bara av åldrande utan också av sjukdom och invaliditet, samtidigt som äldre personer kan utgöra en särskild kategori av beroende människor.

Beroende skapar behov av både medicinsk och icke medicinsk natur samtidigt som det är svårt att skilja de båda kategorierna åt. Snarare kräver beroende en samordning av ett antal olika åtgärder. Stora likheter finns härvidlag mellan en handikappad person och en beroende person. Man handikapp och beroende har generellt behandlats som olika områden i medlemsstaternas trygghetssystem. Framför allt har de åtgärder som riktar sig mot en handikappad eller funktionshindrad person till syfte att integrera personen i fråga i förvärvslivet igen, medan en beroende person mestadels redan är exkluderad från arbetsmarknaden på grund av invaliditet eller ålder. De sociala åtgärderna är också ofta olika till följd av orsaken till handikappet eller funktionsnedsättningen, samtidigt som beroende eller långvarigt behövande människor behandlas olika som en följd av det system av socialt skydd som de råkar omfattas av när beroendet och vårdbehovet uppstår.

Allmänt om de europeiska trygghetssystemen för beroende/långvarigt behövande

Att beskriva de nationella trygghetssystemen vad gäller skyddet för de beroende inkluderar en klassifikation av varje system i

olika kategorier. Det kan vara fråga om formella respektive informella vårdssystem, skattefinansierade respektive avgiftsbaserade system, offentliga respektive privata socialförsäkringssystem, servicesystem med vårdförmåner respektive kontantförmåner, långtidsvård hemma respektive på institution. Att avgöra till vilken kategori ett nationellt system hör är många gånger svårt, därför att den sociala risk som beroende/långvarigt behövande utgör ofta inte är tryggad endast på ett sätt och från ett ställe utan med förmåner från flera olika institutioner eller organ, såsom från nationell hälsoservice- och/eller sjukförsäkringssystem, invaliditets- eller ålderspensionssystem och/eller socialhjälp, frivilliga välfärdsorganisationer och/eller familjen, osv. Detta skall nu utvecklas närmare nedan.

De nationella systemen för långvarigt beroende är alltså mer eller mindre blandade och har inte endast en utformning. Blandningen av aktörer som är involverade svarar mot det faktum att personer som saknar förmåga till självvård behöver en lång rad av olika medicinska, ekonomiska, sociala, personella och stödjande åtgärder. Den reducerade förmåga till självvård som är karakteristisk för den beroende och vårdbehövande kan som ovan framhållits vara resultatet av sjukdom, ett tillägg till invaliditet eller helt enkelt något som är en följd av ålder. Vårdbehovet identifieras genom oförmåga att fullfölja särskilda funktioner. Oförmågan konstituerar följaktligen inte en typisk social risk, som fallet är vid sjukdom, ålder och invaliditet. I stället är det en social situation som kan anses som en »attendant risk«, dvs. en risk som uppstår i kontexten av en annan risk, såsom just sjukdom, invaliditet och ål-

derdom. Av detta skäl omfattas vårdbehovet som regel inte av socialförsäkringslagstiftningen. Inkomstkompensation har mestadels stått i centrum för debatten om sjukdom, invaliditet och ålderdom, men när det gäller långvarigt vårdbehövande är det i stället tillgängligheten av olika serviceåtgärder och materiellt stöd liksom frågan om olika personliga rättigheter för äldre människor som man fokuserat. Stödet skiftar alltså beroende på typ, innehåll och form. Till den icke medicinska värden («nursing care» eller långtidsvård) hör stöd i hemmet, färdtjänst, kommunikationsstöd, utrustning i hemmet, tekniska hjälpmedel, hemtjänst, m.m.

Privat stöd inom familjekretsen brukar i de flesta länder vara den vård man börjar med. Individuella åtgärder genom privata försäkringssystem är nästa etapp; en annan är åtgärder som hörör från anställningsvillkor och institutionella överenskommelser. Möjligheterna till skydd inom den offentliga sektorn kan vara utformade som både objektivet och subjektivt stöd. Objektivet stöd ges av vårdorgan och institutioner, dvs. olika former av vårdförmåner. Subjektivt stöd utgörs av kontantförmåner, antingen indirekt genom fiskal välfärd som blir aktuell för personer med skattepliktiga inkomster eller direkt genom social välfärd. Social välfärd kan tillhandahållas med (t.ex. socialhjälp) eller utan (t.ex. socialförsäkringar) inkomst- eller behovstest och finansieras antingen genom skatter eller genom försäkringsavgifter.

Olika länders stöd till långvarigt beroende skiljer sig dock inte bara åt när det gäller finansieringen (skatter och avgifter) utan också beträffande vilka individer som systemen täcker. Ett socialt skydd som bygger på avgif-

ter tenderar att rikta in sig mot dem i befolkningen som kan klara av att betala avgifterna, medan skattefinansierade lösningar, ofta uttryckta i lag, tar sikte på hela befolkningen. Under de senaste decennierna har EU-stater- nas ständigt ökande kostnader för den växande åldrande befolkningen lett till att man »stannat« vid den politisk-ekonomiska debatten och inte utvecklade det materiella innehållet i vården av äldre beroende.

Den tyska långtidsvårdsförsäkringen

I den tyska grundlagen finns de sociala mål som den tyska staten vill uppnå inskrivna (Klaus Sieveking, Pflegeversicherung und Migranten, Leitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik. ZAR 1/1997 s. 17, Wie sind MigrantInnen von der Pflegeversicherung betroffen? Niederpicking 1996). Det innebär en kombination av marknadsekonomi och stark arbetsmarknadsreglering, medinflytande från arbetstagar sidan och ett system med social trygghet som baseras på socialförsäkringsprincipen och syftar till att vidmakthålla levnadsstandarden hos de försäkrade i situationer som traditionellt uppfattas som sociala risker, dvs sjukdom, moderskap, invaliditet, ålderdom, arbetslycksfall och arbetssjukdom samt arbetslöshet. Ett minimum av underhåll, snävare än det svenska begreppet »skälig levnadsnivå«, garanteras genom ett obligatoriskt socialhjälpssystem. Även speciella familjeförmåner finns.

Fr.o.m. den 1 januari 1995 har den sociala risken långsiktigt beroende blivit skyddad genom den nya obligatoriska sociallagstiftningen om långtidsvårdsförsäkring. Denna

lagstiftning är alltså en separat del av socialförsäkringssystemet. Den innehåller regler om hjälp till beroende att utföra aktiviteter som hör till det dagliga livet. I detta sammanhang innebär det ett vårdberoende p g a fysisk sjukdom, psykisk sjukdom eller ett annat handikapp, ofta kombinerat med ålderdom. Även om de äldre är de som huvudsakligen får tillgodogöra sig de förmåner som det nya systemet tillhandahåller, omfattar lagen alla personer som har ett långvarigt vårdberoende, även barn.

Långtidsvården är uppdelad i tre vårdkategorier, som i sin tur bygger på en uppdelning av de vårdbehövande i tre olika svårighetsgrader. Till vilken kategori en person räknas, avgörs av den medicinska expertis som är knuten till hälso- och sjukvårdsförsäkringen. Detta har kritiserats, därför att man därigenom lägger alltför stor vikt vid medicinska kriterier och underlåter att ta hänsyn till sociala behov.

Alla personer som bor i Tyskland omfattas av denna nya försäkringsform i den utsträckning som de tillhör hälso- och sjukvårdsförsäkringen. Det betyder att mer än 90 procent av Tysklands befolkning täcks av den nya försäkringen. Förmånerna inom den är enbart tillgängliga för personer som stadigvarande är bosatta i Tyskland, dvs. det finns inte någon »export« av långtidsvårdsförsäkringen enligt tysk lag.

Möjligheten att erhålla förmåner enligt försäkringen började i två steg: hemvård den 1 april 1995 och institutionell vård den 1 juli 1996. Rätten till förmåner bygger på två huvudprinciper, nämligen prevention och rehabilitering, dvs. preventiva och rehabiliterande åtgärder måste ha vidtagits innan vård kan göras gällande. Hemvård »kom-

mer före« institutionell vård. Bakom detta tänkesätt ligger intentionen att vidmakthålla det traditionella mönstret med vård hemma så länge som möjligt. Först när behovet av långtidsvård når en viss grad, träder försäkringen in. För att undvika eller reducera behovet av långtidsvård måste följaktligen preventiva och rehabiliterande åtgärder först ha utnyttjats. Endast på det viset anses en självbestämmande och autonom livsstil hos människor i behov av långtidsvård upprätthållas.

Inom kategorin hemvård finns både kontantförmåner och vårdförmåner. Dessa kan kombineras med varandra och med deltid av institutionell vård. Också vid institutionell vård kan kontantutbetalningar göras för vårdrelaterade kostnader.

En svensk långtidsvårdsförsäkring?

Den debatt som låg till grund för tillkomsten år 1995 av »Pflegeversicherung« i Tyskland – en försäkring för de långvarigt beroende och vårdbehövande – speglar väl det politiskt-ekonomiska tänkandet samtidigt som detta avsatt resultat i form av en ny lagstiftning. De problem man hade att ta ställning till var dels det faktum att de dyra vårdkostnaderna gjorde många beroende av socialbidrag, eftersom deras pensioner och andra inkomster ofta var otillräckliga för att täcka uppkomna kostnader, dels den aktuella finansieringsmetoden, dvs. »pay-as-you-go« å ena sidan och fondering å andra sidan. Därtill kom fördelningen av kostnadsbördan mellan å ena sidan avgifter som åvilar den enskilde och å andra sidan statsbudgeten.

Samma problem gäller idag i Sverige. Tre olika modeller har här diskuterats för att komma till rätta med dessa mångfasetterade problem. Marknadslösningen kan den modell kallas som syftar till att göra alla medborgare eller åtminstone alla medborgare under en viss ålder ansvariga för att privat försäkra sig själva och sina närmaste mot den risk som beroende eller vårdbehov utgör. Tanken bygger på det system av privat men obligatorisk försäkring som kännetecknar exv. den svenska trafikskadeförsäkringen.

En annan modell, transfereringsmodellen, innebär introducerandet av ett skattefinansierat system i likhet med de svenska sociala bidragsförmånerna såsom bostadsbidrag och barnbidrag. En tredje modell, socialförsäkringsmodellen, grundas på idén om ett avgiftsbaserat system byggt på försäkringstanken, antingen organiserat som en speciell förmån eller ingående i redan existerande sjuk-, invaliditets- eller ålderdomsförmåner. Precis som när det gäller privata försäkringar kan en dylik beroende- eller långtidsvårdsförsäkring vara obligatorisk eller frivillig respektive utformad som en grundförmån eller som ett supplement till en annan förmån.

Samtidigt som dessa och liknande modeller har diskuterats i Europa kännetecknas hela det sociala trygghetsområdet av strävan efter kostnadsbesparingar, av nya möjligheter till finansiering, av nytt ansvarsstagande hos de organ som handhar den sociala tryggheten, av konkurrens och av ökat engagemang inom den privata sektorn.

Att äldre människor i Sverige idag ofta hamnar mellan olika stolar när det gäller deras medicinska, omvårdnadsmässiga och so-

ciala trygghet torde vara ställt utom tvivel. Ett helhetsgrepp borde tas i syfte att komma till rätta med de omständigheter som skapar denna bristande vårdkvalitet och sociala otrygghet.

Möjligen skulle ett sådant helhetsgrepp vara införandet av en ny obligatorisk socialförsäkringslagstiftning som skulle ge ett skydd för den risk som ett långvarigt vård- och omsorgsbehov innebär, speciellt för äldre människor. Det är inte bara i Tyskland som man tagit detta helhetsgrepp utan även nyligen i Belgien. Belgien har haft ett i förhållande till det svenska inte helt olik system med flera huvudmän för olika ansvarsområden, vilket skapat svårigheter att ha en helhetssyn på den åldrande människan.

Självklart har man även i Sverige diskuterat finansieringsbehoven av äldreomsorgen. Man har talat om en äldreomsorgsförsäkring finansierad medelst skattehöjningar. För att framhäva försäkringstanken kan man givetvis också tänka sig en avgiftsfinansiering. Oberoende av finansieringskälla blir förslagen intressanta först när man kopplar dem till krav på fondering. Avkastningen på fonderingen bidrar sedan till finansieringen av äldreomsorgen. Kalkyler visar att ett inslag av fondering kraftigt minskar den skattehöjning som annars skulle krävas (Fölster, *Kommuner kan! Kanske! Om kommunal välfärd i framtiden* Ds 1998:15).

I Konjunkturrådets rapport 1999, *Vägen till välstånd*, skisseras som ett alternativ till en obligatorisk försäkring en frivillig sådan. En sådan lösning framstår som enkel och innebär att den enskilde köper en försäkringspremie, antingen löpande under arbetslivet eller som en klumpsomma efter pensioneringen. Därmed köper vederböran-

de rätten till den valda utformningen på att leva och bo men också en inkomstgaranti som kommunen måste beakta i avgiftssättningen. Ett sådant system skulle enligt dess förespråkare ge individen valfrihet och möjlighet att förutse och styra den egna ekonomiska situationen och innebära omfattande besparingar för kommunerna.

Att ta ett helhetsperspektiv på de långtidsvårdsbehövande och diskutera olika försäkringslösningar borde vara värd ett försök också i Sverige. De flesta torde nog vara överens om att alla seriösa ansträngningar att förbättra de långvarigt vårdberoendes situation är värda att uppmuntras. Låt oss därför diskutera frågan!